

**В БРОЯ****Събитията**

Променя се размерът на потребителската такса при ползване на медицинска и стоматологична помощ . . . . . 2

Увеличава се събираемостта на здравни осигуровки от неиздължените платци . . . . . 2

Правителството отпусна 5 млн. лв. за 2006 г. за болничното лечение на социално слаби . . . . . 2

Държавата ще осигурява чуждестранни студенти и докторанти, приети във висши училища и научни организации в България по актове на Министерския съвет или междуправителствени спогодби . . . . . 3

Ръководството на НЗОК се среща с родители на деца, болни от церебрална парализа . . . . . 3

12 общини са сред 50-те най-големи длъжници към НЗОК . . . . . 4

Само 15 процента от лечебните заведения в страната са подали документи за акредитация към началото на годината . . . . . 4

Клиничната ординатура ще стане основна форма за следдипломна квалификация на лекарите 4

Министерството на здравеопазването ще създаде регистър на лекари и стоматолози с право да упражняват професията си . . . . . 5

На петнайсет места в столицата могат да се правят справки за данъци и осигуровки . . . . . 5

Видин се включва в инициативата “За глобален живот” . . . . . 5

**Национален рамков договор**

Нови моменти в НРД 2006 . . . . . 6

**Районните здравноосигурителни каси**

Варна, Велико Търново, Враца, Монтана, Плевен, Силистра, СЗОК, Ямбол . . . . . 8

**Консулт**

Инструкция № 1/29.12.2005 г. за взаимодействие между Националната агенция за приходите и Националната здравноосигурителна каса . . . . 15

НЗОК-ССБ: Съвместно указание за прилагане на някои разпоредби от Дял III “Стоматологична помощ” от Национален рамков договор 2006 г. . . . . 17

НЗОК-БЛС: Съвместно указание относно прилагане на Националния рамков договор за 2006 г. . . . . 17

**За договорните партньори**

Въпроси и отговори . . . . . 19

**Права и задължения на здравноосигурените**

Въпроси и отговори . . . . . 25

**Здравното осигуряване в глобалния свят**

Правото на медицинска помощ за задължително здравноосигурените български граждани в рамките на Европейския съюз . . . . . 27

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

**Отговорен редактор:** Багряна Маркова

**Печат:** “Сити вижън” ООД

*Броят е приключен редакционно 24 февруари 2006 г.*

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

**СЪБИТИЯТА****ПРОМЕНЯ СЕ РАЗМЕРЪТ  
НА ПОТРЕБИТЕЛСКАТА ТАКСА  
ПРИ ПОЛЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА  
И СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ**

С обнародването в Държавен вестник (бр. 10 от 31 януари 2006 г.) на ПМС № 8 от 20 януари 2006 г. за определяне на минималната работна заплата (МРЗ) за страната в размер на 160 лв. (досега - 150 лв.), се променя и размерът на потребителската такса, заплащана от здравноосигурените граждани при посещение при лекар и стоматолог, както и в лечебните заведения за болнична помощ.

Според Закона за здравното осигуряване потребителската такса е 1% от минималната работна заплата, т.е. в момента - 1,60 лв. За всеки ден болнично лечение пациентите заплащат по 2% от МРЗ - т.е. по 3,20 лева, но за не повече от 10 дни годишно.

Въпросите за заплащане на потребителска такса са сред най-често задаваните на телефона на Здравно-информационния център на НЗОК: 0800-14-800.

**Според Закона за здравното осигуряване потребителска такса се заплаща за оказана медицинска или стоматологична помощ: преглед, поставяне на диагноза, възстановителни процедури, изследвания, лечение и профилактични дейности. За платената сума трябва да бъде издадена касова бележка (или квитанция).**

На "горещия телефон" се получават и много въпроси за това, кои здравноосигурени граждани са освободени от заплащане на потребителска такса. Не заплащат такса децата до 18-годишна възраст; бременните; безработните, регистрирани в бюро по труда; военнослужещите на наборна военна служба; пострадалите при/или по време на отбраната на страната; ветераните от войните и военноинвалидите; задържаните под стража или лишени от свобода; социалнослабите, получаващи помощи по Правилника за социално подпомагане; лицата без доходи, настанени в домове за деца и юноши, и в домове за социални грижи; онкологично болните; медицинските специалисти и страдащите от някои заболявания, определени в

Приложение №14 на Националния рамков договор 2006.

Списъците със заболяванията, освобождаващи здравноосигурените граждани от потребителска такса, трябва да бъдат изложени на видно място пред лекарските кабинети, а така също и в РЗОК.

**УВЕЛИЧАВА СЕ СЪБИРАЕМОСТТА  
НА ЗДРАВНИ ОСИГУРОВКИ  
ОТ НЕИЗДЪЛЖЕНИТЕ ПЛАТЦИ**

През първите две седмици на годината значително се е увеличил броят на хората, заплатили неиздължените си здравните си вноски. Това съобщи пред медиите заместник-министърът на здравеопазването и председател на Управителния съвет на Националната здравноосигурителна каса д-р Емил Райнов.

**ПРАВИТЕЛСТВОТО ОТПУСНА 5 МЛН. ЛВ.  
ЗА 2006 Г. ЗА БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ  
НА СОЦИАЛНО СЛАБИ**

Правителството прие постановление за определяне на реда и условията за отпускане на целеви средства за диагностика и лечение на българските граждани, които нямат доход или лично имущество, което да им осигури лично участие в здравноосигурителния процес. Отпуснатите средства за 2006 г. са 5 милиона лева.

От създадения фонд ще могат да се ползват хора, останали извън здравното осигуряване и извън системата за социално подпомагане, тъй като по някакви причини не са пожелали да декларират, че са социално слаби или са временно отпаднали от нея. Няма да има таван на средствата, отпуснати за един болен, а цените, по които ще се плащат болничните услуги, са по определените клинични пътеки на НЗОК.

Сред критериите, по които ще се определят социално слабите болни са: да не са здравно осигурени при условията и по реда на ЗЗО; да нямат доходи; да нямат вземания, влогове, дялови участия и ценни книжа, чиято обща стойност надхвърля 500 лв.; да не притежават движима и недвижима собственост, която може да бъде източник на доходи, с изключение на

вещите, които служат за обичайно потребление; да нямат сключен договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане; да не са прехвърляли жилищен или вилен имот и/или идеални части от тях срещу заплащане през последните 5 години; да не са прехвърляли чрез договор за дарение собствеността върху жилищен или вилен имот и/или идеални части от тях през последните 5 години; да не са пътували в чужбина на собствени разноски през последните 12 месеца (с изключение на случаите за лечение на заболяване).

Механизмът предвижда социално слабите да подават молба-декларация чрез директора на болничното заведение до съответната дирекция "Социално подпомагане". Тази служба ще прави социална анкета, на базата на която дирекцията ще преведе средствата в здравното заведение, където е извършено лечението. Срокът в който болниците, осигурили лечението, трябва да получат отговор дали средствата ще им бъдат изплатени от държавния фонд, е седемдневен. Лицата, които не са одобрени за плащане на лечението през фонда, ще трябва да го заплатят медицинските услуги по цените, определени от болниците.

Предвиден е контрол по изразходването на средствата от новосъздадения фонд.

**ДЪРЖАВАТА ЩЕ ОСИГУРЯВА  
ЧУЖДЕСТРАННИ СТУДЕНТИ И ДОКТОРАНТИ,  
ПРИЕТИ ВЪВ ВИСШИ УЧИЛИЩА  
И НАУЧНИ ОРГАНИЗАЦИИ В БЪЛГАРИЯ  
ПО АКТОВЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ  
ИЛИ МЕЖДУПРАВИТЕЛСТВЕНИ СПОГОДБИ**

Чуждестранни студенти и докторанти, приети за обучение във висши училища и научни организации в България по актове на Министерския съвет или по междуправителствени спогодби за образователен, научен и културен обмен, да бъдат задължително здравно осигурени, решиха народните представители с приемането на първо четене на промени в Закона за здравното осигуряване. Чуждестранните студенти и докторанти, приети за обучение във висши училища и научни организации в България, да се осигуряват за сметка на републиканския бюджет, предвиждат приетите на първо четене промени. Предвижда се задължението за здравно осигуряване да възниква от датата на записване в съответното

висше училище или научна организация.

В изпълнение на образователната политика на страната от последните 13 години за осъществяване на образователна дейност сред българите в чужбина годишно в български висши училища и научни организации се приемат за обучение до 550 студенти и до 12 докторанти. Предложението за промени в 330 регламентира правото на чуждестранните студенти и докторанти да бъдат осигурявани от републиканския бюджет, както това се прави по отношение на българските студенти на редовно обучение. Съгласно 330 за сметка на републиканския бюджет в момента се осигуряват студентите - редовно обучение, във висшите училища до навършването на 26-годишна възраст и докторантите - редовно обучение по държавна поръчка.

Целта на предложените промени е да бъде продължена и утвърдена образователната политика на държавата ни спрямо българските общности зад граница. По този начин България се утвърждава като перспективно място за получаване на образование за младежите от българските общности зад граница.

**РЪКОВОДСТВОТО НА НЗОК  
СЕ СРЕЩНА С РОДИТЕЛИ НА ДЕЦА,  
БОЛНИ ОТ ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА**

На 31 януари т.г., по инициатива на д-р Иван Букарев - директор на Националната здравно-осигурителна каса, се състоя среща на оперативното ръководство на институцията с представители на Сдружението на родители на деца с церебрална парализа "Света София - Вяра, Надежда, Любов". На срещата присъства и д-р Иван Чавдаров - директор на Специализираната болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация на деца с церебрална парализа "Света София".

Директорът на НЗОК и роднините на малките пациенти обсъдиха предвидените в Националния рамков договор 2006 възможности за лечение на децата, както и идеи за сътрудничество между НЗОК и болницата "Света София".

НЗОК предвижда с помощта на Сдружението да бъде създаден национален регистър, в който да бъдат включени всички деца, страдащи от това заболяване. По този начин всяко семейство на болно дете ще бъде подпомогнато с необходимата информация за това, какво осигурява НЗОК за лечение на заболяването.

През изминалата година за лечение на детска церебрална парализа НЗОК е заплащала 351 лв. по клинична пътека "Физикална терапия и рехабилитация на болести на централната нервна система". В Националния рамков договор 2006 е отделена специална клинична пътека "Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа" на цена 250 лв. В нея са включени физиотерапевтичните процедури за лечение на заболяването. Диагностиката и болничното медикаментозно лечение в спешен и планов порядък ще се заплащат по нова клинична пътека "Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система с начало в детска възраст (от 0-18 г.), засягащи ЦНС", на цена 500 лв.

За тежките случаи на заболяването са предвидени до 12 последващи хоспитализации в рамките на една година по клинична пътека "Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа". Всяка хоспитализация се отчита и заплаща като нова клинична пътека.

Като финансиране от НЗОК през 2005 г. болницата "Св. София" е получила за своята дейност 463 000 лв., а по предварителни разчети за 2006 г. е предвидено тя да получи 580 000 лв. Участниците в срещата обсъдиха и някои проблеми, свързани с финансирането на болницата "Св. София" от страна на Столичната община. Подчертана беше необходимостта от цялостно подобрение на условията за лечение и интеграция на децата с церебрална парализа.

Ръководството на НЗОК се ангажира да инициира среща с представители на Министерството на здравеопазването и Столичната община за успешното решаване на проблемите при лечението на децата, страдащи от церебрална парализа.

### **12 ОБЩИНИ СА СРЕД 50-ТЕ НАЙ-ГОЛЕМИ ДЛЪЖНИЦИ КЪМ НЗОК**

Общият размер на задълженията на 50-те най-големи длъжници към Националната здравноосигурителна каса по данни към 30 септември 2005 г. е 12 623 000 лв., съобщи лидерът на КНСБ д-р Желязко Христов. Обезпокоителен е фактът, че сред най-големите длъжници на здравни вноски са 12 общини - Бяла Слатина, Търговище, Перник, Ветово, Ботевград, Долни Чифлик, Бяла, Септември, Шумен, Борово, Попово и Вълчи дол.

### **САМО 15 ПРОЦЕНТА ОТ ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ В СТРАНАТА СА ПОДАЛИ ДОКУМЕНТИ ЗА АКРЕДИТАЦИЯ КЪМ НАЧАЛОТО НА ГОДИНАТА**

Според отчета на Акредитационния съвет към Министерството на здравеопазването за 2005 г. само 252 лечебни заведения са подали молби за акредитация - т. е. Това представлява едва 15 процента от всички лечебни заведения (1722) в страната, подлежащи на акредитация. Отчетът беше представен на първото за годината заседание на съвета. Процедурата по акредитация е завършила за 17 лечебни заведения. Три от тях са получили отлична оценка за срок от 5 години, 3 са с много добра оценка за срок от 4 години и 4 имат добра оценка за срок от 3 години. Предстои Акредитационният съвет да даде оценка за 7 лечебни заведения. Други 7 лечебни заведения са в процедура на оценяване. С валидна акредитационна оценка, присъдена по предишната наредба, са 316 лечебни заведения. Сред основните слабости, установени при акредитацията, са: липса на конкурси за управители на болници и началници на отделения, недобро сътрудничество между болничните и извънболничните лечебни заведения, както и между диагностично-консултативните и медицинските центрове и общо-практикуващите лекари. Установена е непълна използваемост на легловия фонд, неприлагане изцяло на изискванията на медицинските стандарти, неточно водене на медицинската документация и други. Акредитацията на лечебните заведения се извършва по Наредба 18 на МЗ от 20 юни 2005 г. С нея бяха въведени нови правила, насочени към оценка на качеството на лечебната дейност като гаранция за защита на правата на пациентите.

### **КЛИНИЧНАТА ОРДИНАТУРА ЩЕ СТАНЕ ОСНОВНА ФОРМА НА СЛЕДДИПЛОМНА СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ НА ЛЕКАРИТЕ**

Клиничната ординатура да стане основна форма на следдипломна специализация на лекарите, предлага Министерството на здравеопазването в проект за нова наредба за реда и условията за специализация в областта на здравеопазването. Предвижда се предложенията за осигуряване на длъжности и заплащане за клинични ординатури да се изготвят от МЗ и да се защитават пред

Министерството на финансите и пред Министерството на образованието и науката, с оглед разпределянето им по висшите медицински училища. Министърът на здравеопазването ще издава заповед, с която ще обявява броя на местата за клинични ординатури. Определянето на местата и зачисляването на кандидатите за специализация ще се централизира в МЗ. Спечелилите конкурсите за клинична ординатура ще сключват договор с ректора на съответния медицински университет. По време на обучението си те ще получават базово възнаграждение, а при включването им в график за дежурства в лечебните заведения - и допълнително заплащане. Новата номенклатура на специализациите ще бъде изготвена съгласно Техническите адаптации към Договора за присъединяване на България към ЕС, като по този начин специализациите в България ще са конвертируеми в страните членки на ЕС.

Здравното министерство предлага съвместно с министерствата на финансите и на образованието и науката да се въведе изискване за норматив за издръжка за съответната специализация по методика, утвърдена от тримата министри. Медицинските университети и лечебните заведения, които са бази за практическо обучение на специализантите, ще получават целево финансиране от държавния бюджет за разкритите при тях клинични ординатури и дейността им по обучението. Ще бъде разработена и по-ясна система за акредитация на лечебните заведения за определянето им като бази за практическо обучение на специализантите. За тази цел ще се създаде Консултативен съвет към министъра на здравеопазването, който ще организира изготвянето на критерии за определянето на бази за обучение. Предвижда се наредбата да бъде изработена и приета до средата на тази година и да влезе в сила от 1 януари 2007 г.

**МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО  
ЩЕ СЪЗДАДЕ РЕГИСТЪР НА ЛЕКАРИ  
И СТОМАТОЛОЗИ С ПРАВО  
ДА УПРАЖНЯВАТ ПРОФЕСИЯТА СИ**

В Министерството на здравеопазването е назряла идеята да бъде изготвен списък, в който да бъдат упоменати всички лекари и стоматолози, имащи право да упражняват професията си. Това заяви пред журналисти зам.-министърът на здравеопазването д-р Валери

Цеков. Регистърът е необходим, защото такава е регулацията на медицинските професии в Европейския съюз. При присъединяването на страната ни към структурите на ЕС освен дипломите си за висше образование завършилите медици и стоматолози ще трябва да получават и сертификати, че имат право да упражняват професията си. С тези документи те ще могат да работят и извън страната. Очаква се списъкът да бъде готов през втората половина на тази година. Информация за него ще се набира от медицинските университети, които би трябвало да съхраняват подобни данни за последните 25 години. Списъкът ще бъде сверен с регистрите на Българския лекарски съюз и на Съюза на стоматолозите в България.

**НА ПЕТНАЙСЕТ МЕСТА В СТОЛИЦАТА  
МОГАТ ДА СЕ ПРАВЯТ СПРАВКИ  
ЗА ДАЊЦИ И ОСИГУРОВКИ**

Справки за здравното и социално осигуряване могат да се правят във всеки от 15-те офиса на Националната агенция за приходите (НАП) в София. В столицата офисите на агенцията се намират в сградите на бившите данъчни подразделения. Декларациите за облагане доходите на физическите лица, за облагане с патентен данък, за корпоративните данъци, както и всички декларации, свързани със задължителните осигурителни вноски (здравни, пенсионни, за допълнително задължително пенсионно осигуряване, вноски за фонд "Гарантиране вземанията на работниците и служителите" и за учителския пенсионен фонд) също се подават в 15-те офиса на НАП в София. Декларациите, свързани със задължителните осигуровки се подават в офиса на НАП по регистрация на дружеството (постоянен адрес на едноличните търговци и физическите лица).

**ВИДИН СЕ ВКЛЮЧВА В ИНИЦИАТИВАТА  
"ЗА ГЛОБАЛЕН ЖИВОТ"**

По покана на кмета на Видин д-р Иван Ценов на посещение в града беше група медици, застрахователи и учени от американския град Уест Карлтън, Охайо. Цел на посещението е инициране на програмата "За глобален живот". Интересът на гостите е провокиран от състоянието на здравната реформа в България и възможностите за обмяна на опит между двете

страни в областта на високите технологии в медицината. Предвижда се колежът за медицински науки в Уест Карлтън да обучава български лекари, като по този начин спомага за повишаване на равнището на здравните грижи в нашата страна. Проектът "За глобален живот" предвижда посещения на американски професори, както и постоянен обмен на информация чрез глобалната мрежа. Като конкретна дейност се замисля планирането на сложни операции на български граждани в чужбина, консултации по частното медицинско застраховане, ползване на апаратура "Сименс" в

областта на новите технологии, които се прилагат и разработват в рентгенологията. Сътрудничеството при лечението на мозъчни тумори, епилепсия, инсулти е част от бъдещата дейност на "За глобален живот". Кметът на Видин д-р Иван Ценов подчертава пред медиите, че съвместната работа на общината с инициативата "За глобален живот" е крачка напред в медицинското обслужване на видинските граждани. Преговорите за конкретизиране на съвместни дейности между двете страни са на равнище Министерство на здравеопазването.

## НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР

### НОВИ МОМЕНТИ В НРД 2006

На 1 януари 2006 г. влезе в сила Националният рамков договор 2006. Втора поредна календарна година започва с подписан нов рамков договор, който определя най-важните взаимоотношения между НЗОК и договорните партньори, както и правилата за оказване на медицински и стоматологични услуги на българските граждани. Представяме ви някои от най-съществените промени в НРД 2006, в сравнение с досега действащите рамкови договори за предоставяне на медицинска помощ на българските граждани:

#### Извънболнична помощ

- Разширява се границата за профилактика на децата по избор - при общопрактикуващ лекар или при специалист по детски болести от 0 до 18-годишна възраст (досега беше до 2-годишна възраст), като само ОПЛ може да издаде направление.
- Предвидена е възможност общопрактикуващ лекар свободно да насочва деца в остро състояние до 14-годишна възраст за консултация към специалист по детски болести като съотношението първичен/вторичен преглед е 1:1 (досега това право беше предвидено само за децата до 6-годишна възраст).
- Въвежда се изискването за профилактика при общопрактикуващ лекар на всички задължително здравноосигурени лица над 18-годишна възраст, независимо от обстоятелството дали са

диспансеризирани или не (понастоящем изискването беше само за недиспансеризираните лица).

- Въведено е изискването за провеждане на определени по вид обем и честота медико-диагностични дейности, извършвани в медико-диагностични лаборатории в процеса на профилактиката на здравноосигурени граждани над 18-годишна възраст.
- Въвежда се възможност за профилактика от специалист на лица над 18-годишна възраст, попадащи в т.н "рисков контингент" за следните заболявания: злокачествено новообразуване на ректосигмоидалната област, на простатата, на шийката на матката и на млечната жлеза; захарен диабет; сърдечно-съдови заболявания.
- Бременните могат да избират наблюдаващ лекар - специалист по АГ или общопрактикуващ лекар, като е предвидена възможност бременната да смени специалиста, когато не е доволна от оказаната ѝ помощ.
- Предвидена е възможност лицата, които са на диспансерно наблюдение при специалист, да го сменят чрез направление, издадено от общопрактикуващия лекар, когато не са доволни от оказаната помощ.

#### Болнична помощ

От 2006 г. НЗОК става единен финансиращ източник на болничната помощ. Това са първите стъпки към реструктуриране на болничната помощ, без да се налагат административни разпоредби.

Всяка болница ще сключва договор с районната здравноосигурителна каса (РЗОК), съобразно своя капацитет, изразен в налични сгради, апаратура, специалисти и кадри, готови да поемат определен вид и брой клинични пътеки. Всички лечебни заведения ще бъдат равнопоставени при сключване на договор с НЗОК, ако отговарят на критериите, обвързани с оборудване, персонал, капацитет, качество на дейността.

НЗОК има законовото право да финансира лечебните заведения единствено за реализирана дейност.

Договорени са: обемът на отделните клинични пътеки на национално ниво и техните цени - т.е. разпределението на около 1.1 млн. преминали болни през лечебните заведения. При доказана необходимост е предвидена възможност за финансиране на по-голям брой преминали болни - до 10-15 % от заложената годишна рамка, със средствата от оперативния резерв на НЗОК.

НЗОК заплаща касова цена за клиничните пътеки, в рамките на гласувания от Народното събрание Закон за бюджета (за съответната година).

Постигнато е справедливо разпределение на средствата за болнична медицинска помощ между отделните видове клинични пътеки, на базата на тяхната ресурсоемкост и социална значимост, при отчитане на тенденциите, заложили в МЗ и НЗОК от 2005 г.

#### **Клиничните пътеки през 2006 година включват:**

- Ясни и точни медицински критерии за хоспитализация на пациентите.
- Дефиниране на ясни критерии за контрол върху качеството на изпълнение на алгоритмите на клиничните пътеки.

Счита се, че с този подход ще бъдат постигнати следните ефекти:

- Въвеждане на единен метод за отчитане, измерване и остойностяване на болничните дейности, което от своя страна е от съществено значение за осъществяване на функциите, свързани с прогнозирането, управлението и отчитането;
- Гарантира се ефективно и справедливо разпределение на ресурсите между болниците, съобразно лекуваните в тях случаи;

- Създават се единни стимули за ефективно изразходване на ресурсите и за управление на разходите;

- Събиране, обобщаване и анализиране на цялостната медико-статистическа информация от всички болници - по класове болести и заболявания.

#### **Стоматологична помощ**

Най-съществените подобрения на параметрите по заплащането в НРД 2006 са в частта за стоматологична помощ. Договорено е увеличение на цените с около 20 на сто за основните дейности като: препариране на кавитет и екстракция на зъб. Тези дейности се заплащат изцяло от НЗОК за децата до 18-годишна възраст. При възрастните граждани средствата, заплащани от НЗОК за тези дейности, се увеличават с 23 на сто - т.е. увеличава се делът, заплащан от НЗОК, за сметка на намаляването на дела, заплащан от пациента. (Например през 2005 г. за препариране на кавитет (пломба) на стоматолога се заплащаше 14,64 лв., а през 2006 г. е договорена цена от 17,39 лв., като не се увеличава тежестта за пациентите, а увеличението в цената се поема за сметка на бюджета на НЗОК.

#### **Контролна дейност**

1. Предвижда се удвояване и утрояване на финансовата санкция при доказано нарушение, в зависимост от неговата поредност.

2. За нарушения, свързани с основни задължения по прилагането по НРД, за които досега е прилагана единствено финансова санкция, в НРД 2006 е предвидена възможност за прекратяване на договора, например:

- при нарушаване на поетите задължения за налична, функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване.
- при неправомерно включване на здравноосигурено лице в регистъра на общопрактикуващия лекар, с оглед нормативно установените правила за избор на ОПЛ.

3. При констатиране на няколко нарушения предвидената санкция се умножава по броя на всеки от случаите, съставляващи конкретния вид нарушение, като за медицинските центрове и диагностично-консултативните центрове санкцията се умножава и по броя на изпълнителите

на медицинска помощ, ако нарушителите са няколко.

4. Размерът на санкциите е точно определена сума, дефинирана по вид лечебно заведение. Досега тя беше в определени граници и водеше до субективизъм при определянето на размера на санкциите.

5. Най-тежкото наказание - незабавно прекратяване на договор, е за най-тежкото нарушение - отчитане на дейност, която не е извършена. Процедурата по налагането му е доста облекчена и сроковете за възражение (придружено със становище от Председателя на УС на БЛС) от

страна на изпълнителите на медицинска помощ са сведени до 7 работни дни.

6. В санкциите са включени всички нарушения на изискванията за сключване на договор и работа с НЗОК, като е акцентирано върху нарушенията, свързани с качеството и обема на медицинските услуги - т.е. с дейностите, свързани със здравноосигурените лица.

7. Лекарите контролори могат да осъществяват проверки чрез непосредствен контрол на медицинската документация на пациента по време на хоспитализацията му, без да се възпрепятства лечебният процес.

## РАЙОННИТЕ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ КАСИ

### ВАРНА

През 2005 г. в лечебните заведения за болнично лечение в региона по клинични пътеки са лекувани 46 008 души, за което РЗОК е изплатила на изпълнителите на болнична помощ 27 801 576 лв. Средно на месец превежданите на болниците суми са били в размер на 2 316 798 лв.

В РЗОК - Варна документи за сключване на договор по НРД 2006 са подали 877 изпълнители на медицинска и стоматологична помощ. В установения срок необходимите документи са подали 11 болнични заведения и един диспансер. Сключените до момента договори са 370 - основно с общопрактикуващи лекари и стоматолози.

До 25 януари най-много бяха подадените заявления от изпълнители на първична стоматологична помощ - 151, и изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ - 129. Три от варненските болници също бяха подготвили необходимата документация. Сред заявките готовност да работят по НРД 2006 бяха 6 групови практики на специалисти, 6 групови практики на общопрактикуващи лекари, 6 специализирани медико-диагностични лаборатории, 12 медицински центъра, 1 медико-стоматологичен и 1 стоматологичен център.

На 9 февруари РЗОК сключи първите два договора за авансово отпускане на средства с

МБАЛ "Царица Йоанна" - Провадия и с Многопрофилната болница за активно лечение в Девня.

Болничните заведения, подали заявления за сключване на договор, могат да уговорят до 15 февруари отпускането на финансови средства, с които да обезпечат дейността си до сключването на договора по НРД 2006 с РЗОК. Средствата се изплащат еднократно и ще бъдат възстановени (прихванати) от дължимите плащания за извършена дейност след сключването на договора по НРД 2006.

### ВЕЛИКО ТЪРНОВО

През 2005 г. общопрактикуващите лекари от областта са извършили 140 882 профилактични прегледи, като за тях РЗОК е заплатила над 640 000 лв.

Профилактичните прегледи на здравноосигурени лица над 18-годишна възраст, извършени за периода, са 76 448.

За отчетния период по програма "Детско здравеопазване" личните лекари - договорни партньори на РЗОК - Велико Търново са извършили 64 434 профилактични прегледа на деца от 0 до 18-годишна възраст.

През декември 2005 г. 5862 души от областта смениха личния си лекар. За сравнение: 6893 задължително здравноосигурени лица се възползваха от това си право през последния период за смяна на общопрактикуващ лекар - юни 2005 г.

Към 23 януари 2006 г. 273 441 души от населението на област Велико Търново имат избран личен лекар.

През 2005 г. 1349 граждани от област Велико Търново са потърсили от РЗОК отговори на въпроси, свързани с правата и задълженията им като здравноосигурени. От тях 564 са се обадили на горещата телефонна линия, а 785 са посетили на място приемната на РЗОК.

Най-често гражданите са питали за реда и начина за освобождаване от задължението за внасяне на здравноосигурителни вноски на българските граждани, които пребивават извън страната. Хората се интересуват също как и къде се прави проверка за размера на невнесените здравноосигурителни вноски, както и за реда и начина на възстановяване на здравноосигурителни права. Задавани са още въпроси за достъпа до специализирана извънболнична медицинска помощ: срокове за ползване и издаване на направления за консултация със специалист и съвместно лечение; подлежи ли на диспансеризация конкретно заболяване. Висок е интересът към заплащаните от НЗОК клапи, протези, стентове и имплантанти (и в кои клинични пътеки са включени), и към програмите на НЗОК за скъпоструващо лечение (критериите и необходими документи за включване в програмата).

Друга част от въпросите са от справочен характер: за регистъра на специалисти, извършващи високоспециализирани дейности по договор с РЗОК, за регистъра на общопрактикуващи лекари, за препаратите от лекарствения списък на НЗОК, както и за цената, доплащана от пациента.

Здравноосигурените лица са се интересували също и за размера на потребителската такса, кои са освободените от нея лица, издава ли се документ за платената сума, както и дължи ли се потребителска такса при изписване на лекарства.

Немалка част са и зададените въпроси за вида и обема стоматологични дейности, за които НЗОК заплаща и за сумата, която доплаща пациентът при извършване на всяка една от тях.

Подадените през годината писмени жалби от граждани в РЗОК са 79. Голяма част от тях се отнасят до въпроси, свързани със здравните осигуровки, за отказ за издаване на медицински документи, за качеството на оказаната медицинска помощ. Друга група питання са свързани с изписването и отпускането на лекарства, за нерегламентирани плащания и за затруднен достъп до общопрактикуващ лекар. Има и въпроси извън договорните отношения между РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ.

### **ВРАЦА**

Към 10 февруари 2006 г. РЗОК е сключила 435 договора по НРД 2006 с лекари, стоматолози и болнични заведения от областта. Всички 122 семейни лекари от областта, които през 2005 г. са работили по договор с РЗОК, са сключили договори и по НРД 2006.

Първичната извънболнична специализирана помощ ще се осъществява от 105 специалисти на индивидуална практика, 3 специализирани групови практики, 14 медицински центъра, 1 ДКЦ и 6 специализирани медико-диагностични лаборатории.

Извънболничната стоматологична помощ е обезпечена от 97 стоматолози на индивидуална практика, 5 групови стоматологични практики, 1 стоматологичен център и 1 медико-стоматологичен център.

Лечението на пациентите във Врачанска област може да се извършва в 5 многопрофилни болници за активно лечение, 3 диспансера и 2 специализирани болници. Всички лечебни заведения са сключили договори със здравната каса.

През 2005 г. РЗОК - Враца е изразходвала 24 569 000 лв. за финансиране на извънболничната и болничната помощ. От тези средства 12 930 000 лв. са получили болниците от областта, 2 755 000 лв. са изплатени на семейните лекари, 3 170 000 лв. са заработили специалистите и медицинските центрове, за лабораторна дейност са преведени 1 215 800 лв., а за отпускане на медикаменти за домашно лечение РЗОК е превела на аптеките 3 128 000 лв.

**МОНТАНА**

Към 31 декември 2005 г. РЗОК имаше сключени следните договори: в първичната извънболнична медицинска помощ - 75 индивидуални и 7 групови практики; в специализираната медицинска помощ - 51 индивидуални практики, 11 групови практики, 1 ДКЦ, 8 МЦ, 4 самостоятелни лаборатории, 3 лечебни заведения за болнична помощ с договор за извънболнична медицинска помощ, по Приложение 18 - 3 договора. В първичната извънболнична стоматологична помощ договорни партньори на РЗОК бяха 98 индивидуални практики, а в специализираната стоматологична помощ - 2 индивидуални специалисти и 1 стоматологичен център. РЗОК имаше сключени договори и с 36 аптеки и 3 МБАЛ.

През декември 2005 г. 4021 души от област Монтана са сменили личния си лекар, което представлява 2.3 % от общия брой избрали личен лекар.

**ПЛЕВЕН**

За изминалата 2005 г. контролните екипи на РЗОК са направили общо 1086 проверки на договорни партньори по НРД 2005. От тях 603 са финансови, 317 - медицински и 115 - по жалби на пациенти. Съвместните проверки с експерти на НЗОК са 50 (25 - финансови и 25 - медицински). Извършена е една съвместна проверка и с Районния център по здравеопазване. С установени нарушения са завършили 572 от проверките, което в процентно изражение е почти 53%. Финансови проверки са направени на 438 договорни партньори, а медицински - на 262. Броят на сключените по НРД 2005 договори е 665, като 18 от тях са прекратени. В извънболничната първична и специализирана помощ броят на проверките е общо 896, в аптеките - 104, а в лечебните заведения за болнична помощ - 85. След проверките по жалби на пациенти, подадени до директора на РЗОК, е установено, че основателни са 31% при медицинския и 41% - при финансовия одит.

За арбитраж са отнесени общо 55 протокола за периода януари - декември 2005 г. Констатациите по 20 от тях са отхвърлени от членовете

на арбитражната комисия (трима представители на РЗОК и трима - на РК на БЛС). Частично отхвърлени са 4 протокола, напълно - 3, а 6 са с равен брой гласове.

Санкциите, които РЗОК е начислила на договорните партньори за 2005 г. по НРД 2005, са общо за 449 222 лв. В първичната извънболнична медицинска помощ те са 37 000 лв., в специализираната извънболнична медицинска помощ - 7342 лв. плюс 2300 лв. (за специализирана извънболнична медицинска помощ по чл. 11 от НРД), в диагностично-консултативните центрове са близо 252 000 лв., в медицинските центрове - 15 000 лв., в лабораториите - 2000 лв., в стоматологичната помощ - 15 302 лв. Аптеки в договорни отношения по НРД 2005 са санкционирани общо за 10 745 лв. В лечебните заведения за болнична помощ сумата от начислените санкции е почти 61 000 лв.

Разходите за здравноосигурителни плащания на изпълнители в договорни отношения с РЗОК - Плевен за 2005 г. са 34 900 845 лв. - със 17% повече от тези за 2004 г. Средствата за здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ за периода са в размер на 3 833 324 лв., което е 99.99% изпълнение на утвърдените по бюджетна сметка средства, а за специализирана извънболнична медицинска помощ те са 4 895 090 лв. - 99.97% изпълнение. Здравноосигурителните плащания за стоматологична помощ са 1 699 686 лв., което представлява 99.92% изпълнение, а за медико-диагностична дейност са за 2 416 273 лв. - 99.92% изпълнение. За лекарствени средства за домашно лечение е направен разход в размер на 5 301 661 лв., което е 99.99% изпълнение на утвърдените средства. Здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ са общо 16 754 811 лв., което представлява 100% изпълнение на утвърдените по бюджетна сметка средства.

Анализът показва, че най-голям относителен дял от плащанията за медицински услуги заемат разходите за болнична помощ - 48%, следвани от тези за лекарствени средства за домашно лечение - 15%. Трето място заемат плащанията за специализирана извънболнич-

на медицинска помощ - 14% и за първична извънболнична медицинска помощ - 11%. Сравнително най-малък дял са изплатените средства за стоматологична помощ - 5% и за медико-диагностични дейности - 7%.

В структурата на разходите за първична извънболнична медицинска помощ най-голям е дялът на капитационното плащане - 61.88%, следва разходът по програма "Детско здравеопазване" - 11.85% и профилактика на недиспансеризирани лица над 18-годишна възраст - 8.55%, за диспансерно наблюдение - 8.33% и по програма "Майчино здравеопазване" - 0.06%.

Като цяло потреблението на стоматологични услуги през 2005 г. спрямо 2004 г. се запазва, а увеличението в стойностно изражение се дължи на по-високия размер доплащане от страна на НЗОК. (Например в първичната стоматология при лица до 18-годишна възраст най-голям процент на увеличение в потреблението през 2005 г. спрямо 2004 г. има дейността "екстракция (изваждане) на временен зъб" - 200% и лечението на пулпит и периодонтит на постоянен зъб - 17.8%. При лицата над 18-годишна възраст се наблюдава най-голям спад в броя заплатени обстойни прегледи за установяване на орален статус (с около 8%), "екстракция" - 6.9% и пломбиране на зъб - 2.5%. В специализираната стоматология през 2005 г. се наблюдава спад при всички дейности спрямо 2004 г., като най-голям е той при броя заплатени специализирани услуги - "екстракция на дълбоко разрушен зъб" - 33%, "контролен преглед" - 27.5% и "интра-орална инцизия" - 21%. При пациенти над 18-годишна възраст най-голям процент намаление в потреблението има дейността "интра-орална инцизия" - 33%, следвана от контролните прегледи - 24% и екстракцията на дълбоко разрушен зъб - 24%.

По НРД 2005 са заплатени високо-специализирани дейности в болничната помощ - на стойност 165 125 лв. Средният разход на преминал болен през 2005 г. по НРД 2005 е 542.61 лв. През бюджетната година петте пътеки с най-висок разход на средства са: бронхопневмония и бронхиолит при деца до 18-годишна възраст, изострена хронична

сърдечна недостатъчност, лимфоми/левкемии, раждане и диабетна полиневропатия. Те са на обща стойност 4 067 510 лв. и формират 26.64% от общия разход по клинични пътеки. Най-голям брой случаи по клинични пътеки по НРД 2005 са следните: конвенционална холецистектомия, хирургични интервенции за затваряне на стомах, интензивни грижи при бременност с реализиран риск, оперативни процедури върху панкреас и диастален холедох с голям и много голям обем и сложност, и оперативни процедури върху черен дроб. Те представляват над 33%, съотнесено към общия брой случаи.

Постъпленията от здравноосигурителни вноски в РЗОК - Плевен за 2005 г. са 16 648 356 лв., при население на Плевенска област - 329 064 души. Броят на регистрираните при общопрактикуващ лекар здравноосигурени лица, ползващи здравни услуги, е 229 930 души (към 31.12.2005 г.), което представлява около 70% от населението на областта. Изпълнението в приходната част на бюджета е на 101%, като най-много са средствата, постъпили в касата през декември, а най-малко - през юни 2005 г.

През 2005 г. РЗОК - Плевен е заплатила 784 091 лв. за профилактика на общо 180 656 здравноосигурени лица. За дейност по програма "Детско здравеопазване" са изплатени извършените 88 398 прегледа на деца от 0 до 18-годишна възраст. При деца от 0 до 1 година броят на прегледите е 25 343, спрямо 25 555 през 2004 г., при децата от 1 до 2-годишна възраст те са 7803, срещу 9185 за 2004 г., от 2 до 7-годишна възраст - 21 634, докато през 2004 г. са били 22 862. При децата от 7 до 18-годишна възраст прегледите са 33 618, спрямо 36 730 през 2004 г.

През 2005 г. 92 094 недиспансеризирани лица над 18-годишна възраст са си направили профилактични прегледи, като за 2004 г. те са били 126 330. По програма "Майчино здравеопазване" са направени профилактични прегледи на 164 бременни за периода.

Справките показват, че при 309 522 души от областта, направили избран личен лекар, едва 58% са направили профилактичен преглед за 2005 г.

Не намаляват кандидатите за сключване на договори с РЗОК - Плевен по НРД 2006.

На 31.01.2006 г. приключи приемът на документи за сключване на индивидуални договори между изпълнители на медицинска и стоматологична помощ и РЗОК. Постъпили са заявления за сключване на 245 договора с общопрактикуващи лекари - точно, колкото са били те и през 2005 г. по НРД 2005. Стоматолози кандидатстват за сключване на 179 договора, като 175 са общопрактикуващи и 4 - специалисти в стоматологичната помощ. След утвърждаване на документацията договорите с ДКЦ ще бъдат седем, а 12 ще се сключат с медицински центрове. За седем договора кандидатстват самостоятелни лаборатории на територията на област Плевен, както и шест МБАЛ, осъществяващи дейност в извънболничната помощ, 66 индивидуални и 3 групови практики със специалисти. Сред лечебните заведения за болнична помощ има нов кандидат и по НРД 2006 договорите ще наброяват 13. Ако отговорят на строгите критерии, през тази година лечебните заведения за болнична помощ ще могат да работят по общо 299 клинични пътеки. По НРД 2005 те бяха 120.

В началото на 2005 година по НРД 2005 бяха сключени общо 665 договора с изпълнители, в това число и с 96 аптеки.

През януари 2006 г. в приемната на РЗОК са постъпили над 260 телефонни обаждания от граждани и повече от 300 - от договорни партньори. Сто двама и шест са молбите за смяна на общопрактикуващ лекар или на имена в регистъра. Молбите за разрешаване на скъпоструващо лечение са 71.

Подадените до директора жалби от пациенти за януари 2006 са осем. Един от мотивите за писмено оплакване в касата е неправомерно записване от общопрактикуващ лекар в листата му на пациент, който съгласно приложена справка от РДВР към датата на регистрация, е бил извън страната. Постъпил е сигнал във връзка с изписване на медикаменти за хронично заболяване, които пациентът получава с намаление по рецептурна книжка, но не е използвал "добросъвестно". Има оплаквания и заради неправомерно вземане

на сума за доплащане на стоматологична услуга от договорените дейности, както и отчитане от страна на стоматолог и вписване в здравноосигурителната книжка на неизвършена дейност. Налице е и жалба поради отказано оперативно лечение и хоспитализация на пациент в тежко здравословно състояние, както и оплакване за изискване от страна на специалист на сума за извършване на операция.

В РЗОК постъпиха сигнали, отнасящи се до недостатъчност на оказаната медицинска помощ от общопрактикуващ лекар, отказано медицинско направление за консултация и съвместно лечение с лекар специалист и направления за медико-диагностични изследвания. Невписване на здравноосигурено лице в регистъра на новоизбрания от него общопрактикуващ лекар е повод за едно писмено оплакване през месеца. Има и постъпила жалба във връзка със заплащане на високоспециализирано медико-диагностично изследване от пациент, на когото не е издадена от специалиста съответната бланка, в резултат на което са нарушени правата му за равен достъп до медицински услуги.

Най-често задаваните въпроси от здравноосигурените са свързани с казуси около здравето осигуряване и новите цени на стоматологичните услуги. Гражданите питат защо лекарите специалисти отказват издаване на направления за медико-диагностични дейности за безплатни изследвания, както и какви са новите моменти в програмите за скъпоструващо лечение. Задават се въпроси за размера на потребителските такси и освободените от тях лица и др.

Най-често задаваните въпроси от страна на договорни партньори на РЗОК през януари се отнасят до дейностите по диспансеризация. Лекарите питат и за новите моменти в НРД 2006 - профилактиката на лица над 18 годишна възраст, подготовката на пациента за явяване пред ТЕЛК и др. Задават се въпроси и относно воденето на новите регистри, усвояването на регулативни стандарти и др.

Шестстотин и четири молби за скъпоструващо лечение разгледа комисията към РЗОК през второто полугодие на 2005 г. Проведени са 26

заседания. Трима постоянни членове от РЗОК, съвместно с двама външни експерти се запознаха с постъпилите молби. Въз основа на тяхното решение директорът на РЗОК издаде заповед, в която са посочени лицата, на които се разрешава отпускането на скъпоструващо лечение. За периода одобрение са получили общо 555 молби, а на 13 има отказ. С отложено решение са 36 молби, налице е и един анулиран протокол. Кандидатите за скъпоструващо лечение по протоколи IA, които се разглеждат и утвърждават от комисия в НЗОК, са одобрени на 92%. По протоколите IB, които се одобряват в РЗОК, са утвърдени 100%. Процентът на одобрение на молбите на здравноосигурените в област Плевен за цялата 2005 г. след проведени общо 51 заседания на комисията е над 90%.

През януари 2006 г. представители на РЗОК и управители на диагностично-консултативни и медицински центрове в област Плевен обсъдиха на работна среща практическото приложение на влезлия в сила НРД 2006, както и приложенията към него и методическите указания от ЦУ на НЗОК. На форума бяха разяснени детайлно проблемите във връзка с експертизата на работоспособността на задължително здравноосигурените и по-конкретно - какви са задълженията на общопрактикуващия лекар и специалиста по подготовката на документацията, за да не бъдат връщани пациенти за освидетелстване пред ТЕЛК.

### **СИЛИСТРА**

С 12,3% се е увеличил броят на хората, които през декември 2005 г. са се възползвали от правото да сменят личния си лекар. В сравнение с юни 2005 г., когато 4555 души осъществиха промяната, през декември попълнен формуляр за постоянен избор на нов лекар са подали 5197 души. От тях 1016 са под 18-годишна възраст и за тях изборът е направен от родител.

Промяната за 466 от избралите нов личен лекар граждани е продиктувана от желанието за тяхното здраве да се грижи общопрактикуващ лекар, който наскоро сключи договор с РЗОК - Силистра. Други 1120 души

са се записали в пациентната листа на лекар, прекратил договор за обслужването на една и сключил договор за обслужването на друга медицинска практика.

От живеещите в община Силистра граждани от възможността да сменят общопрактикуващия си лекар са се възползвали 2492 души, от Дуловска община - 1715, а от Тутраканска - 479.

Запази се тенденцията живеещите в общините Главиница и Алфатар да сменят своя семеен лекар - те са съответно 225 души за Главинишка община и 153 - за Алфатарска. Общините Кайнарджа и Ситово са обичайно с най-малък брой хора, сменящи своя общопрактикуващ лекар - 75 души за Кайнарджа и 71 - за Ситово.

През 2005 г. в РЗОК са постъпили 17 писмени жалби на граждани от областта. Същият е и броят на жалбите, получени през 2004 г. Шестнадесет от депозираниите през 2005 г. жалби и тринадесет от миналогодишните са срещу лични лекари. Изключение правят две оплаквания (едното от 2005 г., а другото - от 2004 г.) от специалисти, единият от които - работещ в лечебно заведение за болнична помощ. Жалби срещу стоматолози и аптеки през последните две години няма.

По повод на жалби контролните екипи на РЗОК през 2004 г. са извършени 16 проверки, а през 2005 г. - 13. От подадените през 2005 година жалби отдел "Контрол" на РЗОК определи като основателни 4 (а през 2004 г. - 6).

За изясняване на обстоятелствата по една от жалбите от 2005 г. беше потърсено съдействие от жалбоподателя, който не се отзова. Това затрудни вземането на отношение по поставения проблем.

От януари 2006 г. РЗОК - Силистра стартира своя рубрика в три вестника, разпространявани в общината и областта. Тематичната насоченост на рубриката е: "Актуално от РЗОК", "Най-често задавани въпроси в приемната на РЗОК" и "Важно за пациента".

### **СТОЛИЧНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА**

През януари 2006 г. по телефона в СЗОК са консултирани 72 договорни партньори. Контролната дейност на СЗОК се извършва по

документи и чрез проверки на място. През периода са извършени 3 медицински проверки: в първичната извънболнична медицинска помощ - 2 тематични проверки, в специализираната извънболнична медицинска помощ - 1 тематична проверка.

В отдел "Пресцентър и връзки с обществеността" са консултирани 1580 граждани по телефона и 565 - в централната сграда на СЗОК.

Подадени са 26 жалби от граждани. Най-често срещаните проблеми, които гражданите поставят, са свързани със: здравните осигуровки на българските граждани, които живеят продължително време в чужбина; програмите за скъпоструващо лечение; списъка на заболяванията, освобождаващи здравноосигурените лица от заплащане на потребителска такса; отказа от страна на общопрактикуващи лекари за издаване на направления за съвместно лечение и консултация със специалист; некоректното отношение на общопрактикуващи лекари към пациентите; заплащането от НЗОК на медицински изделия, прилагани при болнично лечение по клинични пътеки; внасянето на здравноосигурителни вноски.

## ЯМБОЛ

През януари 2006 г. РЗОК е проверила здравната осигуреност на 834 хронично болни, получаващи лекарствени продукти по протоколи А, В и С и рецептурни книжки.

Гражданите с редовни здравноосигурителни вноски, на които са заверени протоколите и рецептурните книжки, са 834.

От началото на годината дейността на служителите от отдел "Контрол" при РЗОК включваше преди всичко подготовка по приемане на документи, както и контрол на приетата документация от изпълнителите на медицинска, стоматологична помощ и аптеки, желаещи да сключат договор с РЗОК по НРД 2006.

Към 10 февруари 2006 г. в РЗОК - Ямбол са подадени комплекти документи за сключване на договори от: 83 изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ (в т.ч. 2 групови практики); 29 изпълнители на

специализирана извънболнична медицинска помощ; 2 Медицински центъра за специализирана извънболнична медицинска помощ; ДКЦ - 1 - град Ямбол; 3 самостоятелни медико-диагностични лаборатории и 2 лаборатории в лечебни заведения за болнична помощ; 3 лечебни заведения за болнична помощ; 93 изпълнители на първична извънболнична стоматологична помощ и 1 център за специализирана извънболнична стоматологична помощ.

Сключените договори към 10 февруари са: с 94 стоматолози (в т.ч. 1 стоматологичен център за извънболнична стоматологична помощ); със 70 изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ; с 28 изпълнители на специализирана извънболнична медицинска помощ, с 3 медико-диагностични лаборатории и с 1 медицински център.

За януари 2006 г. изплатените суми за здравноосигурителни плащания от РЗОК са: за ПИМП - 159 443.68 лв.; за СИМП - 148 609.63 лв.; за стоматологична помощ - 76 102.18 лв.; за медико-диагностична дейност - 62 585 лв.; за лекарства за домашно лечение и медицински изделия - 140 099.95 лв.; за болнична медицинска помощ - 279 110 лв.

През януари директорът на РЗОК даде пресконференция на тема: "Нови моменти в НРД 2006" (срокове за подаване на документи в РЗОК и за сключване на договори с изпълнители на медицинска, стоматологична помощ и аптеки; по-висока финансова рамка на бюджета на НЗОК за болнична помощ, нови моменти в извънболничната, стоматологичната и болничната помощ и контролната дейност на РЗОК, болнично лечение на здравнонеосигурените граждани).

От общо 148 374 здравноосигурени лица за област Ямбол, избрали общопрактикуващ лекар, 3303 (или 2,2%) са извършили смяна на личния си лекар през декември 2005 г. Гражданите, променили избора си на семеен лекар, са с 1.4 % по-малко в сравнение с предходния период на пререгистрация - юни 2005 г., когато броят на здравноосигурените, направили нов избор на личен лекар, е бил 5348 души.

По общини данните от пререгистрацията са следните: за община Болярово - 21 души; за община Елхово - 284 души; за община Стралджа - 299 души; за община Тунджа - 130 души; за община Ямбол - 2569 души.

РЗОК - Ямбол работи съвместно с други организации и ведомства. Бяха организирани следните мероприятия:

- Среща на директора на РЗОК с председателя на РК на БЛС и с председателя на Сдружението на общопрактикуващите лекари, във връзка с разпределението на регулативните стандарти на изпълнителите на извънболнична медицинска помощ за

декември 2005 г. и за януари и февруари 2006 г., както и за дейността на Арбитражната комисия от 1 януари 2006 г.

- Работни срещи на ръководството на РЗОК с изпълнителите на първична и специализирана извънболнична медицинска помощ, във връзка с новите моменти в НРД 2006 и необходимите документи при сключване на нови договори с РЗОК.

- Среща на ръководството на РЗОК с кмета на община "Тунджа" по повод медицинското обслужване на жителите от населените места в общината, както и незаетите лекарски практики.

## КОНСУЛТ

### ИНСТРУКЦИЯ

№ 1/29.12.2005 г.

за взаимодействие между  
Националната агенция за приходите  
и Националната здравноосигурителна каса  
(РД-16-48/ 30.12.2005 г.)

#### ГЛАВА ПЪРВА ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

**Чл. 1.** С тази инструкция се определят редът и начинът на взаимодействие между Националната агенция за приходите (НАП) и Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) във връзка с произтичащите от Закона за здравното осигуряване и Данъчно-осигурителния процесуален кодекс задължения на НАП по събирането на здравноосигурителни вноски, осъществяването на контрол по приходите на НЗОК и обмен на информация за осигурените лица и за размера на събраните от тях вноски.

**Чл. 2.** (1) Взаимодействието между НАП и НЗОК обхваща:

1. съвместна дейност на Централното управление на НАП и НЗОК на национално равнище.

2. съвместна работа на Териториалните дирекции на НАП и Районните здравноосигурителни каси (РЗОК) на регионално равнище.

(2) Всички действия, предприети в изпълнение на тази инструкция, се осъществяват при спазване разпоредбите на съответните

закони, регламентиращи условията и реда за събиране, съхраняване, използване и разкриване на сведения, представляващи лични данни, данъчно-осигурителна информация или друга защитена от закона информация.

**Чл. 3.** (1) Общото ръководство на взаимодействието между НАП и НЗОК се осъществява от Изпълнителния директор на НАП и Директора на НЗОК.

(2) Взаимодействието се осъществява от структурите на НАП и НЗОК на национално и регионално ниво.

#### ГЛАВА ВТОРА СЪВМЕСТНА ДЕЙНОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ И НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА НА НАЦИОНАЛНО РАВНИЩЕ

**Чл. 4.** НАП предоставя на НЗОК ежемесечно информация за приходите от здравноосигурителни вноски по съответните приходни параграфи от Единната бюджетна класификация. Информацията се предоставя до 20-то число на месеца, следващ месеца, за който се отнася, в структура и формат, определени в Приложение №3.

**Чл. 5.** НЗОК получава информация от регистъра на НАП за осигурените лица и за размера на събраните здравноосигурителни вноски по категории лица, посочени в чл.40 на ЗЗО, в структура и формат, определени в Приложение №4.

**Чл. 6.** НАП предоставя на НЗОК информацията за размера на приходите от здравноосигурителните вноски по платежните нареждания на осигурителите и самоосигуряващите се.

**Чл. 7.** НАП предоставя на НЗОК справка за съответствието на данните от регистъра на осигурените лица и регистъра на платежните нареждания, относно размера на начислените, но невнесени здравноосигурителни вноски.

**Чл. 8.** НЗОК предоставя на НАП информация от регистрите на общопрактикуващите лекари за записаните при тях лица веднага след нейното обобщаване при сключване на договори с изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ. Информацията се актуализира на тримесечие.

**Чл. 9.** (1) В информацията за здравноосигурените лица, подавана от НАП, се изключват лицата, които са здравнонеосигурени по смисъла на ЗЗО по вина на трети лица.

(2) Лицата имат право да докажат своя осигурителен статус в случай на несъгласие с подадената от НАП информация по установения досега ред.

(3) Проверката на здравноосигурителния статус по желание на лицата се извършва в НАП - удостоверяваща здравноосигурителния статус.

(4) При констатиране на грешки по сигнал на здравноосигурени лица, същите се отразяват своевременно в документацията, подавана от НАП в НЗОК и на общопрактикуващите лекари.

**Чл. 10.** (1) Обхватът на информацията по структурата и обхвата на данните, начинът за пренос и периодичността на актуализация, са определени в приложения №1 и №2.

**Чл. 11.** НАП организира и осъществява процедурите по възстановяване на надвнесени или дублирани здравноосигурителни вноски на здравноосигурените лица след извършване на проверка и контрол на осигурените лица и осигурителите.

**Чл. 12.** (1) При осъществяване на своите контролни функции органите по приходите, съответно длъжностните лица по чл.73, ал.2 от ЗЗО, могат да извършват съвместни действия.

(2) Действията по ал.1 се извършват по разпореждане на Изпълнителния директор на НАП и Директора на НЗОК.

**Чл. 13.** НАП предоставя информация на НЗОК на

шестмесечие за 100-те най-големи длъжници на здравноосигурителни вноски по смисъла на ЗЗО, в структура и формат, определени в Приложение №5.

**Чл. 14.** НАП и НЗОК съвместно организират срещи с представителите на медиите, относно разясняване на основни аспекти, свързани с: внасянето на осигурителните вноски, декларирането им, разясняването на механизма за проверка на осигурителния статус на лицата, както и организиране на срещи на междуведомствено ниво с институции, отговорни за здравното осигуряване на определени категории лица - Министерство на образованието и науката, Министерство на вътрешните работи, Министерство на отбраната и други, с оглед адекватно отразяване на информацията за тези категории ЗЗОЛ в регистъра на НАП, и съответно на НЗОК.

**Чл. 15.** НАП и НЗОК си предоставят експертна помощ в кръга на тяхната компетентност, след мотивирано писмено искане на централно или регионално ниво.

**Чл. 16.** НАП и НЗОК си оказват съдействие чрез участие на експерти от съответната администрация в работни групи по изготвянето на нормативни актове, концепции, доклади, становища и др.

### **ГЛАВА ТРЕТА**

#### **СЪВМЕСТНА РАБОТА НА НАЦИОНАЛНАТА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ И НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА НА РЕГИОНАЛНО РАВНИЩЕ**

**Чл. 17.** Териториалните дирекции на НАП и Районните здравноосигурителни каси (РЗОК) информират съответните категории здравноосигурени лица и осигурители за произтичащите от ЗЗО техни задължения и източника на заплащане на дължимите от тях здравноосигурителни вноски.

**Чл. 18.** НАП и НЗОК организират и провеждат съвместни срещи между директорите на Териториалните дирекции на НАП и РЗОК за разясняване на произтичащите от съвместната дейност права и отговорности.

**Чл. 19.** НАП и НЗОК съвместно организират срещи на регионално равнище с представители на медиите за разясняване на основни аспекти, свързани с внасянето на осигурителните вноски.

**Чл. 20.** НАП и НЗОК на централно и регионално

ниво определят списъка на рисковите осигурители, с оглед осъществяването на своите контролни функции.

### **ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

**§ 1.** Тази инструкция се издава на основание Закона за Националната агенция за приходите и поражда действие от датата на влизане в сила на Данъчно-осигурителния процесуален кодекс.

**§ 2.** Контролът по изпълнението на инструкцията се осъществява от Заместник-изпълнителния директор по бизнес процеси и информационна система на НАП, и от Главния секретар на НЗОК.

**ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР  
НА НАП  
(МАРИЯ МУРГИНА)**

**ДИРЕКТОР  
НА НЗОК  
(Д-Р ИВАН БУКАРЕВ)**

### **НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА СЪЮЗ НА СТОМАТОЛОЗИТЕ В БЪЛГАРИЯ**

**СЪВМЕСТНО УКАЗАНИЕ**  
*За прилагане на някои разпоредби  
от Дял III "Стоматологична помощ"  
от Национален рамков договор 2006  
(РД-16-3/ 18.01.06)*

Във връзка с прилагането на някои разпоредби на НРД 2006 следва да се има пред вид следното:

1. По отношение на чл.256, ал.5 от НРД 2006 - посочената разпоредба не поставя ограничение, че изпълнител може да бъде лечебно заведение, регистрирано в РЦЗ, с предмет на дейност единствено "рентгенография", а поставя изискването рентгенографията да е включена в неговия предмет на дейност.

2. По отношение на чл.259 от НРД 2006 - съдебно удостоверение за актуално състояние се изисква само от тези лечебни заведения, които кандидатстват за сключване на договор за оказване на стоматологична помощ с НЗОК за първи път. Изпълнителите на извънболнична стоматологична помощ (ИСП), сключили договор с НЗОК по НРД 2005, не представят съдебно удостоверение за актуално състояние.

3. По отношение на чл.259, ал.2, т.3 от НРД 2006:

- изпълнителите на ИСП, по отношение на които не са настъпили промени в обстоятелствата по чл.40 от ЗЛЗ, декларират липсата на настъпили промени, без да изброяват изрично и изчерпателно отделните обстоятелства, посочени в чл.40 от ЗЛЗ.

- изпълнителите на ИСП, по отношение на които са настъпили промени в някои от обстоятелствата по чл.40 от ЗЛЗ, посочват изрично настъпилите промени и декларират липсата на такива по отношение на останалите обстоятелства.

4. По отношение на чл.270 от НРД 2006 - поставеното изискване за отчитане на не повече от 6 часа се отнася за всеки един стоматолог, който работи в изпълнение на сключения договор, а не е общо за лечебното заведение, сключило договор за оказване на стоматологична помощ.

5. Настоящите указания се издават на основание чл.2, ал.4 от НРД 2006.

**Д-Р ИВАН БУКАРЕВ  
ДИРЕКТОР НА НЗОК**

**Д-Р ГЕОРГИ ДИМОВ  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
КОМИСИЯТА ПО  
РАМКОВО ДОГОВАРЯНЕ  
НА ССБ**

### **НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ**

**СЪВМЕСТНО УКАЗАНИЕ**  
**ОТНОСНО ПРИЛАГАНЕ НА НАЦИОНАЛНИЯ  
РАМКОВ ДОГОВОР ЗА 2006 Г.**  
*(НЗОК № РД-16-6/ 31.01.06 г.)  
(БЛС № 81/ 31.01.06 г.)*

#### **1. По прилагането на чл.2, ал.3 и 5:**

Всички указания и инструкции, издавани от НЗОК във връзка с прилагането на НРД 2006, и адресирани към изпълнителите на медицинска помощ, се съгласуват с председателя на БЛС. Председателят на БЛС съгласува указанията в срок до 5 (пет) дни от получаването им. В случай, че председателят на БЛС не ги съгласува в този срок, НЗОК издава указанията самостоятелно.

#### **2. По прилагането на чл.12, ал.2:**

2.1. Лечебните заведения за извънболнична помощ, кандидатстващи за изпълнение на клинични пътеки, и разположени на територията на лечебно заведение за болнична помощ, могат да осигурят дейностите, заложи в клиничните пътеки по договор със структурни звена от лечебно заведение за болнична помощ, като не се нарушава заложеният лечебен алгоритъм в клиничната пътека и те следва да отговорят на условията за сключване на договор за изпълнение на клиничната пътека.

2.2. В случай, че лечебните заведения за извънболнична помощ, кандидатстващи за изпълнение на клинични пътеки, са с разположение извън територията на лечебното заведение за болнична помощ, то те следва да отговарят на заложените условия за сключване на договор за изпълнение на клиничната пътека, в това число структурни звена и необходими специалисти.

### **3. По прилагането на чл.15 и чл.116:**

В случаите по чл.15, ал.1 и чл.116, ал.1 изпълнителите на ПИМП могат да сключват договори и с Центрове за спешна медицинска помощ и лечебни заведения за болнична помощ.

### **4. По прилагането на чл.88, т.3 и т.4:**

4.1. В случаите, когато несъответствието с условията за извършване на съответната дейност се изразява в пълна или частична липса на медицинска апаратура и оборудване, договарят се прекратява на основание чл.88, т.3, когато липсата е съществено необходима за изпълнение на дейността - предмет на договора на изпълнителя с НЗОК, и след като на изпълнителя е бил даден срок за отстраняването ѝ, не по-кратък от 15 дни и изпълнителят не е отстранил липсата в указания срок.

4.2. Прекратяване на договора на основание чл.88, т.4 (поради неподписване от изпълнителя на протоколите за регулативни стандарти), е допустимо след писмено обсъждане на възраженията на изпълнителя по съответния протокол за регулативни стандарти, подадени не по-късно от 3 работни дни след връчване на протокола от РЗОК на изпълнителя.

### **5. По прилагането на чл.90 във връзка с чл.238:**

При прилагане на санкция "прекратяване на договор" по реда на ЗЗО спрямо ИМП, преди издаване на заповедта директорът на РЗОК уведомява чрез директора на НЗОК председателя на УС на БЛС, като прилага и проекта на заповедта за налагане на санкцията.

### **6. По прилагането на чл.98:**

Лекари с придобита специалност, работещи в болници, могат да сключват договори или да работят в изпълнение на договори за СИМП, при условие, че са спазени изискванията на чл.81 от ЗЛЗ и чл.62 от ЗЗО, помощта по отделните договори за СИМП се оказва в различни дни, и се спазват обявените работни графици в отделните лечебни заведения.

### **7. По прилагането на чл.113:**

В изпълнение на чл.113 лечебните заведения за ПИМП наемат медицински персонал при превишаване на посочения в ал.1 брой на регистрираните при ОПЛ здравноосигурени лица, които са с непрекъснати здравноосигурителни права по смисъла на чл.109, ал.1 от ЗЗО.

### **8. По прилагането на чл.122, ал.2:**

По чл. 122, ал. 2, в съответствие с приложения №7 и №13 на НРД 2006, в седмичния график по чл.122, ал.1 часове за промотивна и профилактична дейност посочват и лекарите със специалност "Вътрешни болести". При неявяване на ЗЗОЛ в обявените часове за промотивна и профилактична дейност, в рамките на този график лекарите специалисти изпълняват останалите дейности, включени в основния им пакет.

### **9. По прилагането на чл.146, ал.1, т.2:**

По чл.146, ал.1, т.2, в съответствие с приложение №7 на НРД 2006, НЗОК заплаща договорената и извършена дейност от изпълнители на СИМП, изразяваща се в преглед на ЗЗОЛ до 14-годишна възраст по повод остро възникнало състояние и по назначение на ОПЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършен и от лекар с придобита специалност "Детска ревматология".

### **10. По прилагането на чл.146, ал.1, т. 5:**

По чл.146, ал.1, т.5, в съответствие с приложение №7 на НРД 2006, НЗОК заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП, изразяваща се в профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст от рисковите групи, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършен и от лекар специалист с придобита специалност "Вътрешни болести".

### **11. По прилагането на чл.152, ал. 5 и ал.7:**

За отчитане и заплащане на дейностите по основен пакет "Физикална и рехабилитационна медицина", бланка за физикална терапия и рехабилитация (бл. МЗ № 509-89) се представя при поискване от РЗОК.

### **12. По прилагане на чл.154, ал.1, ред 17:**

По чл.154, ал.1, ред 17, в съответствие с приложение №13 на НРД 2006, НЗОК заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП, а именно: "Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия", по цена 18.33 лв.

**13. По прилагане на чл.169, ал.2, Б., т.1:**

Когато изпълнителят на СИМП представя месечния си отчет на електронен носител, същият издава документ (опис на хартиен носител) в два екземпляра, по аналогия на практиката за отчитане на ПИМП.

**14. По прилагането на чл.175:**

Не се считат за неверни данни в отчетите по НРД 2006 технически грешки, допуснати от ИМП при попълване на "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК №1), които се изразяват в сгрешен код на дейност при правилно попълване на диагноза и извършена дейност; неточно посочен номер на амбулаторния лист; липса на УИН на лекаря; сгрешен ЕГН на ЗЗОЛ. В тези случаи се допуска ИМП да поправи първичния медицински документ, като извършването на поправката се удостоверява с подписа на съответното длъжностно лице от лечебното заведение и от длъжностното лице от РЗОК, което приема отчетните документи.

**15. По прилагането на чл.177, ал.1, т.4:**

Работният график по чл.177, ал.1, т.4 следва да предвижда не по-малко от 4 часа работа на съответните специалисти, в дните, в които по график работят по клинични пътеки, независимо от седмичната или месечната им натовареност. Месечното разпределение на утвърдения работен график се представя в РЗОК.

**16. По прилагането на чл.183, ал.2:**

Срокът, в който лицето може да възстанови здравноосигурителните си права по реда и условията на ЗЗО, да се счита до края на периода на хоспитализацията.

**17. По прилагането на чл.197, ал.2:**

За смъртни случаи, настъпили по време на болничния престой или при отказ от страна на пациента да продължи лечение по клинична пътека, се заплаща на изпълнителя на БП, ако са спазени индикациите за завършена клинична пътека, с изключение на изискването за спазване на минимален болничен престой по тази пътека.

**18. По прилагането на §8 и §9:**

Отделните дейности по диспансеризация и по наблюдение на бременността, извършени след 01.01.2006 г., се заплащат при условията и реда на НРД 2006, независимо от това, че диспансеризацията или наблюдението на бременността е започнала при действието на НРД 2005.

**19. По предхоспитализационния минимум:**

В случаите, когато в клинична пътека като условие за нейното завършване се изискват задължителни диагностични процедури от групата на образната диагностика и клинично-лабораторните изследвания, същите могат да се приемат за извършени от приемащото лечебно заведение за болнична помощ, ако са реализирани от друго лечебно заведение, в същия ден или в деня преди датата на хоспитализацията.

**Настоящото указание се издава на основание чл.2, ал.3 от НРД 2006.**

ДИРЕКТОР НА НЗОК  
Д-Р ИВАН БУКАРЕВ

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС  
Д-Р АНДРЕЙ КЕХАЙОВ

## ЗА ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ

### СЪВМЕСТНИ УКАЗАНИЯ НА НЗОК И БЛС ПО ДОГОВАРЯНЕ ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ НЗОК № РД-16-10/24.02.06 г. Изм. БЛС № 130/24.02.06 г.

При договаряне на клинични пътеки:

№ 228 "Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става" и № 231 "Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система", управителят на лечебното заведение за болнична помощ може да предостави в РЗОК декларация, че ще внесе

сертификат за квалификационен курс по артроскопия и/или ендопротезиране в срок до 6 месеца от датата на сключване на договора.

### ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

**Има ли право лекар ординатор в Център за спешна медицинска помощ (ЦСМП) да сключи договор с НЗОК като общопрактикуващ лекар, след като се регистрира по Търговския закон (като ЕТ) и да работи на втори трудов договор в ЦСМП?**

Съгласно т. IX от Приложение №1 към член единствен от Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК: "общопрактикуващият лекар осигурява денонощна непрекъснатост на медицинските дейности от основния пакет за първична извънболнична медицинска помощ". В този смисъл, ако общопрактикуващият лекар работи и в ЦСМП, той няма да може реално да изпълнява задълженията си по договора с НЗОК за оказване на ПИМП и това ще му пречи да извършва основната си дейност по този договор.

**Възможно ли е лекар ординатор със специалност, който работи в болница, да сключи договор с НЗОК по специалността си в извънболничната помощ - в медико-диагностична лаборатория?**

Трябва да бъде спазено изискването на чл.81 от Закона за лечебните заведения: "(1) Лекарите и лекари по дентална медицина с основна или профилна медицинска специалност, които работят в лечебно заведение за болнична помощ, могат да: 1. регистрират индивидуална практика за извънболнична специализирана помощ, ако в същото населено място няма регистрирана такава или регистрираните медицински лица от същата основна или профилна специалност са недостатъчни. Преценката за недостатъчност се прави от директора на регионалния център по здравеопазване. В тези случаи изпълнителите на медицинска помощ могат да сключат договор с НЗОК; 2. регистрират индивидуална практика за извънболнична специализирана помощ извън случаите по т.1. В тези случаи лицата не могат да сключват договор с НЗОК; 3. работят по договор с груповата практика за специализирана извънболнична помощ с центровете по чл.16 и чл.17 и с лечебните заведения за болнична помощ. (2) (Нова - ДВ, бр. 65 от 2000 г.) НЗОК може да сключи договори с лечебните заведения за извънболнична помощ по ал. 1, т. 3 за специалностите, заети от специалисти по ал. 1, ако са изпълнени условията на чл. 62 от Закона за здравното осигуряване. Преценката за недостатъчност се прави от директора на регионалния център по здравеопазване". Центровете по чл.16 и чл.17 съответно са: МЦ,

СЦ, МСЦ и ДКЦ. Самостоятелните МДЛ не са посочени в цитираната разпоредба. Следователно лекар, който работи в лечебно заведение за болнична помощ, не може да регистрира или да работи в самостоятелна МДЛ и да сключи договор с НЗОК.

**Може ли изпълнител на СИМП, който работи на индивидуална практика в лечебно заведение по договор за пакет "Вътрешни болести", и който има втора специалност - "Клинична хематология", да сключи само един договор за изпълнение на СИМП и по двата пакета?**

Съгласно чл.13, ал.2 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) индивидуална практика за специализирана медицинска помощ се организира и осъществява от лекар със специалност извън тази по обща медицина, който се регистрира по реда на чл.41 от ЗЛЗ. Следователно индивидуалната практика за СИМП трябва да се организира и осъществява от лекар с една призната специалност, по какъвто начин е регистрирана и посочената в случая индивидуална практика за СИМП със специалност "Вътрешни болести". За да се работи по договор с НЗОК, е необходимо лечебно заведение, което да има регистрирана специалност "Клинична хематология", за да се изпълняват дейностите от пакета по тази специалност.

**Има ли право лекар специалист в болничната помощ, който работи и като специалист в лечебно заведение за СИМП в една община, да извършва амбулаторни прегледи към същото лечебно заведение за СИМП, но в друга община в същата област - в регистриран в РЦЗ кабинет, при положение, че в тази община работят по договор с НЗОК специалисти със същата специалност?**

Да, има право да извършва такива прегледи, тъй като налице е само един договор за СИМП.

**В груповата практика за ПИМП с 1800 здравноосигурени пациенти и двама лекари колко медицински сестри трябва да бъдат наети и на какъв работен ден?**

Лечебните заведения за ПИМП наемат медицински персонал при регистрирани над 1200 здравноосигурени лица при ОПЛ - медицински

специалист с образователно-квалификационна степен "специалист", "бакалавър" или "магистър". В случая е достатъчен само един медицински специалист с образователно-квалификационна степен "специалист", "бакалавър" или "магистър"- т.е. ако в практиката е нает лекар, не е необходимо да бъде назначена и медицинска сестра. Няма изисквания по отношение на работното им време (чл. 113, ал. 1, т. 1 от НРД 2006).

**Възможно ли е на територията на една районна здравноосигурителна каса да се подпишат два договора с един стоматолог, като първият договор е за участие в групова практика, а вторият - за индивидуална практика в друг кабинет?**

Националната здравноосигурителна каса сключва само по един договор с изпълнител на извънболнична стоматологична помощ в рамките на една РЗОК за всеки от предметите на дейност (първична, специализирана помощ), като изпълнението може да се осъществява на няколко места на територията на съответната РЗОК, вкл. и в подвижна структура на лечебно заведение - изпълнител на извънболнична стоматологична помощ" (съгласно чл. 258 от НРД 2006).

**Трябва ли да се проведе профилактичен преглед, за да се включи здравноосигурен пациент в рисковата група? Ако през месеца личният лекар не е провел профилактични прегледи, празен регистър ли предава?**

Профилактичните прегледи са задължителни за здравноосигурените лица, независимо от обстоятелството дали са диспансеризирани при ОПЛ или специалист, и се извършват от личния лекар. Профилактичният преглед се извършва от ОПЛ с необходимия обем дейности и изследвания, и при формиране в определена рисковата група пациентът се насочва с направление към съответния специалист. Ако през месеца липсват извършени профилактични прегледи, ОПЛ не се отчита по регистъра.

**Ако лекар специалист, който работи в ДКЦ, желае да смени работното си място, остават ли в пациентската му листа диспансеризациите при него лица?**

Да, лекарят специалист има право да продължи да наблюдава диспансеризираниите при него

пациенти. Ако някои от тях преценят, че не им е удобно да го посещават на новото работно място, могат да направят повторен избор.

**Според указанията за попълване на Първични медицински документи - (амбулаторен лист) в Приложение № 4, т. 5 на НРД 2006: "Диспансерен преглед се маркира с "X", ако ЗЗОЛ е диспансеризирано по основната диагноза." Ако се спазят указанията, диспансерните прегледи са 12, но в Приложение № 8 на НРД 2006 за дейностите по диспансеризацията фигурира изискването да се извършват само 2 прегледа годишно за МКБ I10. Това означава ли, че по този начин трябва да се маркира ежемесечно посещение на пациент, напр. диспансеризиран с диагноза "Артериална хипертония"?**

Диспансерен преглед се маркира с "X", ако здравноосигуреното лице е диспансеризирано по основната диагноза. Диспансерното наблюдение се осъществява във вид, честота и обем, съгласно Приложения № 8 на НРД 2006 при спазване на изискванията на Наредба № 39 на МЗ, включително за артериална хипертония.

**В Приложение № 8 за НРД 2006 за дейности по МКБ E11.9 - "Захарен диабет без усложнения" периодичността е точно определена - 3 пъти годишно, а в медицинските дейности наред с клиничния преглед е споменато ЕКГ без други указания (както при изследването за кръвна захар с глюкомер: 2 пъти годишно). Означава ли това, че ЕКГ трябва да се прави при всеки диспансерен преглед - т.е. по 3 ЕКГ годишно? Диспансерното наблюдение се осъществява във вид, честота и обем, съгласно Приложения № 8 на НРД 2006 при спазване на изискванията на Наредба № 39 на МЗ. Няма разлика в посочената диагноза по отношение на изследванията с другите форми на диабета.**

**Съгласно Приложение № 9 на НРД 2006 болните от астма се диспансеризират от алерголог или от пулмолог. Има ли право личният лекар да изписва лечение с рецептурна книжка на пациент с диагноза "Бронхиална астма", който не е диспансеризиран от специалист и не се е консултирал с такъв, въпреки че неколккратно му е издавано направление? Ако този пациент има консулт с алерголог преди 3 години и търси**

**лекарска помощ епизодично при обостряне на задуха, какви са отговорностите на личния лекар в подобна ситуация? Задължен ли е специалистът да диспансеризира пациент с тази диагноза?**

Всеки личен лекар и всеки специалист, сключил договор с НЗОК, провежда диспансеризацията на здравноосигурените лица по Наредба № 39 от 2004 г. на МЗ за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Приложения № 6 и № 7 към нея, и за заболяванията, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ, респ. от специалист, съгласно Приложение № 8 и Приложение № 9 на НРД 2006. За посоченото заболяване е необходимо диспансерно наблюдение от специалист и явяване на пациента на контролен преглед три пъти в годината, съгласно посочените нормативни документи.

**Според НРД 2006 общопрактикуващият лекар наред с първичните медицински документи издава и заверява здравна книжка за работа в хранителни и социални заведения. Има ли право ОПЛ да издава направление за необходимите изследвания за сметка на своите регулативни стандарти, или само извършва заверката на представените от пациента резултати?**

Общопрактикуващият лекар не издава направления за тези изследвания. В НРД 2006 не е договорено извършването им от специалисти, сключили договор с НЗОК/ РЗОК. На основание Наредба № 22 за условията и реда за заплащане на медицинската помощ по избор на пациента, за издаване на медицински документ от здравното заведение, удостоверяващ здравословното състояние на лицето, на специалистите се заплаща по цени, определени от съответното лечебно заведение.

**Имат ли право лечебните заведения за болнична помощ да изискват от общопрактикуващия лекар да издава на здравноосигурените лица за всеки курс химиотерапия ново направление бл. МЗ-НЗОК № 3? Ако пациентите са били на стационарно лечение по клинична пътека, в 30-дневен срок след дехоспитализацията, могат ли да бъдат консултирани с направление бл. № 3 по същата диагноза?**

Съгласно чл. 129, ал.1 от НРД 2006 във връзка с "Медицинско направление за консултация или за

провеждане на съвместно лечение" (бл.МЗ-НЗОК № 3): "Лечебното заведение за СИМП изисква консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същото или друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в следните случаи: 1. при необходимост от консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същата или друга специалност; 2. при необходимост от извършване на ВСМД с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А). При възникнала необходимост от консултация и лечение в рамките на 30 дни след дехоспитализация, независимо че пациентите са били на стационарно лечение по клинична пътека за същата диагноза, те могат да бъдат консултирани с направление бл. № 3. Провеждането на парентерална химиотерапия по схема - като ВСМД - се осъществява след издаване на "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3 а) от специалист от лечебно заведение за СИМП, работещ по договор с НЗОК.

**Има ли право ОПЛ да издаде направление за медико-диагностично изследване на цитонамазка при провеждането на профилактичен преглед? След като честотата на това изследването е веднъж на две години, признават ли се изследваните през 2005 г. цитонамазки като част от профилактичния преглед, проведен през 2006 ?**

Личният лекар назначава и попълва "Искане/резултат за цитологично изследване на влагалищни намазки", което изпраща в лаборатория по "Обща и клинична патология", сключила договор с НЗОК за изследване на "цитонамазка от женски полови органи". Необходимо е да се попълни МДД със съответния код. Лекарят, извършващ изследването, трябва да спазва алгоритмите и правилата за вземане на влагалищна цитонамазка с онкопрофилактична цел. Неизвършени изследвания при профилактичен преглед, които не са ежегодни, се извършат през следващата календарна година.

**Кой трябва да изготви предхоспитализационния минимум от клинични изследвания, необходим за постъпването на здравноосигурени граждани в лечебни заведения за болнична помощ?**

Клиничните пътеки обхващат дейности - диагно-

стични и лечебни, които влизат в алгоритъма на дадено заболяване и са включени в цената. В НРД 2006 отпадна като част от пътеките задължителният предхоспитализационен минимум. Ако пациент постъпи в ЛЗ за БП за лечение по клинична пътека, той може да е с извършени изследвания в извънболничната помощ, но ако те не са направени, се извършват в болничното лечебно заведение. В този смисъл е неправилно пациентът да се връща до изпращащия лекар с искане за различни изследвания като предхоспитализационен минимум, тъй като в цената на пътеката тези изследвания са остойности.

**Счита ли се за завършена клинична пътека, ако не е изпълнен минималният срок, определен за болничен престой, напр. ако пациентът напусне по свое желание отделението, преди да изтече регламентираният срок на хоспитализация, или ако бъде преместен в друго лечебно заведение?**

Съгласно НРД 2006, чл. 198, ал. 2: "В случаите, когато при лечение на пациент по определена КП, настъпят индикации за лечение по друга КП, за която лечебното заведение има сключен договор, се заплаща тази, при която са отразени окончателната диагноза и са проведени основните терапевтични/диагностични процедури." Съгласно съвместно указание от НЗОК и БЛС относно прилагането на чл. 197, ал.2 на Националния рамков договор 2006: "За смъртни случаи, настъпили по време на болничния престой или при отказ от страна на пациента да продължи лечението по клинична пътека, се заплаща на изпълнителя на БП, ако са спазени индикациите за завършена клинична пътека, с изключение на изискването за спазване на минимален болничен престой по тази пътека."

**Какво представлява документът, "удостоверяващ източника на заплащане на лечението", който трябва да се прикрепя към ИЗ на пациента? В КП № 165 е посочено "87.3 мекотъканно рентгеново изследване на гръден кош" като диагностична процедура, а според досегашната практика се прави "87.4 друго рентгеново изследване на гръден кош". Кое е вярното?**

В алгоритъма на клиничните пътеки по НРД 2006 г. в т.ІІІ. "Документиране на дейностите по клиничната пътека" се изисква прилагането към ИЗ на документ, "удостоверяващ източника на заплащане на лечението", чийто образец се

определя от МЗ. Процедурата с код 87.3 "Мекотъканно рентгеново изследване на гръден кош" е посочена в "Документ № 1" на цитираната КП. Този документ се изготвя от експертите на Дирекция "Болнична медицинска помощ" в НЗОК, съобразно нуждите на контролните й функции.

**Как се кодират лечебните процедури в клинична пътека №1 "Исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза": Инфузия на манитол или венозна инжекция на кавинтон и инфузия на серум глюкозе, рингер? Каква трябва да бъде втората диагностична процедура при заболяването "Парализа на Бел" при условие, че е направена ЕМГ, а КАТ на главен мозък не е задължителна? Необходимо ли е да се направи рентгенография?**

Основните диагностични и лечебни процедури във всяка пътека са обозначени. За да бъде изпълнена КП № 1 "Исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза" е необходимо да са проведени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури. Процедура \*\*87.03 КАТ на глава е задължителна диагностична процедура. Лекуващият лекар преценява кои от всички изброени процедури ще бъдат направени и отчетени според състоянието на пациента.

**За поставяне на диагнозата "Исхемичен мозъчен инсулт" по клинична пътека необходима ли е визуализация на компютърната томография (КТ) на мозъка - т.е. компютърната томография да "показва" наличието на исхемичен инсулт? Трябва ли да се провеждат следващи изследвания със скенер до визуализация на инсульта, тъй като първата компютърна томография се провежда по спешност няколко часа след инсульта и в много случаи този първи скенер е в рамките на нормата? Щом КТ на мозък е нормална (първа, втора или трета), може ли да се постави диагноза "Исхемичен мозъчен инсулт" ?**

В клиничната пътека за ИМИ една от основните диагностични процедури е КТ на глава. Тя е включена в диагностичния алгоритъм и провеждането на основната диагностична процедура КТ на мозък е достатъчно условие за заплащане на клиничната пътека. Негативната находка не е основание за неплащането й.

**Защо при КП № 167 "Диагностични процедури и консервативно лечение на възпалителни**

**заболявания на женската полова система" диагностичният ултразвук не е посочен като основна диагностична процедура? За да се изпълни изискването от 3 процедури, необходимо ли е да се прави КАТ на корем или рентгенография на корем? Ако паци-ентката откаже с подпис прилагането на дадена процедура, ще се смята ли клиничната пътека за завършена?**

КП № 167 "Диагностични процедури и консервативно лечение на възпалителни заболявания на женската полова система" изисква да бъдат изпълнени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, за да се приеме пътеката за завършена и да се заплати. Критериите за завършена клинична пътека съгласно §1, точка 8.2 от допълнителните разпоредби към НРД 2006 трябва да са спазени.

**Оперативното лечение на ретроперитонеални тумори (Нехочкинов лимфом и др.) - лапаротомия с биопсия, необходима за поставяне на диагноза и по-нататъшно лечение, включена ли е в КП № 175?**

В КП № 175 "Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност при лица над 18-годишна възраст" е включена като основна процедура 54.11 - експлоративна лапаротомия. Тази процедура фигурира и в други пътеки, например в КП № 188 "Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, със среден обем и сложност", в зависимост от локализацията на патологичното образуване. Съгласно новата структура на клиничните пътеки, всички хирургични пътеки в НРД 2006 са без таблица на диагнози, а съдържат само основни хирургични процедури. Това е така, тъй като се заплаща за извършена основна процедура и в пътеките са групирани процедури със сходен обем и сложност, съответно - и цена. По този начин се намалява рискът да бъде пропусната диагноза, за която да се заплати при извършена основна хирургична процедура, съобразена с алгоритъма на пътеката. При изписване на пациента в Направление № 7 задължително се вписва окончателната диагноза.

**Към коя клинична пътека се отнасят приетите в стационара пациентки с диагноза "спонтанен аборт"?**

Пациентките със заплашващ аборт постъпват по КП № 160 "Интензивни грижи при бременност с реализиран риск", а при настъпил спонтанен

аборт и наличие на съответните индикации - по КП № 159 "Преждевременно прекъсване на бременността по медицински показания".

**По коя клинична пътека се оперират тумори на меките тъкани - липоми, фиброми, саркоми?**

Операциите на доброкачествени тумори на меките тъкани - липоми, фиброми, саркоми и др. се лекуват оперативно според локализацията в следните пътеки: КП № 193 "Оперативни интервенции върху гърда при неонкологични заболявания с локална ексцизия или биопсия", КП № 235 "Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош", КП № 230 "Малки оперативни процедури на таза и долния крайник", КП № 234 "Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник", КП № 197 "Животозастрашаващи инфекции на меките тъкани - хирургично лечение".

**Според НРД 2006, за да се отчете КП № 7 за завършена, трябва да има две диагностични и две терапевтични процедури. В кодовете на процедурите по МКБ-9КМ към същата пътека са изброени общо 5 терапевтични процедури. В лечебния алгоритъм на КП № 7 са упоменати медикаментите, които се използват. Често при лечение на заболявания, включени в тази КП, не се прилагат повечето от предвидените терапевтични процедури поради противопоказания или липса на необходимост - напр. при пациент с увреда на бедрения нерв е ненужно да се правят кортикостероиди, антибиотици, стомашно хранене със сонда и парентерална инфузия на концентрирани хранителни разтвори (според кодовете на терапевтичните процедури по КП) . В този смисъл възможно ли е да се кодира два пъти 99.29 - инжекция или инфузия на друго лечебно или профилактично вещество, тъй като пациентът реално получава повече медикаменти, но за тях няма отделен код?**

Клинична пътека № 7 "Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия от медикаменти, порфиринова полиневропатия и полиневропатия на Гилен-Баре, без имуноглобулин и апаратна вентилация" изисква да бъдат изпълнени и отчетени две диагностични и една терапевтична процедури, за да се приеме пътеката за

завършена. Ето защо не е проблем клиничната пътека да се отчете само с една терапевтична процедура. Не е възможно отчитане на два медикамента с един и същи код.

**Възможно ли е хирургични отделения без сектор по пластична хирургия да извършват дейности по КП № 288 - "Травматични ампутации на пръсти на стъпало, на горен крайник и на длан"? Защо условието за дехоспитализация по тази пътека е наличие на "оздравял донорски участък"?**

За да сключи договор за изпълнение на КП № 288 "Оперативно лечение на рани на кожата и подкожната тъкан от различно естество", лечебното заведение трябва да разполага с посочените задължителни структурни звена и съответна квалификация на персонала: клиника/отделение

по изгаряне или други хирургични специалности и хирург - оператор със специалност по пластична хирургия или хирургия, гръдна хирургия или ортопедия и травматология, УНГ - болести или очни болести, лицево-челюстна хирургия - за лица над 18-годишна възраст; хирург - оператор със специалност по пластична хирургия или хирургия, детска хирургия или гръдна хирургия или ортопедия и травматология, УНГ - болести или очни болести или лицево-челюстна хирургия - за възраст под 18 години. По пътеката може да се извършват всички дейности и процедури, посочени в алгоритъма по съответните диагнози, включени в клиничната пътека. Условието за дехоспитализация са: пациентът да е клинично здрав, а оздравелият донорски участък се визира, когато се налага такава процедура.

## ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ

### ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

**Кой предоставя декларациите за информирано съгласие на пациенти, постъпили на лечение в лечебно заведение за болнична помощ?**

Декларацията за информирано съгласие е документ, който всяка болница предоставя по свой образец на пациента (родителя/настойника) при постъпване в лечебното заведение. Информацията за пациента, която досега фигурираше като част от клиничната пътека, също трябва да бъде предоставяна от лечебното заведение и от лекуващия лекар.

**В цената на клиничните пътеки влизат ли разходите за храна, или пациентите ги заплащат допълнително?**

Ако пациент е хоспитализиран по клинична пътека, не заплаща храната, предоставена му от болничното заведение.

**Може ли при продължителен престой на здравноосигурено лице в чужбина НЗОК да отпусне инсулин в количества, по-големи от определените за месеца, и достатъчни за престоя извън страната?**

На основание чл. 45 ал.1 т. 10 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) Националната здравноосигурителна каса заплаща за предписване и отпускане на разрешени за употреба лекарства, предназначени за домашно лечение на територията на страната. НЗОК заплаща напълно или частично лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната (чл.33 на НРД 2006) Съгласно чл.38, ал.1 на НРД 2006 лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели за домашно лечение се предписват само след извършен преглед, който се документира в амбулаторния лист и се удостоверява с подписа на здравноосигуреното лице. Следователно няма основание на здравноосигурено лице да се изписва инсулин за повече от тридесет дни. Дейността на НЗОК е основана върху определена нормативна база. НЗОК не може да я изменя, а се ръководи от нея. Решението за изнасяне на по-големи количества лекарства извън страната е в компетенциите на Агенция "Митници".

**Какъв е срокът, в който се разглеждат и одобряват протоколите от ЦУ на НЗОК за предписване и отпускане на Интерферон за МС - втори курс? Има ли листа на чакащите?**

Според Правилника за дейността на комисията в ЦУ на НЗОК и реда за извършване на експертиза по чл.78 от Закона за здравното осигуряване необходимите документи се подават (на адреса по местоживееене) в районната здравноосигурителна каса. РЗОК ги изпраща в НЗОК в срок до 5 работни дни, считано от датата на постъпването им, придружени с писмено становище за изрядността на документацията, информация за здравноосигурителния статус на лицето, данни за проведеното лечение до момента (ако има такова) и оригинал на предходния протокол с изпълнени предписания по него (ако има такъв). Комисията в ЦУ на НЗОК извършва експертиза на представените документи в срок до 15 работни дни от датата на постъпването им в НЗОК. Въз основа на взетите решения проекто-заповедите, към които са приложени протоколите, се представят на директора на НЗОК за одобрение. В срок от 3 работни дни от датата на издаване на заповедите в РЗОК се изпращат: извлечението от протоколите по съответната програма с решенията на заседанието, заповедите за лицата на територията на РЗОК, както и попълненият и подписан от членовете на комисията протокол, заверен с печата на НЗОК. Протоколите се получават в районната здравноосигурителна каса срещу подпис от съответните лица или упълномощено от тях лице. При отказ за издаване на протокол лицата трябва да бъдат уведомени на адреса по местоживееене от съответната районна здравноосигурителна каса в 7-дневен срок от получаване на документите.

Един път месечно комисията, в която участват най-малко двама от невролозите-консултанти на НЗОК, разглеждат по реда, определен в "Правила за дейността на комисията в ЦУ на НЗОК и реда за извършване на експертиза по чл. 78 от ЗЗО" документите на нови болни за отпускане на Интерферон за МС. Одобренията за включване в програмата здравноосигурени лица се завеждат (с посочена дата и входящ номер) в отделен регистър в РЗОК, където са подадени документите. Когато ЗЗОЛ са включени в

"листата на чакащи " и не започне лечение в рамките на валидността на представените документи (6 месеца от датата на издаването на протокола от комисията) в случаите по чл. 56 от НРД 2005, те се връщат на лицата чрез РЗОК за последваща етапна епикриза и съставяне на протокол от комисията, която ги е представила за първи път. Документите на тези болни (при условие, че бъдат одобрени) се завеждат от датата на първото подаване на документите. Приоритетно се включват жени до две години след раждане. Втори двегодишен курс на лечение с Интерферон за МС не се заплаща от НЗОК.

**Заплаща ли здравноосигурена жена с рискова бременност и препоръки за планово раждане чрез Цезарово сечение, оказаната ѝ медицинска помощ?**

НЗОК заплаща по клинична пътека "Раждане, независимо от метода на родоразрешение" за дейности по провеждане на лечение и обгрижване на здраво родено дете. В случаите на рискова бременност пациентката постъпва в болница за операция с направление за хоспитализация, издадено от общопрактикуващия лекар. Бременни и родилки до 45 дни след раждането не заплащат потребителска такса за оказана извънболнична и болнична медицинска помощ.

**Кой трябва да заплати изследванията за токсоплазмоза на здравноосигурени бременни жени?**

При здравноосигурени жени с рискова бременност (със спонтанни аборти, мъртво-раждания и други показания) изследването за токсоплазмоза се заплаща от НЗОК.

**Заплаща ли се инжекцията Анти Д-гамаглобулин от здравноосигурените бременни жени?**

Профилактиката с анти-Д гама глобулин е включена в алгоритъма на клинична пътека "Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение". При всички случаи, когато се налага такава профилактика, медикаментът се осигурява от болничното лечебно заведение,

което изпълнява посочената клинична пътека по НРД 2006.

**Изследванията на здравноосигурените бременни жени при гинекологичен преглед: микробиология, цитонамазка, ехограф, хламидия, цветна снимка на фалопиевите тръби, поемат ли се от НЗОК?**

НЗОК заплаща за изследванията: цитонамазка, микробиологично изследване, ехография на малък таз, изследване за хламидия, салпингография, хормонални изследвания и др. Пълна информация за правата на здравноосигурените бременни жени и прегледите и изследванията, които НЗОК заплаща, са публикувани на интернет страницата на НЗОК ([www.nhif.bg](http://www.nhif.bg)).

**Направлението за изследване (снимка) на яйчниковите тръби, назначено от специалист по акушерство и гинекология, което НЗОК**

**заплаща, покрива ли изследванията на влага-лицен секрет и пълна кръвна картина, направени преди снимката ?**

За изследванията на влагалицен секрет и пълна кръвна картина се изисква издаване на ново направление от специалист.

**Има ли право ОПЛ да откаже да изпише на пациент с инсулт и 100% инвалидност лекарствата Drosunal и Piramem, под предлог, че те са от една и съща група?**

Няма основание за такъв отказ. Пациентът има право да му бъдат изписани до три лекарствени продукта за едно заболяване (чл. 39 ал. 4 НРД 2006).

**Изследванията на цветно зрение чрез аномалоскоп (аномалоскопия) и аудиометрия заплащат ли се от НЗОК?**

Аудиометрията и изследването на цветно зрение с таблици се заплащат от НЗОК.

## ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В ГЛОБАЛНИЯ СВЯТ

### ПРАВОТО НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ БЪЛГАРСКИ ГРАЖДАНИ В РАМКИТЕ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

#### Какво представлява координацията на социалното и здравното осигуряване в ЕС

Координацията на социалното и здравното осигуряване в ЕС не изисква уеднаквяване на националните осигурителни законодателства на държавите - членки. Всяка държава - членка има право да приеме свое специфично осигурително законодателство, като определя кръга от осигурени лица, осигурителните обезщетения, начина на финансиране на системата (чрез вноски или данъци, или по смесена система). Координацията е правен инструмент, чрез който се постига синхронизиране между осигурителните системи на държавите - членки, като се избягват нежеланите последици от движението на осигурени лица в рамките на ЕС. Тези последици могат да бъдат:

- възникване на "двойно" осигуряване, ако едно лице попадне под осигурителните законодателства на две държави (работи в държава, която задължително осигурява работещите, но живее в друга държава, която осигурява задължително постоянно пребиваващите на нейна територия) или липса на осигуряване (ако лицето не попадне под осигурителното законодателство на нито една държава);
- неравно третиране при предоставянето на осигурителни права и получаването на осигурителни обезщетения между собствените граждани на една държава и чуждите граждани, които пребивават на нейна територия на различни основания - работа, търсене на работа, обучение, почивка, постоянно пребиваване след пенсиониране;
- пропуски в осигуряването, които биха възпрепятствали едно осигурено лице да получи осигурително обезщетение, защото не е налице необходимият период на осигуряване по законодателството на нито една държава;
- ограничаване на изплащането на осигури-

телните обезщетения до територията на държавата, която е отговорна за тяхното отпускане.

Гореописаните проблеми се решават с регламент за координация на системите за социално и здравно осигуряване, който запазва различията между националните осигурителни законодателства на държавите-членки, като въвежда разпоредби за:

- определяне на само едно приложимо осигурително законодателство към даден момент - по принцип това е законодателството на държавата, в която лицата упражняват професионална дейност като наети или самонаети, дори и да пребивават в друга държава;
- равно третиране от страна на една държава на собствените и чуждите граждани при упражняване на осигурителни права и възлагане на осигурителни задължения;
- сумиране на осигурителни периоди, изтекли по законодателствата на две или повече държави с оглед на придобиване на осигурителни права;
- възможност за получаване на осигурителни обезщетения извън територията на държавата, която е отговорна за тях.

Към момента разпоредбите, които преодоляват посочените негативни последици за осигурените европейски граждани са уредени с **Регламентите на ЕС 1408/71 и 574/72** за координация на системите за социално осигуряване на наети и самонаети лица, членове на техните семейства и техни наследници, както и на лица без гражданство и бежанци, които се движат в Европейския съюз. Координационните регламенти се отнасят до всички граждани на държавите-членки на ЕС; гражданите на страните от Европейското икономическо пространство - Исландия, Норвегия и Лихтенщайн; гражданите на Конфедерация Швейцария. Всички тези лица трябва да са (или да са били) подчинени на национално законодателство за задължително социално и здравно осигуряване, както и да са упражнили правото си на свободно движение в рамките на ЕС - т.е. да са пребивавали на различни

основания извън собствената си държава по осигуряването. От 2003 г. в персоналният обхват на **Регламенти 1408/71 и 574/72** попадат и гражданите на трети страни, извън ЕС, които са (или са били) подчинени на законодателство поне на две държави-членки. Координационните регламенти не обхващат системи за доброволно социално и здравно осигуряване, както и системи за социално и медицинско подпомагане.

**Медицинска помощ и услуги в рамките на задължителното здравно осигуряване, предоставени на българските здравноосигурени лица по Закона за здравното осигуряване на територията на държавите-членки на ЕС**

Българският Закон за здравното осигуряване (ЗЗО) определя кръга от осигурени лица; медицинската помощ и услугите, които попадат в здравноосигурителния пакет; правата и задълженията на здравноосигурителната институция - НЗОК и на изпълнителите на медицинска помощ и на здравноосигурените лица; както и начина на финансиране на системата за задължително здравно осигуряване. ЗЗО има действие единствено на територията на България и не урежда случаи, при които здравноосигурени лица по него имат нужда от медицинска помощ и услуги извън националната територия.

Медицинската помощ и услугите в рамките на задължителното здравно осигуряване, т. нар. "обезщетения в натура" за болест и майчинство са част от координацията на социалното осигуряване, и затова попадат в материалния обхват на **Регламенти 1408/71 и 574/72**, като след присъединяването на България към ЕС лицата с непрекъснати здравноосигурителни права (с платени здравноосигурителни вноски) по ЗЗО ще имат право на тези обезщетения, когато се движат и пребивават в държавите-членки.

Основните хипотези, при които българските здравноосигурени лица ще имат право на медицинска помощ в държавите-членки на ЕС могат да се разделят на:

- достъп до медицинска помощ на осигурени

лица и на членовете на техните семейства, които пребивават в държава - членка, различна от държавата, в която са осигурени;

- достъп до медицинска помощ на осигурени лица и на членовете на техните семейства в държава-членка при временен престой на различни основания - туризъм, командироване, обучение, търсене на работа;
- планирано лечение на осигурени лица в чужбина.

За практическото реализиране на правото си на медицинска помощ в рамките на ЕС българските граждани ще използват Е-формулярите, разработени от Административната комисия за социалното осигуряване на работниците-мигранти към Европейската комисия.

**Категории лица, които са социално и здравно осигурени в България, но постоянно пребивават в друга държава-членка**

Наетите или самонаетите социално и здравно осигурени лица на територията на България и членовете на техните семейства, които постоянно пребивават на територията на друга държава-членка ще имат право на медицинска помощ за сметка на тяхната компетентна институция - НЗОК, по силата на правилата за определяне на приложимото осигурително законодателство (в случая е българското, защото професионалната дейност се упражнява на българска територия). Тези лица, обаче, ще бъдат интегрирани в здравната система на държавата, в която пребивават, въпреки, че не са внасяли здравноосигурителни вноски в неин здравен фонд, и ще имат право на същия пакет медицинска помощ и услуги, на които имат право и гражданите на тази държава (принцип на равното третиране). Това право лицата ще могат да упражнят с **формуляр Е 106**, който се състои от две части - А и Б.

**Част А на формуляр Е 106** се попълва от компетентната институция, с което се удостоверява, че даденото лице има право на медицинска помощ в рамките на задължителното здравно осигуряване съгласно национал-

ното законодателство. По принцип право на медицинска помощ имат и неосигурените членове на семейството, които черпят здравноосигурителни права от осигурено лице. Важно е да се отбележи, че българските здравноосигурени лица няма да бъдат разделяни на осигурени и неосигурени членове на семейството, защото съгласно ЗЗО правото на здравно осигуряване е лично. Това означава, че за да могат да се ползват от координационните правила на ЕС за предоставяне на медицинска помощ в държава - членка, българските осигурени лица следва да са с непрекъснати здравноосигурителни права по ЗЗО - т. е. да са заплатили дължимите вноски, дори и да нямат статут на наети или самонаети лица.

**Част Б на формуляр Е 106** се попълва от институцията по пребиваването на наетите или самонаетите лица, като на практика това означава регистрирането им в системата на здравното осигуряване на държавата по пребиваването, както и произтичащите от тази регистрация права и задължения, с изключение на задължението за внасяне на здравноосигурителни вноски, което остава в държавата по месторабота на тези лица.

След регистрацията в държавата по пребиваването наетите и самонаетите лица могат да ползват пълния здравноосигурителен пакет медицинска помощ и услуги на тази държава, като институцията по пребиваването (регистрацията) ще заплаща на изпълнителите на здравна помощ за оказана такава помощ или услуга на тези лица. С **формуляр Е 107** тази институция има право да иска от компетентната за лицата институция възстановяване на действително направените здравни разходи съгласно законоустановените тарифи на държавата по пребиваването. Продължителността на предоставяне на медицинската помощ в държавата по пребиваване се определя от законодателството на компетентната държава. В тази връзка, ако даден български гражданин престане да се осигурява като наето или самонаето лице по ЗЗО, НЗОК (институцията, която е издала **формуляр Е 106**) ще изпрати **формуляр Е 108** на институ-

цията по пребиваването за прекратяване на действието на **формуляр Е 106**.

Особена разновидност на наетите или самонаетите лица с пребиваване извън държавата по месторабота са т. нар. трансгранични работници. Това са лицата, които упражняват професията си на територията на една държава, но пребивават на територията на друга държава, в която по правило се връщат поне веднъж седмично. Тези лица имат право на медицинска помощ и в двете държави. Членовете на семейството на трансграничен работник имат право само на спешна помощ в компетентната държава (в която се упражнява професионалната дейност) и на пълна медицинска помощ в държавата по пребиваването си.

Пенсионерите, които получават пенсии за старост, инвалидност или наследствена пенсия, имат право на медицинска помощ съгласно координационните разпоредби на ЕС, дори и когато живеят в държава-членка, различна от държавата, в която получават пенсиите си. Българските пенсионери ще могат да упражняват правото си на медицинска помощ с **формуляр Е 121**, издаден от НЗОК.

**Достъп до необходима и неотложна медицинска помощ на български здравноосигурени лица при временен престой в държава - членка на ЕС на различни основания - туризъм, командироване, обучение, търсене на работа**

От 1 юни 2004 г. в рамките на ЕС беше въведена **Европейската здравноосигурителна карта (ЕЗК)**, с която поетапно бяха заменени формулярите за медицинска помощ при временен престой на европейски граждани в държава-членка, различна от държавата по тяхното осигуряване.

**ЕЗК замени следните формуляри: Е 110 - за наетите в международния транспорт; Е 111 - за туристите; Е 119 - за безработните лица; Е 128 - за учащите и работещите лица.**

**С ЕЗК бяха отменени формуляри Е 113 - сертификат за влизане и напускане на болница и Е 114 - сертификат за предо-**

**ставяне на съществени обезщетения в натура.**

След присъединяването на България към ЕС, НЗОК ще е задължена да издава ЕЗК на здравноосигурените лица с непрекъснати права по ЗЗО. Тези лица ще имат право на необходима и неотложна помощ при временен престой в държава - членка на ЕС на различни основания - туризъм, командироване, обучение, търсене на работа. ЕЗК ще предостави директен достъп на българските здравноосигурени лица до изпълнителите на медицинска помощ в съответната държава - членка, като задължително следва да бъдат отчетени видът медицинска помощ (дали е необходима и неотложна) и очакваната продължителност на престоя (последното е необходимо, за да се разграничи предоставяната с ЕЗК медицинска помощ от случаите на престой с цел планирано лечение).

Съдът на Европейските общности и Административната комисия за социалното осигуряване на работниците-мигранти дават разширително тълкуване на обхвата на неотложната и необходима помощ при временен престой в държава - членка на ЕС, като постановяват, че тази помощ касае както внезапни, така и хронични заболявания, които са възникнали преди пътуването в съответната държава. Причината за подобна интерпретация е свързана с възможността осигурените лица да останат в държавата по временен престой и да получат необходимото им лечение, за да реализират истинската цел на своето пребиваване - туризъм, обучение, бизнес, търсене на работа. Административната комисия, обаче, издава списък за определени видове медицинска помощ, свързани с хронични заболявания (в момента това са бъбречната хемодиализа и кислородната терапия), които изискват специално оборудване. За предоставянето на тази медицинска помощ е необходимо предварително споразумение между пациентите и изпълнителите на медицински услуги в държавата по временния им престой. Целта на правилото е да се гарантира непрекъснатост на лечението на хронично болните пациенти, които са на хемодиализа или кислородна

терапия, докато пребивават временно в държава - членка, различна от държавата, в която са здравноосигурени.

Като компетентна здравноосигурителна институция за издаването на ЕЗК, НЗОК ще бъде отговорна за разходите за необходима и неотложна медицинска помощ на български пациенти в рамките на ЕС. НЗОК ще трябва да се съобрази със становището на чуждия лекар, което е доказателство за неотложния характер на медицинската помощ, както и да извърши последващо възстановяване на действителните разходи за лечението на българските здравноосигурени лица, които са направени от институцията в държавата по временен престой, съгласно нейното законодателство.

#### **Планирано лечение на български граждани в рамките на ЕС**

След присъединяването към ЕС българските здравноосигурени лица с непрекъснати права по ЗЗО ще имат право на планирана медицинска помощ в дадена държава - членка за сметка на НЗОК. Българските пациенти ще могат да се възползват от две процедури (които съществуват независимо една от друга) при упражняване на правото си на планирана медицинска помощ в рамките на ЕС, както следва:

- съгласно координационните регламенти за социално и здравно осигуряване - процедура за получаване на предварително разрешение за болнично и извънболнично лечение в чужбина от компетентната здравноосигурителна институция;
  - съгласно решенията на Съда на Европейските общности (СЕО), основани на разпоредбите на Договора за Европейска общност, които определят принципите на свободно движение на услуги и стоки в ЕС: получаване на извънболнично лечение или закупуване на медицински продукт извън държавата по осигуряването без предварително разрешение от компетентната здравноосигурителна институция.
- Съгласно координационните регламенти за социално и здравно осигуряване, осигурените

лица от една държава - членка, които искат да получат специализирано лечение в друга държава - членка, трябва да получат предварително разрешение за това от своята здравноосигурителна институция. Предварителното разрешение се дава от компетентната институция с издаването на **формуляр Е 112**.

За българските здравноосигурени лица компетентната институция за издаването на разрешение за лечение в държава - членка на ЕС ще бъде НЗОК. Българските пациенти ще трябва да представят **формуляр Е 112** на институцията на държавата, която предоставя планираното лечение. На основание на принципа на равно третиране тази институция ще интегрира българските пациенти в здравната си система, все едно, че те са здравноосигурени съгласно нейното законодателство. Българските пациенти ще бъдат лекувани при същите условия и по същите цени, както лицата, които са осигурени в институцията по пребиваване. Първоначално лечението им следва да се заплати на съответния изпълнител на медицинска помощ от институцията по пребиваването, като компетентната за тях институция - НЗОК, ще извърши последващо възстановяване на действителните здравни разходи съгласно тарифите на държавата, предоставила лечението.

По принцип НЗОК ще има право на преценка при издаването на разрешение (издаване на **формуляр Е 112**). Обаче разрешението не може да бъде отказано от НЗОК, ако искането лечение е част от здравноосигурителния пакет по ЗЗО и не е възможно да бъде предоставено на пациентите в обичайния срок (напр. при дълга листа на чакащите пациенти), като това забавяне би се отразило на здравето им и на вероятното развитие на тяхното заболяване.

Съгласно решенията на СЕО, основаващи се на разпоредбите от Договора за Европейска общност за свободното движение на стоки и на свободното предоставяне и получаване на услуги в ЕС, пациентите на една държава - членка имат право да закупуват медицински продукти и да получават извънболнични медицински услуги без

предварително разрешение на своята здравноосигурителна институция. За получаването на болнично лечение СЕО приема, че са налице причини, свързани с финансовата стабилност на здравната система на дадена държава-членка, които оправдават изискването за предварително разрешение от компетентната здравноосигурителна институция.

При получаване на извънболнични медицински услуги или закупуване на медицинска стока в дру-

га държава - членка на ЕС, които в същото време попадат в здравноосигурителния пакет по ЗЗО, осигурените в НЗОК лица ще платят за съответната стока или услуга на изпълнител на медицинска помощ в тази държава. След представяне на платежните документи в НЗОК лицата ще имат право на възстановяване на разходите съгласно българските законоустановени тарифи - все едно, че медицинската помощ или стока е предоставена, респ. закупена, в България.

## НАД 210 300 ЗДРАВНООСИГУРЕНИ ГРАЖДАНИ СМЕНИХА ЛИЧНИЯ СИ ЛЕКАР

През декември 2005 г. 210 326 здравноосигурени български граждани са сменили личния си лекар. За София техният брой е 36 000 души, за Пловдив - 14 940 души, за Варна - 10 417 души. От това свое право най-малко са се възползвали гражданите на Ловешка област - 2730 души и на Видинска - 2884 души.

Основните причини за смяна на личен лекар са свързани с качеството на медицинското обслужване, смяната на местожителство или адресната регистрация, създаването или разпадането на лекарска практика, прекратяването на договор от страна на здравната каса.

**През 2005 г. на Националния телефон на НЗОК за консултация на граждани: 0800-14-800 са постъпили 23 658 телефонни обаждания.** Позвъняванията се приемат на 10 телефонни линии, като достъпът от цялата страна от аналогови апарати е на цената на един импулс, а от цифрови - разговорът е безплатен.

На телефоните за консултации на граждани в районните здравноосигурителни каси за посочения период са постъпили 71 604 обаждания от здравноосигурени лица и 34 592 - от договорни партньори. Най-често задаваните въпроси от граждани са: по какви клинични пътеки могат да се лекуват при постъпване в болница; каква стоматологична помощ заплаща НЗОК; къде може да се получи информация за програмите на НЗОК за скъпоструващо лечение и за нивото на заплащане на лекарствени продукти от страна на НЗОК; на какви изследвания и прегледи имат право диспансеризирани пациенти; при кои заболявания не се заплаща потребителска такса; как и в какви срокове могат да погасят здравноосигурителните си задължения българите, живеещи в чужбина.

Договорните партньори на НЗОК най-често задават въпроси, свързани с отчетната документация и с Приложенията на Националния рамков договор 2006, с необходимите документи за сключване на договор с НЗОК и с регулативните стандарти.

Ако здравноосигурените граждани смятат, че техните права са нарушени, могат да подадат писмена жалба до директора на съответната РЗОК или до директора на НЗОК на адрес: София 1407, ул. "Кричим" 1.

**За 2005 г. в НЗОК са постъпили 1584 жалби от граждани и договорни партньори.** Сред най-честите оплаквания са нарушаването на правото на свободен избор на лечебно заведение и предоставянето на недостатъчна и некачествена медицинска помощ. Максималният срок за отговор на жалбата е 1 месец. Гражданите могат да получат отговор на въпросите си и в приемната на НЗОК всеки работен ден от 9.30 до 12.00 ч. и от 13.30 до 16.30 ч. **За 2005 г. през нея са преминали 2 363 души.**

Чрез интернет страницата на НЗОК ([www.nhif.bg](http://www.nhif.bg)) гражданите също могат да получат експертни разяснения на поставени от тях въпроси. През 2005 г. **2700 души - пациенти и договорни партньори на НЗОК**, са се възползвали от това свое право, като са задали въпроси в рубриката "On-line консултации". Най-много са запитванията, свързани с издаването на направления за изследвания и консултации от общопрактикуващи лекари. Гражданите се интересуват от лечението в болница по клинични пътеки и от критериите за включване в програмите за скъпоструващо лечение на НЗОК.