



## **НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА**

---

София 1407, ул. "Кричим" No 1

[www.nhif.bg](http://www.nhif.bg)

тел: +359 2 9659121

---

**АНАЛИЗ НА СТАБИЛНОСТТА  
НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИЯ МОДЕЛ –  
РИСКОВЕ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД НЗОК  
И  
ОТЧЕТ ЗА ТЕКУЩО ИЗПЪЛНЕНИЕ НА  
ЗАКОНА ЗА БЮДЖЕТА НА НЗОК КЪМ 30.04.2014  
И  
ОЧАКВАНО ИЗПЪЛНЕНИЕ НА  
БЮДЖЕТА НА НЗОК КЪМ 31.12.2014 ГОДИНА**

**(РЕЗЮМЕ)**

Настоящият анализ е развит в няколко раздела. Целта е цялостно представяне на развитието на здравната система и законодателство, както и всички фактори, които оказват влияние върху стабилността на осигурителния модел (в частност на НЗОК като единствена публична здравноосигурителна институция).

**В част първа** е представен ситуационен анализ, свързан с влиянието на здравно-демографските и социално-икономическите фактори, влияещи пряко върху стабилността на системата.

**В част втора** е направен финансов и икономически анализ на здравната система и НЗОК

**В част трета** са представени здравноосигурителните плащания по направления с анализ за предходен период и състоянието им в първите месеци на 2014 год.

**Част четвърта** е отчетът за текущото изпълнение на бюджета на НЗОК и очакваното изпълнение до края на 2014 г.

В приложенията са представени графики и таблици, свързани с аналитичната част на доклада.

## **Част първа. Здравно-демографски и социално-икономически фактори, влияещи върху здравната система и стабилността на осигурителния модел – ситуационен анализ**

### **Демографски фактори**

Основни характеристики на демографската ситуация в България са **трайна тенденция за намаляване броя на населението** и на неговото **застаряване** и свързаните с тях **ниска раждаемост, нарастваща смъртност и отрицателно външномиграционно салдо**, формирано предимно от млади хора.

Годините живот в здраве (HLY) в последните години намаляват както при мъжете, така и при жените, за сметка на дела на годините живот в болест, като тази тенденция е особено отчетлива при лицата над 65 години.

Повишаващата се средна продължителност на живот, общо и по пол е свързана с тенденция на намаляване на годините живот в здраве, както общо така и особено отчетливо при лицата над 65 години и при жените. Тази тенденция е свързана с повишаване на общата болестност на населението, свързана с хронификация на заболяванията и преди всичко с множественост на заболяванията. Друга група фактори са свързани с начина на живот и социално-икономическите фактори.

### **Смъртност, заболяемост и болестност**

България остава с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност (886,50 ‰ за 2013 г.) сред страните от Европейския съюз (приложение фигура 7). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС.

България заема 5 първи места със стандартизираните коефициенти за смъртност от новообразувания; болести на органите на кръвообращението; други болести на сърцето; мозъчно-съдова болест; някои състояния, възникващи в перинаталния период. Стандартизираният коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението за нашата страна остава двойно по-висок в сравнение с този за Европейския съюз.

Данните за **злокачествените новообразувания** показват, че заболяемостта нараства.

Основен проблем пред здравната система и стабилността на НЗОК ще бъде увеличаващия се брой хоспитализации на населението, както и броя на хирургичните процедури в болниците. Това се дължи на няколко основни причини:

- неефективност на извънболничната помощ и преди всичко на дейността на общопрактикуващите лекари;
- пазарната насоченост на дейността на болниците – т.н. „индуциране на търсенето“ от страна на гражданите;
- увеличаващата се ефективност в дейността, свързана с въвеждането на нови и високоефективни технологии, намаляване на средната продължителност на престоя, увеличена използваемост на леглата и не на последно място по-високия оборот на едно легло;
- липсата на достатъчно регулации в системата – медицински стандарти за поведение, планиране на ресурсите и инвестициите и т.н.

В структурата на факторите на риска за смъртност водеща роля заемат поведенческите фактори, свързани с начина на живот, а именно тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, нездравословно и небалансирано хранене, ниска физическа активност. Те са следвани и от влиянието на факторите на външната среда – физически и социални, които имат своето отражение върху цялостното здравно състояние на населението.

## Социално-икономически фактори

Основните социално-икономически фактори, свързани със здравето и стабилността на здравноосигурителния модел, са свързани с образованост на населението, доходи, безработица, разходи за здраве

Според доклада на Европейската комисия за Конвергентната програма на България за периода 2012-2015 г., нашата страна е сред първите в Европа по неграмотност, бедност и дългосрочна безработица.

Данните от Европейското проучване на здравната грамотност на населението сочат, че България се нарежда на първо място по ниска здравна грамотност – 61.4% от анкетираните българи имат ограничена здравна грамотност, което говори за липса на профилактика, но също така и за неразбиране и неспазване на назначената терапия от личния лекар или специалист. Като причина за ниската здравна грамотност изследването отчита слабата образованост и социален статус на населението<sup>1</sup>

Особено важно въздействие върху здравето и стабилността на осигурителния модел имат факторите бедност и социално изключване, които влияят пряко и непряко (невъзможност от финансово участие) върху тях. Непрекъснато повишаващият се дял на лицата в риск от бедност или социално изключване (Приложение **Error! Reference source not found.**) показва, че стабилността на НЗОК е застрашена както в направление повишаване на търсенето на здравни слуги, заплащани от нея, така и повишаване на ръста на необходимите средства за тяхното покриване, но с невъзможност за увеличаване на размера на здравната вноска или съответно на събираемостта на осигурителните вноски. Ако не бъдат предприети мерки, насочени към подобряване на бизнес средата, заетостта, в областта на политиката на доходите, то държавата ще трябва да покрива този допълнителен ресурс.

**Финансирането** на здравната система е един от основните фактори, влияещи върху нейното функциониране. Общите разходи за здраве като процент от БВП се

---

<sup>1</sup> Шипковенска Е., Основни резултати от проучване на здравната грамотност в Република България, 2012

запазват на едно ниво, като съотношението на публични и частни е почти изравнено, но има лека тенденция за повишаване на дела на частните разходи спрямо публичните, т.е. разходите на домакинствата за здраве като % от БВП непрекъснато се повишават в последните години.

Въпреки че през 2008 година осигурителната вноска за здраве бе вдигната от 6% на 8%, това не доведе до съществени промени в системата на здравеопазване. Един от основните проблеми пред здравната система през последните години е повишаване на броя на здравнонеосигурените лица. Липсата на обективни и публично достъпни данни за броя на лицата, които не заплащат здравноосигурителни вноски не позволява да се правят прогнози в тази насока. Основната група на лицата, които не са здравно осигурени се състои от групите в неравностойно положение, маргинализираните групи и най-вече лицата, които са трайно безработни. Въпреки това в последните две години НЗОК отчита изпълнение на планираните средства от здравноосигурителни вноски.

### Основни изводи и предизвикателства:

- **Демографските процеси** в България се характеризират с трайна тенденция на намаляване броя на населението, ниската раждаемост, нарастваща смъртност, отрицателен естествен прираст, отрицателен външномиграционен баланс и постоянно застаряване на населението;

- България остава страна с един от най-високите **стандартизирани коефициенти за смъртност** по всички причини. Стандартизираният коефициент за смъртност на 100 000 души население в България, надвишава средния за ЕС по 17 причини. България заема 5 първи места по стандартизирания коефициент за смъртност от: новообразувания; болести на органите на кръвообращението; други болести на сърцето; мозъчно-съдова болест; някои състояния, възникващи в перинаталния период.

- Тенденция на повишаване на заболяемостта във възрастното население и намаляване на годините живот в здраве, както като цяло, така и при групата на населението 65+ години

- Данните за болестността показват хронификация на заболяванията при населението и навлизането на този феномен в по-младите възрасти, както и множественост на заболяванията, което изисква допълнителен ресурс – човешки и финансов за осигуряване на адекватни здравни услуги

- Факторите на начина на живот – тютюнопушене, употреба на алкохол, заседнал начин на живот, неправилен режим на хранене трайно са се установили сред българското население и ще продължават да оказват негативно влияние в продължителен период

- Социално-икономическите фактори в последните години се влошават и това ще води след себе си недостиг на финансови средства в системата (все по трудна събираемост на здравноосигурителни вноски), повишаване на дела на здравнонеосигурените лица, допълнително влошаване на здравното състояние, допълнителни разходи за системата

Развитието на тази негативна ситуация, свързана с влошаване на здравното и демографско състояние на населението изисква предприемане на спешни мерки насочени към:

- Преоценка на здравните потребности на населението и анализ и прогноза на необходимите средства по осигуряване на адекватни здравни услуги

- Създаване на нови модели на поведение на здравната система и нови видове здравни услуги, насочени към стимулиране на процесите на осигуряване на здравни грижи за младите, майките и децата в ранна възраст (стимулиране на

раждаемостта), както и на създаване на модели за дългосрочна грижа при възрастните 65+ с цел преодоляване на дисбаланса между активната хоспитализация и дългосрочната грижа

- Преодоляване на влошеното взаимодействие между нивата на медицинската помощ – извънболнична, болнична
- Засилване на ролята и дейността на общопрактикуващите лекари
- Преодоляване на диспропорцията между предлагането на болнични лечебни услуги, предимно в болниците за активно лечение, за сметка на дългосрочните грижи, рехабилитацията и възстановителните грижи след прекарано остро заболяване
- Преодоляване на влошеното взаимодействие между видовете грижи – медицинска, здравна и социална – създаване на нови модели на поведение и нови стандарти в тази насока
- Преодоляване на клиничната насоченост на поведение и съответно заплащане на медицински услуги и процедури, откъснати от контекста на цялостната грижа на пациента – въвеждането на подход за цялостна координирана и дългосрочна грижа.

**Ключовите предизвикателства**, стоящи пред нашата нация в областта на здравето през следващите няколко години обобщено могат да се определят като:

- Демографското застаряване и намаляване на броя на населението в активна възраст, което ще окаже влияние върху пазара на труда и върху социално-осигурителната система;
- Повишаващата се заболеваемост в областта на хроничните неинфекциозни заболявания, множественост на заболяванията при едно лице, *хронификацията* на заболяванията, което често води и до състояния на *трайна неработоспособност* и необратими увреждания;
- Недостатъчното осигуряване на здравната система с финансови и човешки ресурси и нови технологии и иновации;
- Недобре работещо управление и несигурна законодателна среда;
- Повишаващи се потребности на населението и съответно повишаваща се неудовлетвореност от предоставените услуги;
- Повишаващи се нива на рисковете, свързани с околната среда и поведенческите фактори, влияещи върху осигуряване на благоприятни условия на живот и труд на населението;
- Повишаващ се брой на рисковите и уязвимите групи от населението и на маргинализация на част от тези групи, свързана с ниво на образование, доходи и т.н.;
- Недостатъчна подготвеност на здравната система и на работещите в нея да се справят с посочените предизвикателства;
- Неподготвеност на структурите на гражданското общество да посрещнат предизвикателствата на утрешния ден, свързани със здравето на нацията;

## **Част втора. Финансово-икономически анализ на здравноосигурителния модел**

Развитието на здравната система и финансовата стабилност на осигурителния модел в голяма степен зависят от финансовите средства, заделени от държавата и гражданите. От данните в таблица 1 за консолидирания държавен бюджет по функция здравеопазване е видно, че средствата за здраве като процент от БВП се задържат на едно равнище, като има номинално увеличаване всяка година, като 2011 спрямо 2010

година увеличението е в рамките на 8%, следващите две години - 2012 и 2013 това увеличение е съответно 1,7% и 1,5% и най голямо е през 2014 спрямо 2013 г. – 4.23%. При по-задълбочен анализ на данните от таблицата може да се направят следните заключения:

- Минимално увеличаване на средствата по функция „Здравеопазване” в дълъг период от време
- Постепенно оттегляне на държавата и общините от финансиране на дейностите в здравеопазването
- Концентриране на средствата и разходите за здраве в един основен платец – НЗОК

**таблица 1. Средства по Консолидирания държавен бюджет (КДБ) по функция здравеопазване (хил.лв)**

	КДБ	2010	2011	2012	2013	2014
1	2	4	5	6	7	8
	% БВП	4,3	4,3	4,2	4,2	4,2
	Общо разходи за функция „Здравеопазване“	3 000 800	3 247 600	3 303 200	3 353 400	3 496 700*
1	Национална здравноосигурителна каса	2 039 432	2 633 730	2 633 730	2 737 276	2 823 110
1,1	<i>Здравноосигурителни плащания</i>	1 859 932	1 974 520	2 214 520	2 410 511	2 472 462
1,2	<i>Болнична помощ</i>	1 016 932	958 020	1 168 876	1 278 511	1 297 462
1,3	<i>Извънболнична помощ</i>	463 000	505 500	512 894	532 000	570 500
1,4	<i>Лекарствени продукти</i>	347 000	391 000	495 525	542 000	546 500
1,5	<i>Други осигурителни плащания</i>	33 000	120 000	37 225	58 000	58 000
1,6	<i>Капиталови разходи</i>	2 000	7 000	5 790	7 000	7 000
2.	Министерства и агенции	648 601	803 262	n.a.	n.a.	n.a.
2.1.	Министерство на здравеопазването	590 794	718 099	480 117	374 404	388 082
2,2	Други министерства и агенции	84 873	97 629	n.a.	n.a.	81 000
3.	Общини	216 318	133 777	n.a.	n.a.	102 260
	Субсидии за болнична помощ	85 360	0	0	0	0
4.	Централен републикански бюджет	43 305	17 913	n.a.	n.a.	n.a.
5.	Други	3 118	5 304	n.a.	n.a.	n.a.

\*+резерв

### Приходи на НЗОК

Приходите на НЗОК се формират основно от приходи от здравноосигурителни вноски и приходи от глоби, санкции и наказателни лихви, приходите и доходите от собственост и други неданъчни приходи. Приходите от здравноосигурителни вноски се формират от здравноосигурителни вноски, събрани от НАП, приходи от здравноосигурителни вноски от Министерство на финансите, съгласно отчет на Министерство на финансите за осигурителни вноски на бюджетните предприятия (без НОИ, НЗОК и общините), включени в схемата на централизирано разплащане на осигурителни вноски, приходи от здравноосигурителни вноски от НОИ, съгласно писма на НОИ и приходи от здравноосигурителни вноски от НЗОК.

При анализа на приходите, които постъпват в НЗОК, се очертават следните основни проблемни области:

**Проблем №1: Липса на регулярност и непредвидимост в приходната част по текущата сметка на НЗОК в БНБ (недостатъчна наличност)**

**Проблем № 2: Преизпълнението на приходите в бюджета на НЗОК не се разпределя изцяло за здравноосигурителни плащания**

**Проблем № 3: Събираемост на здравноосигурителни вноски**

**Проблем № 4: Недостатъчно ефективен контрол по приходната част от глоби, санкции и наказателни лихви, свързан с взаимодействие с други институции**

**Проблем № 5: Липса на паричен ресурс/резерв/ за осъществяване на бъдещи реформи**

Наличните по сметки на НЗОК към 30.12.2010 г. суми в размер на **1,4 млрд. лева** представляват **350 000 000 лева** парични средства по депозитна сметка на НЗОК в Българска народна банка и **1 063 281 562 лева** парични средства по текущата сметка на НЗОК в Българска народна банка към 31.12.2010 година. Наличните средства са формирани от реализираните излишъци по бюджета на НЗОК за периода от 1999 г. до 2009 г.

Съгласно §27, ал.1 от Закона за държавния бюджет на Република България за 2011 година, обнародван на 17.12.2010 година в Държавен вестник и т.22 от указание ДДС № 09/15.12.2010г. на Министерство на финансите, Българска народна банка закрива на 31.12.2010 година депозитната сметка на НЗОК и отнася наличностите по нея към текущата сметка на НЗОК. След операцията по закриване на депозитната сметка наличната сума по текущата сметка на НЗОК се превежда по сметка на Централния бюджет.

В резултат на това наличността по сметка на НЗОК към 31.12.2010 г. е нула.

## **Разходи на НЗОК**

Разходите на НЗОК са формирани от разходи за обезпечаване дейността в т.ч. възнаграждения за персонал, осигуровки за сметка на работодателя, административна издръжка, капиталови разходи и здравноосигурителни разходи (плащания).

Анализът на разходите на НЗОК е необходимо да се свърже с анализа на изпълнението на политиките на държавата (МЗ) по осигуряване на здравни и медицински услуги на гражданите на Р България.

От анализиранияте данни по извършените разходи по Политика „Промоция, профилактика и контрол на общественото здраве” могат да се направят следните изводи:

- Намаляване на общия размер на разходите в тази политика, което е рисков фактор за здравето на нацията за бъдещ период и неефективност на здравната система, която не инвестира в промоция и профилактика

- Непрекъснато намаляване на средствата разходвани от МЗ по тази политика, които от 64% през 2010 година, достигат 49% през 2014.

- Увеличаване на разходите извършвани от НЗОК по отношение на профилактиката на заболяванията чрез разширяване на обема дейности и програми, които се заплащат от НЗОК според изискванията на Наредба № 39 на МЗ

- Заплащаните дейности по профилактика на заболяванията по изискванията на ЗЗО се отнасят единствено за здравноосигурени лица. При голям брой здравнонеосигурени лица (каквато е ситуацията в момента) профилактичните програми се оказват неефективни, което ще рефлектира в бъдеще върху разходите на други

структурни елементи на системата – спешна помощ и лечебните заведения за болнична помощ (повишена хоспитализация, късно откриване на заболявания и т.н.)

Данните по Политика „Достъпна и качествена медицинска помощ” показват следните тенденции:

- Увеличаване на разходите по тази политика през 2012 и 2013 година спрямо общите разходи за здравеопазване и рязкото им намаляване през 2014 където достигат 65,95%;

- Непрекъснато увеличаване на процента на разходите от страна на НЗОК, които достигат до 90% от общите разходи по политиката, за сметка на намаляването на разходите на МЗ, които от 20% през 2010 достигат до 10% през 2014;

- Движението на разходите между двете институции е свързано преди всичко с непрекъснато прехвърляне на дейности и услуги, които са били финансирани от МЗ към НЗОК – диспансерна дейност, интензивно лечение, хемодиализа и асистирана репродукция, или добавяне на нови дейности и услуги към основния пакет дейности, които се финансират от НЗОК – новите технологии в образната диагностика и роботизираната хирургия.

В областта на лекарствената политика се наблюдават същите тенденции, а именно прехвърляне на плащанията към НЗОК, като делът на средствата на МЗ по тази политика от 25% през 2010 година достига до 2% през 2014. Основните тенденции, които се наблюдават са:

- Запазване на едно ниво на плащанията за лекарствени продукти от страна на НЗОК в аптеките

- Рязко увеличаване на заплащане на лекарствени продукти в болничната медицинска помощ и то за злокачествени заболявания. Това е свързано с прехвърляне на отговорността по плащанията за заболявания от МЗ към НЗОК през 2012 година и създаване на няколко нови процедури и пътеки, които да покрият тези нужди на населението. Основен проблем тук е че НЗОК заплаща за здравноосигурени лица по изискванията на ЗЗО, но част от лицата със злокачествени и редки заболявания не са здравноосигурени и това в бъдеще ще се окаже проблем пред тях. При преминаване на финансирането от Министерството на здравеопазването към НЗОК броят на договорните партньори се увеличава, защото в заплащането се включват частните лечебните заведения.

- В резултат на законодателна промяна, свързана с провеждане на обществени поръчки по ЗОП от всяка отделна болница се наблюдават различни цени за един и същи лекарствен продукт за лечение на онкологични заболявания, които се заплащат от НЗОК.

- Разширяване обема и обхвата за заплащане на медицинските импланти в няколко последователни години, което достига приблизително 100 млн. за 2014 г.

Във връзка с тези основни тенденции се очертават и следните проблемни области, които трябва да се решат по законодателен път, а именно:

**Проблем № 1:** Политиката, свързана с определяне на лекарствените продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, които НЗОК заплаща, се определя от Министерство на здравеопазването, като възможността НЗОК да влияе върху нея е ограничена.

**Проблем № 2:** Прехвърляне на дейности от МЗ към НЗОК, без предварителни социално-икономически разчети и анализ на възможностите на бюджета и НЗОК да покриват тези допълнителни услуги



При всички медицински дейности, заплащани от НЗОК, има ръст на средната стойност, който трябва да се отбележи, че не се дължи на инфлационни или други икономически фактори, а на промени в нормативната база (Наредби №№ 38,39,40 на МЗ), които и при най-малка промяна в някои от техните параметри водят до повишаване на съответните стойности на медицинската услуга.

**Проблем № 3:** Прехвърлени плащания от 2013 г. в 2014 г. в размер на 91 482 хил. лв, които през 2014 г. ще бъдат очакван дефицит по бюджета на НЗОК

**Проблем № 4:** Очакван очертаващ се дефицит по бюджета на НЗОК към 31.12.2014 г. от нарастване на здравноосигурителните плащания

Към 30.04.2014 г. **НЗОК отчита по бюджета си дефицит в размер на 172 031 505 лева**, част от който се дължи на извършените плащания в началото на 2014 г., касаещи дейност месец октомври и ноември 2013 г. в размер на 92 млн. лева. Задълженията не са били разплатени през 2013 година поради недостиг на средства по бюджета на НЗОК.

Събираемостта на здравноосигурителните вноски към 30.04.2014 г. нараства с около 1%.

Изплатените средства за лекарствена терапия при злокачествени заболявания изпреварват с около **11 %** утвърдените по план към 30.04.2014 г., което е около 17 млн. лева.

Изплатените средства за лекарствени продукти, без тези касаещи периода 01-15.11.2013 г. изпреварват с около **6 %** утвърдените по план към 30.04.2014 г., което е около 32 млн. лева.

Изплатените средства за болнична медицинска помощ, без тези касаещи периода октомври и ноември 2013 г. изпреварват с около **6 %** утвърдените по план към 30.04.2014 г., което е около 72 млн. лева.

Отлагането на плащанията през 2013 г. по постъпили искове от другите държави-членки за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, с цел формиране на остатък на средства увеличава финансовата тежест за бюджетната 2014 г. Изплатените средства към 30.04.2014 г. изпреварват с около **14 %** утвърдените по план, което е около 8 млн. лева

## **Част трета. Анализ на здравноосигурителните плащания по направления**

### **Извънболнична медицинска помощ**

В последните 5 години има стабилизиране в плащанията и извършваната дейност в извънболничната медицинска помощ. Това може да бъде обяснено с факта, че няма съществени промени в нормативната база, регламентираща дейността в този вид медицински услуги. Периодично възникват напрежения относно броя на направленията за насочване към специалист и МДД, както и за хоспитализация, но те се отнасят преди всичко в организация на дейността, както на самите общопрактикуващи лекари, така и на съответните РЗОК

Извършеният анализ на средните показатели по видове дейности в ПИМП и СИМП показват:

1. Осигуреността с ОПЛ в РЗОК, която е най-висока за страната (РЗОК Плевен), е 1,2 пъти над средната за страната и два пъти над стойността на показателя в РЗОК, заемащи последните две позиции (РЗОК Кърджали и РЗОК Разград).

2. Дейностите по профилактика, по програма „Детско здравеопазване“, Майчино здравеопазване“, диспансерно наблюдение, извършени от ОПЛ по РЗОК са в рамките на средните за страната показатели.

3. Инцидентните посещения, извършени на ЗОЛ от ОПЛ се открояват в РЗОК Монтана (37,25) и РЗОК Благоевград (33,47) с повече от четири пъти над средния брой посещения за страната.

4. Първичните и вторични прегледи, извършвани от лекар-специалист по „Педиатрия“ за първо тримесечие на 2014 г. не надвишават допустимото съотношение 1:1, но при средна стойност за страната 0,19 първични прегледи на едно дете в РЗОК Благоевград (0,39 прегледа) и РЗОК Видин (0,38 прегледа) надвишават няколкократно средното за страната;

5. Първичните и вторични прегледи, извършвани от лекар-специалист по „Хирургия“ и „Ортопедия и травматология“ не надвишават допустимото съотношение 1:1, но при среден брой за страната на вторичните прегледи 50 на 10 000 ЗОЛ за първо тримесечие на 2014 г., вторичните прегледи на 10 000 ЗОЛ в РЗОК Благоевград (153) и РЗОК Враца (147) надвишават трикратно средните показатели в други РЗОК.

6. Дейността по диспансерно наблюдение, извършена от СИМП по РЗОК през първо тримесечие на 2014 година е около средното за страната.

7. За една от петте най-разходоёмки ВСД - „Ехокардиография“ при средно за страната отчетени 122 дейности на 10 000 ЗОЛ през първо тримесечие на 2014г., в 2 РЗОК Ловеч (223) и РЗОК Велико Търново (226), се отчита почти 2 пъти по-високо потребление.

8. През първо тримесечие на 2014 година, средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 12,87 броя от ВСД „Доплерова сонография“, а в РЗОК Видин (38,15) и РЗОК Варна (32,62) стойностите на този показател са два пъти и половина по-високи.

### **Извънболнична дентална помощ**

Анализът на дейността по денталната помощ показва следните тенденции:

- През 2014 година няма промяна на пакета от дейности, които НЗОК заплаща за оказване на дентална помощ на ЗОЛ - две дейности на ЗОЛ над 18 г. и четири дейности на ЗОЛ до 18 г.;

- Относителният дял на здравноосигурените лица, получили дентална помощ в ПИДП през първо тримесечие на 2014 г. (8,2%) е леко увеличен спрямо първо тримесечие на 2013 г. (8,1%);

- Средно за страната по 0,14 лечебни дейности са отчетени в ПИДП на ЗОЛ през първо тримесечие на 2014, като показателя запазва стойността си от първото тримесечие на 2013 г., т.е. приблизително всяко седмо здравноосигурено лице е получило по една дентална дейност;

- Няма очаквани промени и преразход на средства до края на годината

### **Болнична помощ**

Съвременната болница е важен и същевременно най-скъпият и видим за обществото елемент на здравната служба. Конкурентоспособността е водеща и стратегическа организационна цел на болничните лечебни заведения, работещи в пазарна среда. Здравноосигурителният модел в България по отношение на болничната медицинска помощ е ориентиран към прехвърляне на риска в конкурентната среда върху болниците, които от своя страна се състезават за ограничен финансов ресурс на един единствен платец на болнични медицински услуги – НЗОК, която управлява публичните ресурси. Други ресурси за развитието на болничните услуги в момента няма поради ниската популателна способност на населението, което да закупува допълнителни болнични услуги и от друга страна недоразвеният застрахователен пазар в здравеопазването, особено след промяната на законодателството, изискващо доброволните здравноосигурителни дружества да се пререгистрират в застрахователни.

Делът на средствата заплащани от застрахователните дружества за болнична помощ е под 1% от общите разходи за болнична помощ.

Принципът на равнопоставеност на болниците, независимо от формата на собственост, който е едновременно демократичен и пазарен принцип, влиза в противоречие с принципите за стратегическо и целесъобразно разпределение на обществения ресурс, който от своя страна е недостатъчен. Публичните средства за здравеопазване към настоящия момент са ограничени, но всеки един нововъзникнал субект, изпълнител на болнична помощ получава разрешение за дейност, акредитационна оценка и задължително финансиране от НЗОК, съгласно нормативните разпоредби.

Всички новоразкрити структури на съществуващи вече болници или нови лечебни заведения, независимо от техния профил, не доведоха до подобряване на здравния статус на населението. Представяното твърдение, че частните болници са добре управлявани е вярно в посока на икономическата им ефективност. Постоянен и нерешен въпрос остава какво е стратегическото място в здравеопазната система на различните лечебни заведения. **Не се отделят достатъчно публични ресурси за здравеопазване, но се протектира и съдейства за създаването на нови лечебни заведения и разкриването на нови дейности, които се финансират от тези ресурси.** Следователно системата на финансиране на болничната помощ в България е **силно отворена и нерегулирана** – всеки юридически субект, изпълнител на болнична помощ би могъл да влезе в нея, но и всеки ползва предимно публичен ресурс. Това създава натиск от страна на изпълнителите върху системата на финансиране. Доколкото в България населението разполага с ограничени средства за директни (кешови) заплащания натискът е ориентиран предимно върху ползването на публичните средства.

Постигането на икономическа ефективност трябва да е задължително и за публичните лечебни заведения, но така или иначе **българската здравна система е толкова либерална, че тя не обвързва вложените финансови ресурси с резултатите от дейността.**

Заплащането на здравната услуга в болничната система в България в момента се основава на клиничните пътеки (КП). Множество автори определят, че този метод на заплащане не е достатъчно ефективен поради следните причини:

- Нехомогенност на групираните в КП клинични състояния при лечението на пациентите и съответно при анализ на данните;
- Липса на отчитане на придружаващи заболявания и усложнения;
- Субективност при изготвянето на клиничните пътеки и определянето на техните стойности;
- Лесна манипулируемост при отчитането;
- Изкривяване на реалната информация относно заболяемостта;
- Невъзможност за реално отчитане на здравните потребности на населението;
- Липса на удовлетвореност от прилагането на КП като механизъм за заплащане при основните участници в процеса на предоставяне и получаване на здравната услуга.

Прилагането на модела на клиничните пътеки доведе до следните резултати:

- Увеличени и трудноконтролируеми до неконтролируеми разходи в сектора;
- Значително увеличаване на броя хоспитализации на национално ниво спрямо броя им от преди 2001г. при намаляващ брой на населението в страната;

- Променени статистически данни до степен, непозволяваща оценка на здравните нужди;
- Непроменено качество на обслужване и на медицинската услуга;
- Невъзможност за реална оценка на извършената дейност;
- Намаляващо доверие сред населението към системата на здравеопазване.

През първото полугодие на 2014 г. се затвърдиха процесите и свързаните с тях тенденции, наблюдавани от началото на периода 2010-2014г. в болничната помощ.

#### **Правно-нормативна рамка и здравнополитически решения**

Липсата на адекватно планиране на базата на потребностите на населението от видовете медицински услуги доведе до неравномерно и хаотично разпределение на ресурсите за здраве – между националното и регионално ниво, между видове лечебни заведения за болнична помощ, между болници с различна ефективност на дейността и качество на медицинските услуги.

Съществено влияние върху развитието и стабилността на здравноосигурителния модел в областта на болничната медицинска помощ оказва здравното законодателство, което претърпя множество промени след 2010 г. оказващи съществено въздействие върху възможностите за планиране и заплащане на медицинските дейности в болничната медицинска помощ.

**Законът за здравното осигуряване** (Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998 г., посл. изм. ДВ. бр.23 от 08 март 2013 г., **ЗЗО**) представлява основата на действащото законодателство в тази област. ЗЗО е променян близо 90 пъти от приемането му до последните изменения. (изм. ДВ. бр.35 от 22 Април 2014 г.)

От 2010 г. до настоящия момент в ЗЗО са настъпили промени, които имат пряко действие върху системата на здравното осигуряване и заплащането на болничната медицинска помощ. От 2011 г. на НЗОК е вменено задължението по разработване на прогнозни обеми и цени на медицинската помощ в съответствие с медицинските стандарти и Правила за добра медицинска практика, както и становището на националните консултанти. Те се одобряват от Надзорния съвет в съответствие със становището на министъра на финансите. Обемите и цените на медицинските и денталните дейности се договарят от представители на НЗОК и БЛС и НЗОК и БЗС съответно за НРД за медицински и НРД за дентални дейности.

Методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ се разработват от НЗОК и се изпращат за становище на министъра на финансите и на министъра на здравеопазването. Тези методики се одобряват от Надзорния съвет на НЗОК по предложение на управителя на НЗОК в съответствие със становището на министъра на финансите и на министъра на здравеопазването.

Със **ЗБНЗОК** се приема бюджетът на НЗОК и се вменяват задълженията за размера на заплащанията по болнични дейности, които с всяка година се увеличават като обхват – *хронихемодиализа, асистирана репродукция, интензивно лечение, високоспециализирана диагностика, роботизирана хирургия, лекарствени продукти за онкологично болни, имunosупресори, заплащани извън стойността на клиничните пътеки.*

**Наредба №40/2004 на МЗ** дефинира основни пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. От 01.07.2014 г., съгласно измененията и допълненията на Наредба №40 трябва да влезнат в сила нови и незаплащани досега от НЗОК дейности – *радиохирургия, диспансерно наблюдение на муковисцидоза в болничната помощ, неинвазивна респираторна терапия при болни с неврологични заболявания и др. дейности,* които досега са заплащани, но от 01.07. 2014 г. са структурирани в нови клинични пътеки и клинични процедури - *пренатална*

*диагностика на бременни, детско-юношеска гинекология, муковисцидоза, хирургично лечение на вродени аномалии при деца до 1 годишна възраст, хирургично лечение на деца до 1 година с вродени малформации, реконструктивни операции по микрохирургичен способ.* Тези нови структурирани клинични пътеки и клинични процедури все още не са договорени като цени и обеми с договорните партньори от БЛС и не са официално приети.

**Закон за лечебните заведения** (Обн., ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г., посл.доп.бр. 20 от 28.02.2013 г.). За периода 2010 - 2014 г. е претърпял 13 промени.

Основните промени в този период са свързани с:

А) Преобразуване на диспансерите:

- диспансерите за психични заболявания – в центрове за психично здраве;
- диспансерите за пневмо-фтизиатрични заболявания – в медицински центрове или в специализирани болници за пневмо-фтизиатрични заболявания;
- диспансерите за кожно-венерически заболявания – в центрове за кожно-венерически заболявания;
- диспансерите за онкологични заболявания – в комплексни онкологични центрове или в специализирани болници за онкологични заболявания.

Преобразуването на тези лечебни заведения създаде предпоставка и бяха взети решения голяма част от дейността им, която до момента се заплащаше от МЗ да премина за заплащане към бюджета на НЗОК.

Б) Определя се обхватът на дейността на новообразуваните лечебни заведения, като в дейността на лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ се включва и възможността за предоставяне на социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане.

В) Създава се възможност Домовете за медико-социални грижи да предоставят специфични грижи по домовете на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане. Конкретизират се условията, на които трябва да отговарят хосписите.

Г) Промениха се изискването за създаването и съществуването на многопрофилна болница – т.е. МБАЛ е лечебно заведение, което има отделения или клиники най-малко по **две** медицински специалности, вместо съществуващото до тогава изискване за отделения или клиники най-малко по **четири** медицински специалности. Даде се възможност лечебните заведения за болнична помощ да извършват дейности по диспансеризация, както и да откриват структури за долекуване и продължително лечение или рехабилитация. Същевременно се въвеждат допълнителни изисквания за извършване на дейността от лечебните заведения за болнична помощ:

- съответствие на дейността с утвърдените медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика; осигуреност на лечебното заведение за болнична помощ с медицински специалисти на основен трудов договор;

- наличие на определените в медицинските стандарти технически изправна медицинска апаратура и техника на територията на съответното лечебно заведение;

- осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности съгласно разрешението за дейност, включително и на медицинска помощ при спешни състояния.

- Въвежда се изискването за ниво на компетентност на структурите на ЛЗБП – (клиники, отделения и медикодиагностични лаборатории), определено в съответствие с утвърдените медицински стандарти, както и задължението лечебното заведение за болнична помощ да осигури за изпълнението на медицинските дейности лекари с призната специалност на основен трудов договор по съответната специалност.

**Закон за здравето** (Обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., посл.изм., бр. 1 от 3.01.2014 г., в сила от 3.01.2014 г.). От 2010 г. До настоящия момент в ЗЗО е променян 26 пъти.

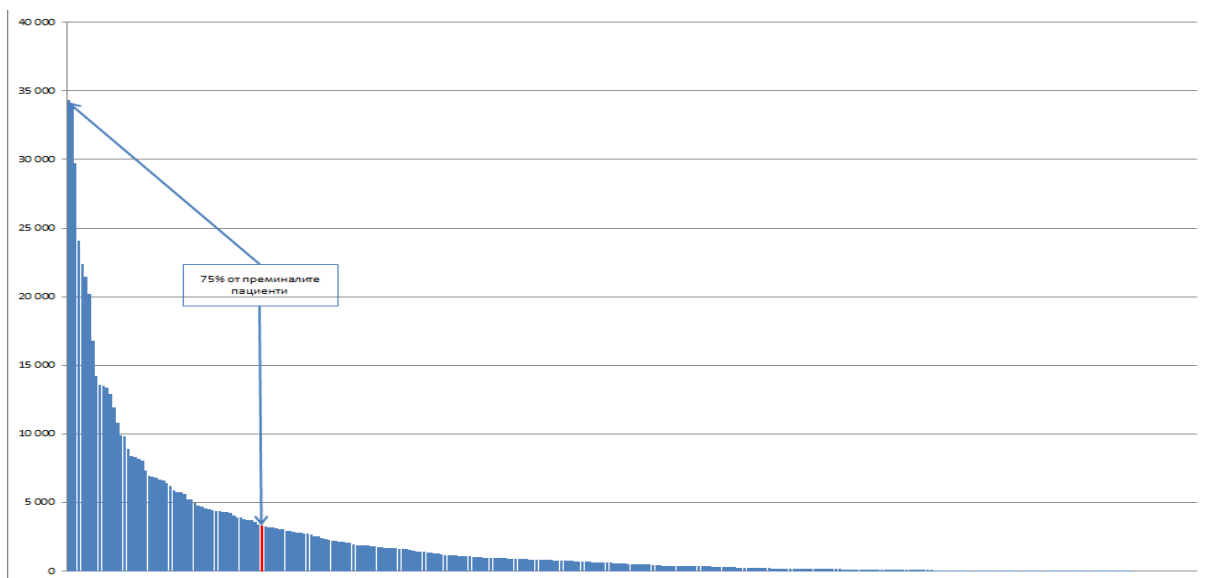
През 2012 г. се извършиха промени в Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето, които предвидиха от **01.01.2013** г. към финансиране на Националната здравноосигурителна каса да преминават *дейностите по осигуряване на ваксини, асистирана репродукция, интензивно лечение, амбулаторно проследяване на болни с психични и с кожно – венерически заболявания*. В по-късен период, през 2013 г., дейностите по асистирана репродукция и ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести отново бяха включени към медицинските услуги предоставяни извън обхвата на задължителното здравно осигуряване по чл. 82 от ЗЗ и финансирани чрез бюджета на Министерството на здравеопазването.

Чрез промяна в ЗЗ се установи и задължението на лечебните заведения за болнична помощ да осигурят на пациентите необходимите за лечението им медицински изделия, като медицинските изделия се осигуряват чрез болничните аптеки на лечебните заведения за болнична помощ - когато медицинските изделия не се заплащат от Националната здравноосигурителна каса или от републиканския бюджет, пациентите ги заплащат по цените, на които ги е закупило лечебното заведение.

#### Анализ на дейността и плащанията

При направен анализ на обемите (броя преминали пациенти) до края на месец май 2014 година по клинични пътеки, данните показват следното:

1. Съсредоточаване на 75% от общия брой преминали пациенти в общо 60 клинични пътеки (19,5% от общия брой КП)



21 КП – няма отчетен нито един преминал пациент – 6, 8% от всички клинични пътеки

16 КП – отчетени до 10 преминали пациента – 5,2 %

30 КП –отчетени между 10 и 50 преминали пациента – 9,7%

2. Превисаване на планирания брой случаи по договорените обеми

3.

Договорени обеми (брой) по НРД 2014 г.	Изпълнени обеми до края на м.май	Остават	% изпълнение	Необходими обеми до края на годината (брой пациенти)	Очакван брой пациенти в края на годината	Очаквано преизпълнение в края на годината
1 550 124	891 333	658 791	57,50%	1 262 579	2 046 025	495 901

При планирани за цялата година 1 550 124 пациенти за петте месеца на годината са преминали през ЛЗБП (договорни партньори на НЗОК) общо 891 333 пациенти, което е 57,50% от предвидения обем дейност. До края на годината остават за изпълнение (да бъдат приети за болнично лечение) по предварително планирания и договорен в НРД 2014 обем - 658 791 пациенти.

При запазен тренд на средномесечен обем за всяка клинична пътека ще е необходим общ обем (преминали пациенти) за седемте месеца (юни-декември) от 1 262 579 пациенти. Този темп на прием на пациенти ще доведе до общ обем (брой приети пациенти) в края на годината равен на 2 046 025 или с 495 901 брой пациенти повече от предвиденото в НРД 2014. При средна цена на медицинската услуга равна на 671 лева (преизчислена през първото тримесечие на 2014 година) ще са необходими допълнителни средства за болнична медицинска помощ само по клинични пътеки до края на годината в рамките на **332 749 593** лева.

От представените данни може да се направи следния анализ:

- Тенденцията при четвъртото тримесечие спрямо първото тримесечие на 2013 година е на увеличение при преминалите пациенти с 7,6%, а при изплатените суми с 10,7 %, което показва че има пренасочване към по-скъпите пътеки

- Тенденцията през м. януари спрямо четвъртото тримесечие на 2013 година е на задържане както при преминалите пациенти, така и в изплатените суми по КП

- Февруари и март имаме увеличаване както на преминалите пациенти, така и на изплатените суми, като увеличението в изплатените суми е по-голямо. Средното увеличение на броя преминали пациенти е 2,4%, а на изплатените суми 3,8%, при темп на нарастване, около 1% при броя на преминалите пациенти и 2% при изплатените суми

- Тези данни показват че при това съотношение може да се направи извода, че не само увеличените цени на някои КП оказват влияние, но и има пренасочване на пациентите към по-скъпи клинични пътеки, което се потвърждава и от следващата таблица.

Промяна в стойността на преминал пациент и съответно увеличение, намаление при база четвърто тримесечие на 2013

Година	I тримесечие 2013	IV тримесечие 2013	Промяна кол.3/ кол. 4	Януари	Промяна кол.5/ кол. 3	Февруари	Промяна кол.7/ кол.34	Март	Промяна кол.9/ кол. 3	Април	Промяна кол.11/кол.9
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Средна стойност	642,84	660,85	102,80%	667,19	100,96%	671,89	101,67%	670,5	101,46%	671,14	100,5%

Данните показваха, че 153 КП са над средното увеличение при броя преминали пациенти и 143 са над средното увеличение на изплатените суми. При 118 имаме задържане или намаляване на приема на пациенти, а при 111 КП имаме задържане или намаляване на изплатените суми.

### Изводи и препоръки:

На основата на направения анализ могат да бъде направени следните изводи:

1. Обемите на планираните медицински услуги в болничната помощ в последните години се запазват на едни нива при договарянето по НРД
2. Неправилно планиране (необвързано с реалните потребности на населението) на обемите здравни услуги в различните КП, което води до преизпълнение още в началните месеци на годината
3. Раздробяване на клиничните пътеки и съответно на обемите в множество услуги без преценка на потребностите от тях и реален здравно-икономически анализ
4. Липса на достатъчен контрол върху обемите, като основните анализи се съсредоточават върху изплатените средства без адекватен медицински анализ от страна на договорните партньор – НЗОК и БЛС, както и по РЗОК
5. **Държавата чрез ЗЗО и Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите (ЗСОЛС) е прехвърлила своите права** (делегирала права) на БЛС да договаря с НЗОК условията, на които трябва да отговорят изпълнителите, условия и ред за оказване на медицинска помощ, критерии за качество и достъпност на помощта, обеми и цени на предоставяната медицинска помощ в полза на трети лица – пациентите.

Законодателят следва да обоснове необходимостта да бъдат вменени задължения на БЛС относно наблюдение и контрол на изпълнението на договорените цени и обеми, както и сигнални функции при установено превишение на договорените обеми.

НЗОК няма как да влияе върху обемите на болничните дейности, поради очевидния факт, че те зависят само от извършените от лекарите дейности. Т.е. договарянето по чл.55д, ал.1 и ал.2 от ЗЗО съдържа и вменява едностранни задължения за НЗОК по осигуряване на публични финансови средства, без оглед на това как в здравната система тези обеми могат да се променят.

От 2006 г., когато НЗОК пое изцяло заплащането на болничната помощ в страната промяната на обемите е винаги в посока на тяхното нарастване, както и нарастване на цените на определени КП. Съсловната организация не носи отговорност и не гарантира наблюдението и изпълнението на посочените в договора конкретни обеми.

6. **Нормативната уредба не дава възможност на НЗОК да се договаря със стратегически партньори** – тези които дават най-добро качество на медицинските услуги и гарантират пълна равнопоставеност, своевременност и безопасност за пациентите. ЗЗО задължава НЗОК да сключва договори с всички лечебни заведения.

По-големият брой договорни партньори чрез по-голямо предлагане индуцират по-голям брой преминали пациенти, което води до по-високи обществени разходи и натиск върху системата за заделяне на по-голям ресурс. Европейският афоризъм за болнична помощ, че всяко ново болнично легло винаги намира своите пациенти и не остава празно важи в пълна сила в условията и реда, които са наложени в българската здравна система.

7. **Заплащането на извършената дейност от болничните лечебни заведения не е обвързано с резултатите от лечението.** Българската здравна система е толкова либерална, че тя не обвързва вложените финансови ресурси с резултатите от дейността. Поради тази причина възниква ситуацията, при която всички болници получават едно и също заплащане, независимо от резултата на проведеното лечение.

Принципът на финансиране по клинични пътеки: „повече пациенти – повече приходи” стимулира болниците да приемат всички пациенти; да се кодират фиктивни



диагнози, за да могат да се отчитат в по-скъпи пътеки; да прехвърлят пациентите от отделение в отделение, за да се регистрират случаи по нова клинична пътека. В тези случаи рискът се поема от НЗОК.

**8. Заплащането не е обвързано с тежестта на състоянието на пациента при хоспитализация.**

В момента реалната хоспитализация на групите пациенти с високостепенна тежест на състоянието в по-голямата си част се концентрира в специализирани и университетски болници, а с по-нискостепенна тежест в общински болници. Те получава се преразпределение на пациенти по болници по признака тежест на състоянието. Като резултат от това преразпределение и независимо от огромните разлики в разходите, всички болници получават едно и също заплащане. Това от своя страна води до сериозни диспропорции в покриването на разходи и заплащането на персонала по клинични пътеки, както и демотивация на лечебното заведение за хоспитализация на тежки случаи. В последните случаи финансовият риск се носи от лечебните заведения.

Създадените възможности за лечебните заведения да сключват договори на базата на нива на компетентност на съответните клинични звена води до допълнителни финансови загуби на ЛЗБП поради усложнените изисквания, свързани с необходимостта от определен брой лекари-специалисти, допълнителното им наемане от лечебното заведения. Това от своя страна води до прехвърляне на пациенти от КП с по-ниско ниво на изискване за компетентност и съответно цена към такива с по-високо ниво на компетентност и съответно разход за НЗОК.

**9. Нормативната уредба не дава възможност за осъществяването на реален обществен контрол върху разпределението и разходването на средствата за здравеопазване.**

Българското общество е лишено от достъпна информация как се управляват публичните средства от самите лечебни заведения. След като НЗОК заплати за определените в договорите и отчетени медицински дейности по какви правила и в какви направления се разпределят тези финансови средства? Осигурените не са наясно за какво отиват техните здравни вноски, как те се разпределят и разходват от лечебните заведения.

**10. Ниска ефективност на системата на финансиране – непрекъснато повишаващи се разходи за здравеопазване на фона на все повече влошаващи се показатели за здраве.**

Обществото отделя пари срещу неизвестни по количество и качество здравни услуги. Темповете на нарастване на разходите за здравеопазване изпреварват темповете на нарастване на БВП. Това показва, че обществото не може да задели много повече средства за здравеопазване и проблемът за тяхното ефективно разходване става още по-актуален.

Тежко нарушен у нас е солидарният модел на финансиране на здравната система за сметка на високите лични разходи на гражданите за здравеопазване.

**11. Основният пакет болнични услуги, който би следвало да съдържа само базови дейности, заплащани от бюджета на НЗОК, получаването на който е право на всяко здравноосигурено лице, е свръхразширен и не е обезпечен изцяло с ресурсите на здравната система – най-вече с финансови средства.**

Основният пакет не съответства на реалните потребности на населението от здравни услуги и не е остойностен по икономически елементи на дейностите, независимо от приемащата са всяка година методика за остойностяване, която представлява методика за разпределение и определяне на цени.

Задължителното здравно осигуряване в лицето на НЗОК на практика не управлява, а само преразпределя средствата, утвърдени от парламента по отделните направления на основния пакет здравни услуги. Това разминаване с концепцията на здравното осигуряване не позволява да се правят изводи за действително необходимите средства, с които може да се гарантира основният пакет здравни услуги.

### **Възможни подходи за решаване на проблема със свръххоспитализацията**

1. Стриктно прилагане на принципа, че НЗОК заплаща за болнична помощ само в случаите, когато лечебната цел не е достигната в условията на извънболничната помощ в съответствие с правила за добра медицинска практика и медицинските стандарти..

2. Преразглеждане на алгоритъма на най-разходоёмките клинични пътеки, и извеждане на диагностични и /или терапевтични процедури в извънболнична медицинска помощ.

3. Изключване (заплащане отделно) на диагностични процедури от клиничните пътеки, които е възможно да се осъществяват, при липса на необходимост от лечение в болнични условия.

4. Разработване на болничен амбулаторен случай - пакет от сходни по вид и разходи дейности и процедури, прилаган като комплексен диагностично-лечебен подход за решаване на определен здравен проблем в лечебни заведения за болнична помощ, в условията на неотложност при състояния, които не застрашават живота и не индицират хоспитализация.

5. Разширени правомощията на лекарите - контролори на РЗОК, чрез включване на възможността да упражняват контрол върху правилата за добра медицинска практика и утвърдените медицински стандарти. За целта, предлагаме да се създаде нова т.1 на чл.74, ал.1 от ЗЗО.

В тази връзка е направено предложение за изменение и допълнение на ЗЗО и така ще се постигне съответствие с разпоредбата на чл.59б, ал.1 от ЗЗО във връзка с чл.59в от ЗЗО, които налагат изискването при сключване на договор с НЗОК да бъдат спазени критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ, един от които е предоставяне на медицинска помощ в съответствие с утвърдените медицински стандарти и Правила за добра медицинска практика.

По този начин НЗОК ще контролира спазването на тези изисквания, не само при сключването на договорите с лечебните заведения, а и при изпълнението на тези договори. Това от своя страна ще доведе до подобряване на контролните функции на НЗОК, а от друга и до заплащане от НЗОК само на дейности и изследвания, които отговарят на утвърдените медицински стандарти.

## **Лекарствени продукти**

### ***Нормативни промени относно лекарствени продукти, които НЗОК заплаща пълно или частично***

От средата на 2009 г. /01 юни 2009 г/ стартира активна законодателна дейност относно лекарствената политика, като съставянето на лекарствения списък и определяне нивото на заплащане на отделните позиции започна да се извършва от междуведомствена комисия към Министерски съвет.

С влизането в сила на множество промени в нормативните актове, рамкиращи правата и задълженията на институцията по отношение на лекарствени продукти, практически беше иззет експертният елемент в тази дейност. На НЗОК е регламентирана отговорността по администриране разпределението на бюджетно

определените средства, като бяха прехвърлени задължения по разплащане на лекарстволечението на множество допълнителни групи от заболявания и контингенти, осигурявани до този момент от държавата или от други институции.

На основание чл. 45, ал.10 от ЗЗО НЗОК **може** да договаря отстъпки с притежателите на разрешение за употреба на съответните лекарствени продукти или с техни упълномощени представители. За съжаление, *пожелателният* характер на договарянето не е ефективен. Фирмите не проявяват интерес към заложената процедура, а НЗОК няма механизми за реално въздействие.

На основание чл.45, ал.18 от ЗЗО НЗОК договаря отстъпки и заплаща намалената с договорените отстъпки стойност за всички лекарствени продукти, приложими при лечението на злокачествените заболявания. Условието и редът за договаряне се уреждат в методика, утвърдена от Надзорния съвет по предложение на управителя на НЗОК. За съжаление, отново, *пожелателният* характер на договарянето не довежда до очакваната ефективност. Фирмите не проявяват интерес към заложената процедура, а НЗОК няма механизми за реално въздействие.

### ***Предписване и отпускане на лекарствени продукти***

Като цяло дейността по предписване и отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели в административен процес не търпи промени през годините. Регламентацията на реда, формите и сроковете се запазват. Промените са по-скоро в посока облекчаване на достъпа на пациентите. Правилата за предписване и отпускане се запазват в годините и това довежда до една стабилност и липса на напрежение в този процес. Честата промяна в лекарствените списъци по отношение на изключване на конкретни лекарствени продукти и промяната в стойността, заплащана от страна на НЗОК са единственият повод за периодично възникващи въпроси.

Обемната и променяща се номенклатура / за 2011 г – 1 382 бр. лекарствени продукта, за 2012 г. – 1 673 и към 01.01.2014 г. – 1 997 бр./ принципно не затруднява процеса.

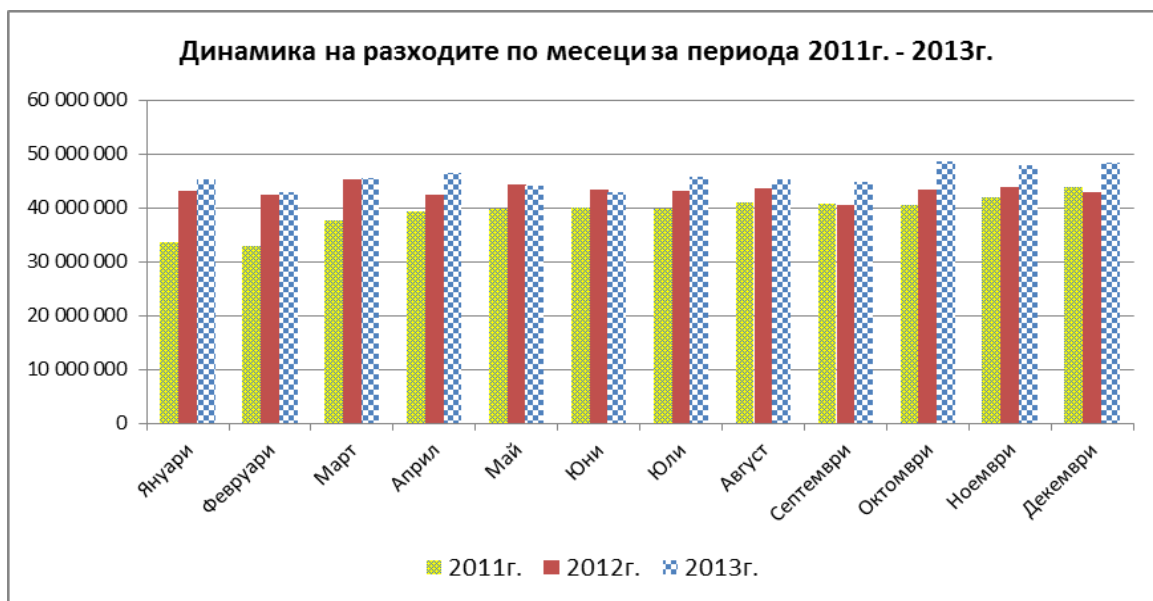
Разгледано от страна на финансовите резултати обаче се идентифицира проблем. Назначаването на лекарствена терапия /предписване/ е основният генератор на разходи. За разлика от други здравноосигурителни системи, у нас е регламентирана свободата на лекуващия лекар да предписва лекарствени продукти в рамките на административните разпоредби, като контролът по тази дейност е сведен само до формална документална проверка. Липсата на оценка на дейността на база резултати, лекувани пациенти, спазване на добри практики и др. параметри води до необосновани разходи за системата.



Горните две графики са показателни за това, как при едни и същи лекарствени номенклатури, цени и стойности на продуктите, две от най-разходоемките и широко разпространени заболявания, генерират различен разход по регионално разпределение. Трудно биха могли да бъдат обосновани тези стойностни различия.

Увеличението на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни отразява реално съществуващи процеси в България. Демографските промени като увеличаване продължителността на живот, обуславя нарастването на броя пациенти с едно и повече заболявания. Увеличава се и необходимостта от медицински услуги, както и търсенето на лекарствена терапия, което води до ръст на разходите за лекарствени продукти, които НЗОК заплаща.

Разширяването на достъпа на пациентите до нови иновативни лекарствени терапии с включването на нови международни непатентни наименования (INN) в списъка с лекарствени продукти, предназначени за лечение на заболявания, които се заплащат по реда на Закона за здравното осигуряване (Приложение №1 на ПЛС), също определя постоянното увеличаване на разходите за лекарствени продукти.



Разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК през 2013 г. са 550 млн. лв., през 2012 г. са 520 млн. и 473 млн. лв. през 2011 г. Отчетеното увеличение през 2013 г. е 5,8 % спрямо 2012 г. или над 30 милиона лева.

#### **Разход за лечение на редки болести**

Анализът на данните по **видове заболявания** през на 2013 г. показва, че редките заболявания представляват 10,7 % от реимбурсната сума. При тези заболявания се отбелязва *най-голям ръст* - 36 % спрямо 2012 г.

Разходите за редки заболявания през 2013 г. са нараснали на 59 млн. за сравнение през 2012 г., когато те са 43 млн. лв., през 2011 г. /от март 2011 г. до декември, когато беше прехвърлена тази дейност на НЗОК/ 27 млн. Увеличението се дължи от една страна на включването на *нови заболявания* като Имунodefицитни състояния, Болест на натрупването на гликоген - Болест на Помпе, Наследствена фамилна амилоидоза с невропатия, както и на разходите за другите редки заболявания, лекарствените продукти за чието лечение се заплащат от НЗОК.

#### **Разходи за онкологични заболявания**

Диагнозите, за които НЗОК заплаща за лечение на онкологични заболявания в извънболничната помощ са:

- Злокачествени новообразувания на млечна жлеза (C50)
- Злокачествени новообразувания на ендометриума (C54.1)
- Злокачествени новообразувания на простатата (C61)
- Злокачествени новообразувания на бъбрека, с изключение на бъбречното легенче (C64.1)

Изразходваните средства за тези онкологични заболявания през периода 2011 – 2013 г. са както следва:

<b>Реимбурсна сума по години</b>		
<b>2011 г.</b>	<b>2012 г.</b>	<b>2013 г.</b>
11 386 965	16 802 495	16 565 375

Диагнозите Злокачествени новообразувания на млечна жлеза - C50 и Злокачествени новообразувания на простатата – C61 носят основната тежест на разхода.

#### *Разходи за пациенти с трансплантирани органи - Z94*

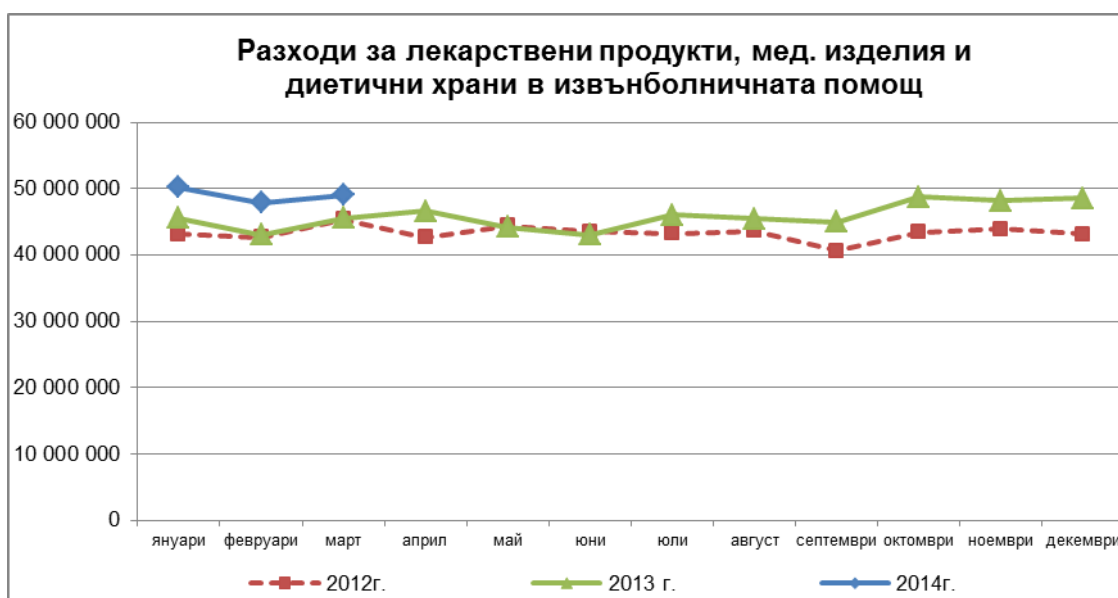
Разходите за лекарствени продукти при пациенти с трансплантации през 2013 г. е 2 510 636 лв. Направеният анализ показва, че броят на болните се запазва, както и относителният дял на международните непатентни наименования в разходите за диагнозата.

Отчетеното намаление на стойността, заплащана от НЗОК в диагнозата е в резултат на по-ниските референтни стойности за основните групи лекарствени продукти.

През 2014 г. се очаква двойно увеличение на разходите, реализирани досега поради изтегляне на продуктите, носещи референт в някои от основните международни непатентни наименования. С промените в Наредба №38 към трансплантиран бъбрек, сърце и черен дроб са допълнени МКБ кодове за трансплантиран бял дроб, трансплантирано сърце и бял дроб и други трансплантирани органи и тъкани. Националният съвет по цени и реимбурсиране е определил съответните лекарствени продукти, които вече са включени в ПЛС. Ето защо актуализирането на изискванията за поддържащо лечение при трансплантирани пациенти, което е задължение на НЗОК, ще генерира допълнително увеличаване на разходите за НЗОК.

#### *Разходи по диагнози, извън тези за редки болести, за онкологични заболявания и за пациенти с трансплантирани органи*

През първите три месеца на 2014 г. се наблюдава тенденция на нарастване разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели. Реимбурсната сума за периода **м.януари – м.март 2014 г. е 147 052 745 лв.**



Сравняването на стойностите по тримесечия на 2013 г. и 2014 г. показва, че в началото на 2013 г. средномесечната стойност за лекарствени продукти е била 44 745 885 лв. В края на годината тя достига 48 479 031 лв. За първото тримесечие на 2014 г. тя е 49 017 582 лв. **Увеличението е 1,1% спрямо края на 2013 г., когато**

реимбурсната сума за лекарствени продукти за домашно лечение през годината е най-висока.

От направения анализ на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за периода м. януари – м. март 2014 г. се наблюдава констатираната в годишния анализ тенденция на непрекъснатото им нарастване.

	Средномесечен разход за периода 01-03.2014г. в лв.	Прогнозен годишен разход за 2014г. в лв.
Редки болести	6 068 765	74 000 000
Онкологични заболявания	1 460 291	17 500 000
Трансплантации	166 547	2 290 000
Общи заболявания	39 526 177	480 000 000
Диетични храни за специални медицински цели	144 784	1 750 000
Медицински изделия в извънболничната поощ - глюкомери и тест-ленти, медицински изделия за стомирано болни и незалепащи превръзки за пациенти с булозна епидермолиза	1 709 128 (разходи за стомирано болни и глюкомери и тест-ленти)	23 000 000

**Видно е, че без да се извършат краткосрочни промени в нормативната база, тенденцията на непрекъснато нарастване на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели ще продължи и през 2014 година.**

*Лекарствени продукти, приложими при лечението на злокачествени заболявания, които се заплащат от НЗОК извън стойността на клиничните пътеки и клиничните процедури*

От 2012 г. с извършени законодателни промени НЗОК заплаща отделно от цената на КП № 251, 252, 254, 255, 257.1, 257.2, 258.1, 258.2 и 298 стойността на противотуморните лекарствени продукти (парентерални и перорални), осигуряващи основното лечение, на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение. Отделно от цената на КП № 253 НЗОК заплаща стойността на еритро-, тромбо- и гранулоцитните колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, прилагани в клиничната пътека за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение. Отделно от цената на клинична процедура №5 НЗОК заплаща стойността на противотуморните лекарствени продукти (парентерални и перорални), осигуряващи основното лечение, на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение. Отделно от цената на клинична

процедура №6 НЗОК заплаща стойността на опиоидните аналгетици, приложими при онкологичните заболявания.

В Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) за 2012 година в чл.1, ал.2 ред 1.5.6.5 са заложили средства за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ - за лекарствена терапия в размер на **57 584** хил. лева. През 2012 година НЗОК е заплатила на лечебните заведения за болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК за този вид дейност в размер на **116 261** хил. лева. Изплатените средства за лекарствена терапия за онкологични заболявания спрямо планираните са със **102 %** повече.

В ЗБНЗОК за 2013 година в чл.1, ал.2 ред 1.1.3.7.4 са заложили средства за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ - за лекарствена терапия в размер на **90 000** хил. лева. През 2013 година НЗОК е заплатила на лечебните заведения за болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК за този вид дейност в размер на **172 443 447лв.** Изплатените средства за лекарствена терапия за онкологични заболявания спрямо планираните са с **93 %** повече.

Лекарствени продукти за онкологични заболявания в болничната помощ, извън стойността на КП – Бюджет 2013г.	Средномесечен разход на база бюджет	Средно месечен разход за лекарствени продукти по КП и КНР	Увеличение в % на сумата спрямо месечен лимит
90 000 000	7 500 000	14 370 290	91,60%

В ЗБНЗОК за 2014 година в чл.1, ал.2 ред 1.1.3.7 са заложили средства за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ - за лекарствена терапия в размер на **145 000** хил. лева.

Лекарствени продукти за онкологични заболявания в болничната помощ, извън стойността на КП - Бюджет 2014г.	Средномесечен разход на база бюджет	Средно месечен разход за лекарствени продукти по КП и КНР	Преразход на месец
145 000 000	12 083 333	16 956 061	4 872 728
		Прогнозен годишен разход на база първите 4 месеца на 2014 г.	Преразход на година
		203 472 734	58 472 734

Видно е, че се наблюдава тенденция към непрекъснато нарастване на потреблението на тази група медикаменти. Причините за това са както следва:

- ✓ Разширяване на индикациите за приложение на таргетна терапия, съобразно с националните и европейските терапевтични стандарти.
- ✓ Съвременното лечение е около 30-50 пъти по-скъпо в сравнение с конвенционалната химиотерапия. По - голям е броят на болните с изяснен специфичен статус (хистологичен, цитологичен, генетичен и рецепторен), благодарение на напредъка в диагностичен план, което предполага по-голям брой на болните, лекувани по-продължително време с модерни и други



скъпоструващи лекарствени продукти. Подобен пример е адюватната терапия с Херцептин при болни с рак на млечната жлеза, която се провежда минимум една година, съгласно всички национални и световни медицински стандарти.

- ✓ Таргетната терапия е скъпа - най-често употребяваният режим е около 100 лв, ако се инкорпорира към него например моноклоналното антитяло Mabthera – цената нараства до 3000 лв , т.е. съвременното лечение е около 30 - 50 пъти по-скъпо. Подобна цена имат всички лекарствени продукти от тази категория. Най-скъпо е лечението на хроничната миелоидна левкемия с тирозинкиназните инхибитори. Първоначално се използва само един продукт, но по много строги критерии (RT-PCR) пациентите се превключват на II генерация лекарствени продукти, което е многократно по-скъпо.
- ✓ По тази причина чрез таргетна терапия се осигурява лечение на около 50-65% от нуждаещите се.
- ✓ Приложението на новите по-скъпо струващи медикаменти води до по-добро качество на живот и увеличена преживяемост в сравнение с конвенционалната по-евтина и по-ниско ефективна химиотерапия. Това увеличава броят на живите пациенти с онкологични заболявания, на които е необходимо да се осигури специфично противотуморно лечение. Получава се натрупване и непрекъснато увеличаване на нуждата от скъпите лекарствени продукти.
- ✓ Включването в реимбурсния списък на нови лекарствени продукти за химиотерапия. Това е причината в публ. в ДВ, бр.111/2013г. изменение и допълнение на Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, вече включването и заплащането на нови лекарствени продукти с ново международно непатентно наименование, както и всички промени в ПЛС, които водят до завишаване на финансовите средства от страна на НЗОК /включване на нови индикации към лекарствени продукти в списъка/ да се обобщава на дванадесетмесечен период при сформирание на проектобюджета за следващата година.
- ✓ Таргетната терапия изисква продължителен, непрекъснат прием на лекарствените продукти. Новите лекарствени молекули имат все по-широки индикации, с което се обхващат нови нозологични единици. Освен за индукция (начално лечение) те се прилагат и като поддържащо лечение, което води до т.нар. „феномен на снежната топка“.
- ✓ Преобладаващо са оригинални продукти (с висока цена) и липсата на генерични аналози.
- ✓ В някои случаи поради логистични трудности с наличността на някои лекарствени продукти / липса на внос/ се налага замяна на един медикамент с друг, с по-висока цена / напр. Флуороурацил се заменя с Кселода/.
- ✓ Провеждането на ЗОП от всяко едно лечебно заведение води до отчитане на различни цени за един и същи лекарствен продукт. На практика НЗОК заплаща един и същи лекарствен продукт на няколко различни цени, което е прецедент при финансирането.

## **ПРОБЛЕМИ И ПРЕПОРЪКИ**

Националната здравноосигурителна каса към настоящия момент, практически е поставена в ролята на «**водеца**» институция в здравеопазването, към която са насочени всички очаквания на обществото и отговорности по обезпечаване на медицинската

помощ и финансирането, без обаче да се отчита фактът, че е в нормативно определена позиция на «изпълнител».

В ролята си на преразпределител на определените от държавата финансови средства по отношение на медикаментозното лечение на здравноосигурените лица и в рамките на нормативно определените си правомощия, **в краткосрочен план** НЗОК би могла да иницира/да предложи/ някои промени. От анализирания период е видно, че обективни фактори за нарастването на разходите за лекарствени продукти са както следва:

- **По-големият брой болни, обърнали се към системата по повод на определено заболяване.** Определено продължава очерталата се през годините тенденция към увеличаване на относителния дял на обръщащите се към системата ЗОЛ с регистрирани по няколко хронични заболявания и ползващи предимно напълно или във висок процент заплащани лекарствени продукти.

- Включването м.март на текущата година на **нови МКБ** кодове в Наредба № 38 без да са предвидени финансови средства.

- **Малкият брой договорени отстъпки** от стойността на лекарствените продукти, както за домашно лечение, така и за лекарствени продукти, приложими при лечението на злокачествените заболявания при сега действащата нормативна уредба е поради незадължителния характер на договарянето. Договарянето е поставено в зависимост и **единствено от волята на притежателите на разрешения за употреба.**

- **Динамичният темп на разходите, както в рамките на една област, така и по времеви периоди.** Необходими са мерки за ограничаване на медицински необосновано назначаване на високи дози при терапиите или некоректно регистриране на хронични заболявания.

Във връзка с очертаващата се тенденция на непрекъснато нарастване на разходите на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, както и за лекарствените продукти, предназначени за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ НЗОК следва да иницира промяна в нормативната база. Промените, които следва да настъпят са:

**За лекарствени продукти, предназначени за домашно лечение на заболявания, които се заплащат по реда на Закона за здравното осигуряване**

1. Лекарствените продукти с ново международно непатентно наименование, както и такива, които са единствени в INN, включени в Приложение 1 на ПЛС, да се заплащат от НЗОК след **договаряне на отстъпка с ПРУ.**

При сега действащата правна уредба не съществува механизъм, чрез който притежателите на разрешения за употреба задължително да предлагат отстъпки на всички лекарствени продукти, включени в Приложение № 1 на ПЛС. Действащият в настоящия момент механизъм на пожелателно договаряне на отстъпки от всички лекарствени продукти се доказва като неефективен. Налага се да бъде променен. Договарянето на отстъпки да се прилага само при самостоятелните молекули. С включването на генерични лекарствени продукти в Приложение №1 на ПЛС се извършва регулация на цените по естествен път.

2. Промяна в ЗЗО и Наредба № 10/2009г., съгласно която НЗОК да договаря отстъпки на съответните лекарствени продукти с **ново международно непатентно наименование, както и такива, които са единствени в INN**, включени в Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 6, т. 1 от ЗЛПХМ.

3. Промяна на ЗЗО и в частта срока на включване на нови заболявания в Наредба № 38 за определяне на списъка за заболяванията, за чието домашно лечение

НЗОК заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично, а именно да се извършва **веднъж на две години** като тази актуализация следва да се извършва до началото на м.октомври на втората година. По този начин ще се даде възможност на НЗОК за прогнозиране и планиране на годишния ѝ бюджет. Понастоящем НЗОК заплаща лекарствени продукти от Приложение 1 на ПЛС за домашно лечение за **358** заболявания, включени в Наредба № 38. Обхванати са голям дял, както хронични заболявания, редки заболявания, така и остри състояния на здравноосигурените лица.

4. **Създаване на Държавен фонд**, който да подпомага финансирането на редките болести. Видна е тенденцията на непрекъснато нарастване на финансовите средства, необходими за терапията им. Голяма част от лекарствените продукти, прилагани като терапия за тези заболявания са лекарствени продукти – сираци, технологията, за които е скъпоструваща. Наблюдава се засилена поляризация между социалните и редките заболявания, както по отношение на стойността на болен, заплащана за лекарствени продукти в извънболничната помощ, така и към броя ЗОЛ, обърнали се към системата.

5. Изключване на МКБ код P27.1 „Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период“ от Наредба № 38 и лекарствен продукт Synagis (INN Palivisumab) от Приложение 1 на ПЛС след извършване на необходимата нормативна промяна - **заплащането на профилактиката да се осъществява по национална програма за профилактика на заболявания на дихателните пътища**, предизвикани от респираторно-синтициален вирус (RSV) за кърмачета и деца до 2 годишна възраст, както и на недоносени с екстремно ниско тегло и на кърмачета и деца с вродени малформации.

6. Съвместно с консултанти на НЗОК по отношение на нарастващите разходи за социалнозначими заболявания – напр.ХОББ, стенокардия, последици от мозъчносъдова болест да се мисли за **диференцирано реимбурсиране, съобразно тежест на заболяванията**, за което да бъдат изготвени ясни критерии, независимо, че лекарствените продукти се назначават без експертиза по чл.78, т.2 от ЗЗО.

7. По-добра информация към изпълнителите на медицинска помощ и пациентите за икономически най-изгодния за тях лекарствен продукт. Избор на групи лекарствени продукти с едно и също международно непатентно наименование и лекарствена форма, за които в ПЛС е определена една и съща референтна стойност за ДДД – напълно взаимнозаменяеми лекарствени продукти. Стимулиране сред лекарите на **генеричното предписване** чрез образователни програми за предимствата на генеричната политика.

8. Въвеждане възможността за извършване на анализи на вече включени в ПЛС лекарствени продукти с ниво на реимбурсиране 100% и 75% на определен период от време например **3 години**, с цел оценка на ефективността. Изключително необходимо е при лекарствени продукти под патентна защита, за които профилът на безопасност е доста динамичен и при включването им в ПЛС клиничните данни са недостатъчни. Това изисква промяна на Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти.

9. Целесъобразно е **увеличаване на срока за оценка на иновативни лекарствени продукти от 60 дни до 180 дни** и включването им в ПЛС, каквито са и препоръките на Директива 89/105 на ЕС. Това ще помогне на НСЦРЛП да извършва по-задълбочен анализ на представената документация и ползването на допълнителна експертиза от външни медицински специалисти. Това предложение изисква промяна на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина и промяна на Наредба за

условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти.

10. НЗОК да има възможност пред НСЦР на лекарствените продукти да прави **мотивирано писмено предложение за отказ** от включване на лекарствен продукт в ПЛС. Това предложение изисква промяна на Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина и Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти.

**За лекарствени продукти за лечение на онкологични заболявания, заплащани от НЗОК извън стойността на клиничните пътеки и клиничните процедури**

1. Задължително **централизирано ежегодно договаряне на отстъпки** за лекарствените продукти, предназначени за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ и заплащани от НЗОК извън стойността на съответните клинични пътеки/процедури. Това предложение изисква промяна на Закона за здравното осигуряване.

2. Регламентиране на **възможност за предоставяне на отстъпка в натура** би мотивирало притежателите на разрешение за употреба на лекарствените продукти за по-добро участие в процедурата. По този начин НЗОК ще подsigури договорена пълна номенклатура от лекарствени продукти, предназначени за злокачествени заболявания.

3. При ежегодното договаряне като отправна точка, НЗОК да заплаща за съответното международно непатентно наименование стойност, **не по-висока от средноаритметичната от трите най-ниски стойности**, постигнати от болници в рамките на процедурата по ЗОП от годината, предхождаща договарянето на отстъпки.

4. **Актуализиране на клинична процедура 7** - Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти за домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия към Приложение 19 „Клинични процедури“ на НРД за медицинските дейности 2014. Разписване на диагностично-терапевтичен алгоритъм, критерии за терапевтичен отговор при лечение с различните INN. **Да се направи задължителна връзка лекарство - МКБ. За пероралната химиотерапия от 01.05.2014 г. е актуализирана клинична процедура 7 и е направена задължителна връзка лекарство – МКБ.**

5. Създаване на **ново Приложение на ПЛС**, в което да бъдат включени всички лекарствени продукти, предназначени за лечение на злокачествени заболявания с допълнителна колона заболявания по международен код на заболяванията (МКБ), информация за ограниченията в начина на предписване при различни индикации и допълнителна информация. Така ще се гарантира стриктното прилагане на тези лекарствени продукти само по тесните им показания съгласно кратките им характеристики. Ще бъде упражняван по-добър контрол при назначаването на терапията и по-добра възможност за разработване на терапевтични схеми при определените онкологични заболявания. Това предложение изисква промяна на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина и промяна на Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти.

За оптимизиране на процесите в системата като цяло е необходимо те да бъдат поставени на една съвременна основа, отговаряща на динамиката на днешния ден. Основните усилия, в рамките на възможностите и правомощията на НЗОК, би следвало да се насочат в две направления - тотална електронизация на дейностите с цел облекчаване администрирането, контрола и аналитичността, както и повишаване ефективността на договорните процедури.

## **Част Четвърта. Отчет за текущо изпълнение на Закона за бюджета на НЗОК към 30.04.2014 г. и очаквано изпълнение на бюджета на НЗОК към 31.12.2014 година**

### **1. Приходи и трансфери на НЗОК към 30.04.2014 г.**

Общият размер на получените от НЗОК приходи и трансфери към 30.04.2014 г. възлиза на 926 290 хил. лв., което представлява 32,8% от заложените в Закона за бюджета на НЗОК за 2014 г. (ЗБНЗОК 2014). В сравнение със същия период на 2013 г. се отчита ръст с 59 061 хил. лв. Постъпилите към 30.04.2013 г. приходи и трансфери представляват 31,4% спрямо утвърдения годишен план за 2013 г.

Размерът на приходите към 30.04.2014 г. е 918 521 хил. лв., което представлява изпълнение от 32,7 % спрямо заложените в ЗБНЗОК 2014 г. В сравнение със същия период на 2013 г. се отчита ръст с 53 028 хил. лв.

### **2. Разходи и трансфери на НЗОК към 30.04.2014 г.**

Приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. разходи и трансфери са в размер на 2 823 110 хил. лв. Общият размер на извършените разходи и трансфери към 30.04.2014 г. е 1 098 321 хил. лв., което представлява 38,9% от заложените в ЗБНЗОК 2014 г. средства. В сравнение със същия период на 2013 г. се отчита ръст с 167 466 хил. лв. или 18%. Извършените към 30.04.2013 г. разходи и трансфери представляват 33,4% спрямо утвърдения годишен план за 2013 г.

### **Здравноосигурителни плащания**

Приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 2 472 462 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени с 222 806 хил. лв. от резерва на НЗОК и годишният план е в размер на 2 695 268 хил. лв. Извършените към 30.04.2014 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 1 076 770 хил. лв. (в т.ч. 25 193 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 40,0% от заложените в годишен план средства. В сравнение със същия период на 2013 г. се отчита ръст със 162 356 хил. лв. или 17,8%. Извършените здравноосигурителни плащания към 30.04.2013 г. представляват 33,4% спрямо утвърдения годишен план за 2013 г.

Таблица 3. (в лева)

ПОКАЗАТЕЛИ с включен трансфер към ведомствени болници		Пара- граф	ЗБНЗОК 2014 г.	Годишен план 2014 г. 29.05.2014 г.	Отчет м. 01.2014 г.	Отчет м. 02.2014 г.	Отчет м. 03.2014 г.	Отчет м. 04.2014 г.	Отчет към 30.04.2014 г.	Остатък за периода от 01.05- 31.12.2014 г.	Очаквано изпълнение към 31.12.2014 г.	Остатък +/- Недостиг/-/
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>I.</b>	<b>РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО</b>		<b>2 823 110 000</b>	<b>2 823 110 000</b>	<b>297 101 587</b>	<b>243 453 628</b>	<b>294 709 115</b>	<b>263 056 702</b>	<b>1 098 321 032</b>	<b>1 724 788 968</b>	<b>3 224 361 536</b>	<b>-401 251 536</b>
<b>1.</b>	<b>РАЗХОДИ - ВСИЧКО</b>		<b>2 820 020 000</b>	<b>2 820 020 000</b>	<b>297 101 587</b>	<b>243 453 628</b>	<b>294 290 688</b>	<b>262 797 506</b>	<b>1 097 643 409</b>	<b>1 722 376 591</b>	<b>3 221 271 536</b>	<b>-401 251 536</b>
1.1.	Текущи разходи		2 520 104 000	2 742 910 118	297 095 939	242 963 497	290 030 021	260 541 007	1 090 630 464	1 652 279 654	3 188 486 904	-445 576 786
	Административни разходи		47 642 000	47 642 000	3 541 318	2 680 791	3 740 068	3 898 062	13 860 239	33 781 761	47 642 000	0
1.1.1.	Разходи за персонал		34 454 000	34 454 000	2 851 682	2 031 308	2 652 061	2 959 258	10 494 309	23 959 691	34 454 000	0
1.1.2.	Издръжка на административните дейности		13 188 000	13 188 000	689 636	649 483	1 088 007	938 804	3 365 930	9 822 070	13 188 000	0
1.1.3.	Здравноосигурителни плащания	39-00	2 472 462 000	2 695 268 118	293 554 621	240 282 706	286 289 953	256 642 945	1 076 770 225	1 618 497 893	3 140 844 904	-445 576 786
1.1.3.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	39-01	176 000 000	177 500 000	13 993 827	14 921 891	14 461 944	14 792 817	58 170 479	119 329 521	177 500 000	0
1.1.3.2.	Специализирана извънболнична медицинска помощ	39-02	181 000 000	193 500 000	12 411 507	18 524 112	16 302 260	15 706 525	62 944 404	130 555 596	193 500 000	0
1.1.3.3.	Дентална помощ	39-03	120 000 000	120 000 000	12 017 644	12 310 953	10 968 417	10 394 405	45 691 419	74 308 581	120 000 000	0
1.1.3.4.	Медико-диагностична дейност	39-04	71 500 000	71 500 000	4 341 635	7 041 342	6 139 852	5 368 559	22 891 388	48 608 612	71 500 000	0
1.1.3.5.	Лекарствени продукти за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели	39-05	527 000 000	527 000 000	52 091 139	73 982 674	57 565 162	47 944 568	231 583 543	295 416 457	623 580 417	-96 580 417
1.1.3.6.	Медицински изделия	39-07	82 000 000	87 598 343	10 366 980	5 448 049	8 317 041	7 442 415	31 574 485	56 023 858	104 560 442	-16 962 099
1.1.3.6.1.	предназначени за заболявания, включени в списъка по наредбата по чл. 45, ал. 3 ЗЗО		18 000 000	18 000 000	825 218	741 437	1 196 158	0	2 762 813	15 237 187	18 000 000	0
1.1.3.6.2.	прилагани в болничната медицинска помощ		64 000 000	69 598 343	9 541 762	4 706 612	7 120 883	7 442 415	28 811 672	40 786 671	86 560 442	-16 962 099
1.1.3.7.	Лекарствена терапия при злокачествени заболявания	39-08	145 000 000	158 381 456	21 162 984	12 267 586	17 777 556	16 997 247	68 205 373	90 176 083	206 866 647	-48 485 191
1.1.3.8.	Болнична медицинска помощ	39-06	1 017 128 000	1 255 550 504	165 467 871	87 674 677	140 988 248	134 255 059	528 385 855	727 164 649	1 585 337 398	-329 786 894
	в т.ч. за КП (без КП 153.2), ВСМД, КПр 5 и 7, Пр 8		882 128 000	1 110 186 971	149 020 819	76 131 972	126 588 024	122 278 940	474 019 755	636 167 216	1 429 563 833	-319 376 862
1.1.3.8.1.	в т.ч. за диализа при терминална бъбречна недостатъчност		73 000 000	78 691 019	9 332 406	5 459 757	7 459 262	6 591 283	28 842 708	49 848 311	81 296 379	-2 605 360
1.1.3.8.2.	в т.ч. за диспансерно наблюдение на пациенти със злокачествени заболявания		10 000 000	10 731 770	1 292 590	766 870	1 237 990	932 750	4 230 200	6 501 570	12 337 078	-1 605 308
1.1.3.8.3.	в т.ч. за интензивно лечение		42 000 000	45 037 571	4 786 856	3 470 807	4 757 172	3 710 686	16 725 521	28 312 050	50 755 207	-5 717 636
1.1.3.8.4.	в т.ч. дейности за асистирана репродукция		1 000 000	1 189 573	0	1 189 571	0	0	1 189 571	2	1 189 571	2
1.1.3.8.5.	в т.ч. за високо специализирана диагностика РЕТ/СТ и за роботизирана лапароскопска хирургия		9 000 000	9 713 600	1 035 200	655 700	945 800	741 400	3 378 100	6 335 500	10 195 330	-481 730
1.1.3.9.	Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ	39-10	58 000 000	58 000 000	1 701 034	8 111 422	13 769 473	3 741 350	27 323 279	30 676 721	58 000 000	0
1.1.3.9.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност		58 000 000	58 000 000	1 701 034	8 111 422	13 769 473	3 741 350	27 323 279	30 676 721	58 000 000	0
1.1.3.10.	Други здравноосигурителни плащания съгласно § 8 от преходните и		94 834 000	46 237 815					0	46 237 815		46 237 815
<b>1.2.</b>	<b>Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по</b>	<b>42-19</b>	<b>13 400 000</b>	<b>13 400 000</b>	<b>5 648</b>	<b>485 249</b>	<b>4 255 397</b>	<b>2 208 614</b>	<b>6 954 908</b>	<b>6 445 092</b>	<b>25 784 632</b>	<b>-12 384 632</b>
1.2.1.	Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ		1 500 000	1 500 000	5 648	7 884	8 780	206 575	228 887	1 271 113	2 000 000	-500 000
1.2.2.	Дейности за здравноосигурени лица, включващи: дейности по амбулаторно проследяване на болни с психични заболявания; дейности по амбулаторно проследяване на болни с кожно-венерически заболявания; интензивно лечение		400 000	750 000	0	91 893	207 799	114 049	413 741	336 259	1 273 140	-523 140
1.2.3.	Дейности за здравноосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ		3 500 000	3 150 000	0	385 472	897 299	457 532	1 740 303	1 409 697	5 189 163	-2 039 163
1.2.4.	Плащания за сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО		8 000 000	8 000 000	0	0	3 141 519	1 430 458	4 571 977	3 428 023	17 322 329	-9 322 329
<b>1.3.</b>	<b>Придобиване на нефинансови активи</b>		<b>7 000 000</b>	<b>7 000 000</b>	<b>0</b>	<b>4 882</b>	<b>5 270</b>	<b>47 885</b>	<b>58 037</b>	<b>6 941 963</b>	<b>7 000 000</b>	<b>0</b>
<b>1.4.</b>	<b>Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи</b>	<b>00-98</b>	<b>279 516 000</b>	<b>56 709 882</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>56 709 882</b>	<b>0</b>	<b>56 709 882</b>
<b>2.</b>	<b>Предоставени трансфери на НАП по чл. 24, т.6 от ЗЗО</b>	<b>61-02</b>	<b>3 090 000</b>	<b>3 090 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>418 427</b>	<b>259 196</b>	<b>677 623</b>	<b>2 412 377</b>	<b>3 090 000</b>	<b>0</b>

### **2.2.1. Здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)**

Към 30.04.2014 г. за ПИМП са изплатени 58 170 хил. лв. или 32,8% от заложените в годишен план средства, което е съпоставимо с процентното изпълнение на здравноосигурителни плащания за ПИМП (32,5%) за същия период на 2013 г. Спрямо извършените към 30.04.2013 г. плащания се отчита ръст с 1 078 хил. лв. или 1,9%. На база на съпоставимите проценти на изпълнение на разходите към 30.04.2014 г., спрямо същия период на 2013 г. **не се очаква остатък на средства по параграфа към 31.12.2014 г.**

### **2.2.2. Здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)**

Към 30.04.2014 г. за СИМП са изплатени 62 944 хил. лв. (в т.ч. 3 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 32,5% от заложените в годишен план средства, което е съпоставимо с процентното изпълнение на здравноосигурителни плащания за СИМП (31,4%) за същия период на 2013 г. Спрямо извършените към 30.04.2013 г. плащания се отчита ръст с 4 903 хил. лв. или 8,4%. На база на съпоставимите проценти на изпълнение на разходите към 30.04.2014 г., спрямо същия период на 2013 г. **не се очаква остатък на средства по параграфа към 31.12.2014 г.**

### **2.2.3. Здравноосигурителни плащания за дентална помощ (ДП)**

На база на съпоставимите проценти на изпълнение на разходите към 30.04.2014 г., спрямо същия период на 2013 г. **не се очаква остатък на средства по параграфа към 31.12.2014 г.**

### **2.2.4. Здравноосигурителни плащания за медико-диагностична дейност (МДД)**

На база на съпоставимите проценти на изпълнение на разходите към 30.04.2014 г., спрямо същия период на 2013 г. **не се очаква остатък на средства по параграфа към 31.12.2014 г.**

### **3.2.4. Здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за**

#### **домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели**

Извършеният през периода разходи са за заплащане на:

**1) Лекарствени продукти за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели,** предоставени от аптеките в периода 01.11.2013 – 15.03.2014 г., в размер на 220 956 хил. лв. Към 30.04.2013 г. са изплатени 194 865 хил.лв. или с 11,8% повече за предоставени лекарствени за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели, в периода 01.11.2012 – 15.03.2013 г., т.е. заплатени са съпоставими периоди. Ръстът в разходите се дължи на нарастването на стойността, подлежаща на заплащане от НЗОК по включените в Приложение 1 на Позитивния лекарствен списък продукти. Средномесечната стойност на заплатените до 30.04.2014 г. периоди на предоставяне на лекарствени продукти за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели е 49 101 хил. лв. До 30.05.2014 г. са получени отчети от аптеките за периоди 16.03. – 15.05.2014 г. на общо стойност 99 041 хил. лв. или със средномесечна стойност в размер на 49 520 хил. лв.

Съгласно сроковете за заплащане на отчетените от аптеките лекарствени продукти за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели, влезли в сила от 01.05.2014 г., до 31.12.2014 г. НЗОК следва да заплати и предоставените лекарствени продукти за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели през периоди 16.05. – 15.11.2014 г. Прогнозната стойност за тези периоди е в размер на 300 000 хил. лв.

Очакваната сума на разхода към 31.12.2014 г. за лекарствени продукти за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели е в размер на **619 997** хил. лв.

**2) Плащания за ваксини за задължителни имунизации и реимунизации** в размер на в размер на 10 627 хил. лв.

Очакваната сума на разхода към 31.12.2014 г. за ваксини за задължителни имунизации и реимунизации е в размер на **3 583** хил. лева.

Очакваното изпълнение към 31.12.2014 г. по **бюджетен параграф „Лекарствени продукти за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели“** е в размер на 623 580 хил. лв. (кол. 12 от таблицата). **Очакваният недостиг** на средства към 31.12.2014 г. е в размер на **96 580 хил. лв.**

#### **2.2.5. Здравноосигурителни плащания за медицински изделия (МИ)**

**1) Плащания за медицински изделия, предназначени за заболявания, включени в списъка по наредбата по чл. 45, ал. 3 ЗЗО** – 18 000 хил. лв. Към 30.04.2014 г. от тях са изплатени 2 763 хил. лв. или 15,3% от заложените в годишен план средства. Процентното изпълнение за същия период на 2013 г. е 18,9% от заложените в годишен план средства. В тази връзка въпреки по-ниските проценти на изпълнение на разходите към 30.04.2014 г., спрямо същия период на 2013 г. не се очаква остатък на средства по този подпараграф към 31.12.2014 г.

**2) Плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ** – 64 000 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 5 598 хил. лв., от които 3 863 хил. лв. от резерва на НЗОК за 2014 г. за заплащане на неразплатената дейност за м. октомври и м. ноември 2013 г. и 1 736 хил. лв. от средствата за „Други здравноосигурителни плащания съгласно § 8 от преходните и заключителните разпоредби на ЗБНЗОК за 2014 г.“ за заплащане на медицински изделия, чиято стойност надвишава утвърдените стойности за м. април 2014 г. В резултат на увеличението годишният план е в размер на 69 598 хил. лв. Към 30.04.2014 г. по параграфа са изплатени 28 812 хил. лв. (с включени 1 009 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 41,4% от годишния план. Общата стойност на медицинските изделия, приложени при дейност по клинични пътеки през периода м. декември 2013 г. - м. април 2014 г. в размер на 34 476 хил. лв. Средномесечната стойност за периода е в размер на 6 895 хил. лв. Съгласно Методиката за заплащане на дейността на изпълнителите на БМП, приета по реда на чл.55е от ЗЗО, през 2014 г. подлежи на заплащане дейността, оказана до м.ноември 2014 г. включително. На база на средномесечната стойност на медицинските изделия, приложени при дейност по клинични пътеки през периода м. декември 2013 г. - м. април 2014 г., очакваната стойност за периода м. май - м. ноември 2014 г., е в размер на 48 267 хил. лв.

Очакваната сума на разхода към 31.12.2014 г. за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, е в размер на 86 560 хил. лева.

Очакваното изпълнение към 31.12.2014 г. по **бюджетен параграф „Медицински изделия“** е в размер на 104 560 хил. лв. (кол. 12 от таблицата) . **Очакваният недостиг** на средства към 31.12.2014 г. е в размер на **16 962 хил. лв.**

#### **2.2.6. Здравноосигурителни плащания за лекарствена терапия при злокачествени заболявания**

Приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. разходи са в размер на 145 000 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 13 381 хил. лв., от които 8 003 хил. лв. от резерва на НЗОК за 2014 г. за заплащане на неразплатената дейност за м. октомври и м. ноември 2013 г. и 5 379 хил. лв. от средствата за „Други здравноосигурителни плащания съгласно § 8 от преходните и заключителните разпоредби на ЗБНЗОК за 2014 г.“ за заплащане на лекарствена терапия, чиято



стойност надвишава утвърдените стойности за м. април 2014 г. В резултат на увеличението годишният план е в размер на 158 381 хил. лв. Към 30.04.2014 г. са изплатени 68 205 хил. лв. (в т.ч. 2 132 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 43,1% от заложените в годишен план средства. Общата стойност на лекарствената терапия при злокачествени заболявания, приложена в периода м. декември 2013 г. - м. април 2014 г. в размер на 82 875 хил. лв. Средномесечната стойност за периода е в размер на 16 575 хил. лв. Съгласно Методиката за заплащане на дейността на изпълнителите на БМП, приета по реда на чл.55е от ЗЗО, през 2014 г. подлежи на заплащане дейността, оказана до м.ноември 2014 г. включително.

На база на средномесечната стойност на лекарствената терапия при злокачествени заболявания, приложена в периода м. декември 2013 г. - м. април 2014 г., очакваната стойност за период на дейност м. май - м. ноември 2014 г., е в размер на 116 025 хил. лв.

Очакваното изпълнение към 31.12.2014 г. по бюджетен параграф „Лекарствена терапия при злокачествени заболявания“ е в размер на 206 867 хил. лв. (кол. 12 от таблицата)

**Очакваният недостиг на средства към 31.12.2014 г. е в размер на 48 485 хил. лв.**

#### **2.2.7. Здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ**

Приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. разходи са в размер на 1 017 128 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени, както следва:

- с 55 037 хил. лв. от резерва на НЗОК за заплащане на неразплатената дейност за м. октомври и м. ноември 2013 г.

- със 155 714 хил. лв. от резерва на НЗОК за осигуряване на средствата заложи в Договора за обемите и цените на медицинските дейности за 2014 г. за дейностите в БМП.

- със 190 хил. лв. от резерва на НЗОК за заплащане на дейностите по асистирана репродукция, извършени до 31.12.2013 г., съгласно §11 от ПРЗ на ЗБНЗОК 2014 г.

- с 27 482 хил. лв. от средствата за „Други здравноосигурителни плащания съгласно § 8 от преходните и заключителните разпоредби на ЗБНЗОК за 2014 г.“ за заплащане на медицинска дейност, чиято стойност надвишава утвърдените стойности за м. април 2014 г.

В резултат на увеличението годишният план е в размер на 1 255 551 хил. лв. Към 30.04.2014 г. са изплатени 528 386 хил. лв. (в т.ч. 22 031 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 42,1% от заложените в годишен план средства. С тези средства са заплатени:

- неразплатената болнична медицинска помощ, оказана през м. октомври и м. ноември 2013 г. в размер на 54 472 хил. лв.;

- болнична медицинска помощ, оказана в периода м. декември 2013 г. – м. февруари 2014 г. и оказаната през м. март 2014 г. в рамките на утвърдените месечни стойности, по реда на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2014 г., общо за 473 914 хил. лв.

На база на обработените ежедневни отчети за дейността до 30.04.2014 г. НЗОК следва да заплати за болнична медицинска помощ още 164 641 хил. лв. (включваща проверената стойност за м. март, надвишаваща утвърдените стойности; заявената стойност за м. април в рамките на утвърдените стойности и отчетената стойност на дейността, надвишаваща утвърдените стойности за м. април).

Общата стойност на болничната медицинска помощ, оказана в периода м. декември 2013 г. - м. април 2014 г., е в размер на 637 364 хил. лв. Средномесечната стойност за периода е в размер на 128 663 хил. лв.

Съгласно Методиката за заплащане на дейността на изпълнителите на БМП, приета по реда на чл.55е от ЗЗО, през 2014 г. подлежи на заплащане дейността, оказана до м.ноември 2014 г. включително.

На база на средномесечната стойност на болничната медицинска помощ, оказана в периода м. декември 2013 г. - м. април 2014 г., очакваната стойност за период на дейност м. май - м. ноември 2014 г., е в размер на 892 311 хил. лв.

Очакваното изпълнение към 31.12.2014 г. по **бюджетен параграф „Болнична медицинска помощ“** е в размер на 1 585 337 хил. лв. (кол. 12 от таблицата)

**Очакваният недостиг** на средства към 31.12.2014 г. е в размер на **329 787 хил. лв.**

#### **2.2.8. Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност**

Приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. разходи са в размер на 58 000 хил. лв. Към 30.04.2014 г. са изплатени 27 323 хил. лв. (в т.ч. 16 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 47,1% от заложените в ЗБНЗОК средства. От тези разходи 20 201 хил. лева са плащания по искове дължими през 2013 г., но отложени за заплащане през 2014 г. в резултат от намаляването на средствата по това направление на здравноосигурителните плащания на НЗОК за 2013 г. В тази връзка **не се очаква остатък на средства по този подпараграф към 31.12.2014 г.**

#### **2.2.9. Други здравноосигурителни плащания съгласно § 8 от преходните и заключителните разпоредби на ЗБНЗОК за 2014 г.**

Приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. средства са в размер на 94 834 хил. лв. От тях с решения на НС на НЗОК са освободени общо 48 596 хил. лв. и насочени за увеличение на здравноосигурителните плащания, както следва:

- 14 000 хил. лв. за увеличение на средствата за здравноосигурителни плащания за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ, с цел запазване на нивата на обемите от 2013 година по дейностите, с увеличени цени, съгласно Договора между НЗОК и БЛС за обеми и цени на медицинската помощ за 2014 г. и

- 34 596 хил. лв. за увеличение на бюджетните средства за здравноосигурителни плащания за заплащането на медицинската дейност, приложените медицински изделия и лекарствена терапия, чиято стойност надвишава утвърдените стойности за м. април 2014 г.

В годишния план оставащите средства са в размер на 46 238 хил. лв.

#### **2.3. Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 5 от ЗБНЗОК**

Приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. средства са в размер на 13 400 хил. лв. Към 30.04.2014 г. са изплатени 6 955 хил. лв. (в т.ч. 10 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 51,9% от заложените в ЗБНЗОК средства. По направлени разпределението е както следва:

**1) Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ** – приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. средства са в размер на 1 500 хил. лв. Към 30.04.2014 г. са изплатени 229 хил. лв. или 15,3% от заложените в ЗБНЗОК средства. Процентното изпълнение за същия период на 2013 г. е 20,2% от заложените в годишен план средства. С тези средства са платени:

- дейност по прилагане на ваксините, отчетена от изпълнителите на ПИМП за периода м.11.2013 – м.03.2014 г. в размер на 27 хил. лв. или средно месечно – 5 хил. лв.

- приложени ваксини през м.08.2013 г. на стойност 202 хил.лв.

Очакваният разход за заплащане до 31.12.2014 г. на дейност, по прилагане на ваксините за периода м.04 – м.11.2014 г. и приложени ваксини за периода м.09.2013 – м.04.2014 г., е в размер на 1 771 хил. лв.

Очакваната сума на разхода към 31.12.2014 г. за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от 33, е в размер на 2 000 хил. лева.

**Очакваният недостиг** на средства към 31.12.2014 г. е в размер на **500** хил. лв.

**2) Дейности за здравнонеосигурени лица, включващи: дейности по амбулаторно проследяване на болни с психични заболявания; дейности по амбулаторно проследяване на болни с кожно-венерически заболявания; интензивно лечение** – приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. средства са в размер на 400 хил. лв.

Към 30.04.2014 г. са изплатени 414 хил. лв. (в т.ч. 10 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 55,2% от заложените в годишен план средства. С тези средства са платени дейности за периода м.12.2013 – м.03.2014 г. Отчетената средномесечна стойност на дейността за периода м.12.2013 – м.04.2014 г. е в размер на 106 хил. лв. Очакваният разход за заплащане до 31.12.2014 г. на дейност за периода м.04 – м.11.2014 г., е в размер на 859 хил. лв. Очакваната сума на разхода към 31.12.2014 г. за дейности за здравнонеосигурени лица, включващи: дейности по амбулаторно проследяване на болни с психични заболявания; дейности по амбулаторно проследяване на болни с кожно-венерически заболявания; интензивно лечение, е в размер на 1 273 хил. лева.

**Очакваният недостиг** на средства към 31.12.2014 г. е в размер на **523** хил. лв.

**3) Дейности за здравнонеосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33** – приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. средства са в размер на 3 500 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха намалени с 350 хил. лв. за увеличение на средствата за дейности за здравнонеосигурени лица, включващи: дейности по амбулаторно проследяване на болни с психични заболявания; дейности по амбулаторно проследяване на болни с кожно-венерически заболявания и интензивно лечение. Годишният план е в размер на 3 150 хил. лв. Към 30.04.2014 г. са изплатени 1 740 хил. лв. или 55,2% от заложените в годишен план средства. С тези средства са платени дейности за периода м.12.2013 – м.03.2014 г. Процентното изпълнение за същия период на 2013 г. е 29,7% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 30.04.2013 г. плащания се отчита ръст с 330 хил. лв. или 23,4%. Отчетената средномесечна стойност на дейността за периода м.12.2013 – м.04.2014 г. е в размер на 432 хил. лв. Очакваният разход за заплащане до 31.12.2014 г. на дейност за периода м.04 – м.11.2014 г. е в размер на 3 449 хил. лв. Очакваната сума на разхода към 31.12.2014 г. за дейности за здравнонеосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33, е в размер на 5 189 хил. лева.

**Очакваният недостиг** на средства към 31.12.2014 г. е в размер на **2 039** хил. лв.

**4) Плащания за сумите по чл. 37, ал. 6 от 330** – приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. средства са в размер на 8 000 хил. лв. Към 30.04.2014 г. са изплатени 4 572 хил. лв. или 57,1% от заложените в ЗБНЗОК средства. С тези средства са платени дейности за периода м.01 – м.03.2014 г. Отчетената средномесечна стойност на дейността за периода м.01 – м.04.2014 г. е в размер на 1 575 хил. лв. Очакваният разход за заплащане до 31.12.2014 г. на дейност за периода м.04 – м.11.2014 г., е в размер на 12 750 хил. лв. Очакваната сума на разхода към 31.12.2014 г. за плащания за сумите по чл. 37, ал. 6 от 330 е в размер на 17 322 хил. лева.

**Очакваният недостиг** на средства към 31.12.2014 г. е в размер на **9 322** хил. лв.

Очакваното изпълнение към 31.12.2014 г. по бюджетен параграф „Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 5 от ЗБНЗОК“ е в размер на 25 785 хил. лв. (кол. 12 от таблицата)

**Очакваният недостиг** на средства към 31.12.2014 г. е в размер на **12 385 хил. лв.** Съгласно §2, ал.3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2014 г., тези разходи могат да бъдат

извършени от НЗОК при предоставен от МЗ трансфер на средства за тях, без да се нарушава баланса на бюджета на НЗОК, за прилагането на което НЗОК и МЗ изготвят правила за условията и реда за превеждане на трансфери от МЗ над размера, заложен в ЗБНЗОК за 2014 г.

#### **2.4. Разходи за придобиване на нефинансови активи**

Приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. средства са в размер на 7 000 хил. лв. Към 30.04.2014 г. са изплатени 58 хил. лв. или 0,8% от планираните в ЗБНЗОК за 2014 г. От общия разход 10 хил. лв. са за придобиване на дълготрайни материални активи (надграждане и разширение на дисковите подсистеми и системите за архивиране на данни и доставка и монтаж на климатици за сървърни помещения) и 48 хил. лв. за придобиване на нематериални дълготрайни активи (придобиване на софтуерни лицензи за експлоатация на софтуер за бизнес анализи за нуждите на НЗОК).

#### **2.5. Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи**

Приетият със ЗБНЗОК за 2014 г. резерв е в размер на 279 516 хил. лв.

С решения на НС на НЗОК са освободени средства в размер на 222 806 хил. лв., от тях:

- с 66 903 хил. лв. са увеличени бюджетните средства за здравноосигурителни плащания (за медицински изделия прилагани в болничната медицинска помощ, за лекарствена терапия при злокачествени заболявания и за болнична медицинска помощ) за заплащане на лечебните заведения за болнична медицинска помощ неплатената, отчетена дейност за м. октомври и м. ноември на 2013 г.

- със 155 714 хил. лв. са увеличени бюджетните средства за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ за осигуряване на средствата заложен в Договора за обемите и цените на медицинските дейности за 2014 г..

- със 190 хил. лв. са увеличени бюджетните средства за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ за асистирана репродукция, извършена до 31.12.2013 г., съгласно §11 от ПРЗ на ЗБНЗОК 2014 г.

В годишен план оставащите средства са в размер на 56 710 хил. лв.

#### **2.6. Предоставени трансфери на НАП по чл. 24, т.6 от ЗЗО**

Приетите със ЗБНЗОК за 2014 г. средства са в размер на 3 090 хил. лв. Към 30.04.2014 г. са изплатени 678 хил. лв. или 21,9% от планираните в ЗБНЗОК за 2014 г.

#### **3. Дефицит / излишък**

Съгласно ЗБНЗОК за 2014 г. бюджетът на НЗОК за 2014 г. е приет с балансирано бюджетно салдо. В резултат на отчетените към 30.04.2014 г. разходи и трансфери – всичко в общ размер на 1 098 321 хил. лв., спрямо отчетените приходи и трансфери – всичко в общ размер на 926 290 хил. лв. отрицателното бюджетно салдо към 30.04.2014 г. е в размер на 172 032 хил. лева.

#### **4. Предложения за предприемане на действия, във връзка с прогнозирания недостиг на средства за извършване на здравноосигурителни плащания до края на 2014 година**

**Очакваният недостиг на средства по здравноосигурителни плащания,** спрямо утвърдения към 30.04.2014 г. план на средствата за съответния вид плащания, е в размер **от 491 815** хил. лв., както следва:

Очакваният недостиг на средства към 31.12.2014 г. по бюджетен параграф „Лекарствени продукти за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели“ в размер на 96 580 хил. лв. е за заплащане на лекарствени продукти,

предоставени от аптеките на ЗОЛ в периода 16.09 – 15.11.2014 г., които съгласно сроковете следва да бъдат заплатени от НЗОК в периода 17.10. – 20.12.2014 г.

Общият очакван недостиг на средства към 31.12.2014 г. за заплащане на изпълнители на болнична помощ (по бюджетни параграфи „Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ“, „Лекарствена терапия при онкологични заболявания“ и „Болнична медицинска помощ“) е в размер на 395 234 хил. лв., което представлява 37,4% от прогнозната стойност на дейността на изпълнителите на болнична помощ през периода м.май - м.ноември 2014 г.

При прилагане на разпоредбите на ЗБНЗОК за 2014 г., увеличаване на средствата на здравноосигурителните плащания с показан недостиг, може да бъде извършено, както следва:

- с наличните средства в „Други здравноосигурителни плащания съгласно § 8 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2014 г.“ в размер на 46 238 хил. лева.
- с наличните средства от Резерв, вкл. за непредвидени и неотложни разходи в размер на 56 710 хил. лв., по реда на §6 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2014 г.
- с преизпълнението в приходите, с очакван размер от 55 274 хил. лв., по реда на §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2014 г.
- от евентуално реализирано неусвояване към края на годината на средства за административни разходи и за придобиване на нефинансови активи, приблизително от 5 500 хил. лв., по реда на §7 от ПЗР на ЗБНЗОК 2014 г.

При прилагане на тези възможности на ЗБНЗОК 2014 г. **очакваният недостиг на средства за здравноосигурителни плащания към 31.12.2014 г. е в общ размер на 328 093 хил. лв.**