



**ГОДИШЕН ОТЧЕТ
ЗА ДЕЙНОСТТА
НА
НАЦИОНАЛНАТА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА
КАСА**

ЗА 2004 ГОДИНА

Годишният отчет за 2004 година е представен от:

НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

със седалище:

Гр. София 1407

Ул. "Кричим" №1

създадена:

със Закона за здравното осигуряване

(Публикуван в ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г.)

представители на органите на управление:

г-н Кирил Ананиев

Председател на Управителния съвет на НЗОК

г-н Севдалин Мавров

Председател на Контролния съвет на НЗОК

д-р Иван Букарев

Директор на НЗОК

МИСИЯ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

Националната здравноосигурителна каса, съгласно Закона за здравното осигуряване, е институцията, която осъществява задължителното здравно осигуряване в България във функциите по управление и разходване на набраните за тази цел средства за заплащане на здравни дейности и лекарствени продукти.

Основна цел на НЗОК е да осигурява и гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса.

ВИЗИЯ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

С дейността си Националната здравноосигурителна каса цели подобряване на здравните резултати и качеството на живота, регулиране и повишаване на социалната, здравната и икономическата ефективност на здравните разходи, подобряване на качеството на предоставените услуги и равнопоставеността при тяхното използване, въвеждане на механизми за достойно заплащане на медицинските специалисти и положителна промяна в отношенията между лекар и пациент.

СЪДЪРЖАНИЕ

ОСНОВНИ ПРИОРИТЕТИ НА НЗОК ПРЕЗ 2004 ГОДИНА	5
ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА НЗОК	6
<i>ОРГАНИ НА УПРАВЛЕНИЕ.....</i>	<i>6</i>
<i>ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА НА НЗОК</i>	<i>11</i>
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА ДЕЙНОСТ	20
<i>РЕГИСТРИРАНИ И ОСИГУРЕНИ ЛИЦА</i>	<i>20</i>
<i>ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ.....</i>	<i>21</i>
<i>СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ</i>	<i>25</i>
<i>МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ</i>	<i>31</i>
<i>СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ</i>	<i>33</i>
<i>ЛЕКАРСТВА ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ</i>	<i>37</i>
<i>БОЛНИЧНА ПОМОЩ.....</i>	<i>41</i>
<i>КОНТРОЛ НА ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ.....</i>	<i>45</i>
АДМИНИСТРАТИВНА ДЕЙНОСТ НА НЗОК	51
<i>ПОЛОЖИТЕЛНИ РЕЗУЛТАТИ.....</i>	<i>51</i>
<i>ПРЕДСТОЯЩИ ЗА РАЗРЕШАВАНЕ ПРОБЛЕМИ.....</i>	<i>55</i>
ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	61

ОСНОВНИ ПРИОРИТЕТИ НА НЗОК ПРЕЗ 2004 ГОДИНА

За да изпълни мисията и целите си, през 2004 година **основните приоритети** на НЗОК са:

- Изпълнение на задълженията на НЗОК по продължаването на действието на НРД 2003 през 2004 година при спазване на финансовата рамка на бюджета на НЗОК за 2004 година;
- Разработване на годишен бюджет на НЗОК за 2005 година;
- Финализиране на преговорите и подписването на Национален рамков договор за 2005 година (НРД 2005) с представителите на съсловните организации на лекарите и стоматолозите;
- Активизиране на публичния дебат за нередовните лица по ЗЗО и след законодателното уреждане - организиране на технологичното изпълнение на изискването за изключване на неосигурени лица от правото на ползване;
- Повишаване на ефективността и резултатността на медицинския и финансовия контрол на договорните партньори;
- Поетапно изпълнение на ангажиментите по въвеждане на кейс-микс подхода и диагностично свързаните групи в системата на финансиране на болничните лечебни заведения - разширяване на базата данни от пилотните болници; успешно приключване на проекта с консултант фирма ЗМ; разработване на обучителна програма, организиране и участие с обучителни дейности по кодиране по МКБ-10 и МКБ-9-КМ;
- Изграждане на отделни информационни модули и регистри, и участие в разработката на концепция за по-нататъшно доизграждане на интегрираната информационна система и техническо задание за системата;
- Поддържане на адекватна медийна и комуникационна система;
- Институционално развитие и формиране на система за институционална устойчивост;
- Международно сътрудничество и европейска интеграция.

Дейността на НЗОК през 2004 година беше подчинена на дефинираната програма на правителството на Република България за развитието на здравния сектор в условията на реструктуриране на икономическата система.

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА НЗОК

ОРГАНИ НА УПРАВЛЕНИЕ

В съответствие с чл. 6, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване Националната здравноосигурителна каса има следните органи на управление:

СЪБРАНИЕ НА ПРЕДСТАВИТЕЛИТЕ

През 2004 година Събранието на представителите на свои редовни заседания е разглеждало дейността на НЗОК и е взело следните по-важни решения:

- Одобрен е годишният финансов отчет на НЗОК за 2003 година;
- Одобрен е отчетът за изпълнение на бюджета на НЗОК за 2003 година;
- Одобрен е отчетът за дейността на НЗОК за 2003 година;
- Приет е Правилник за изменение и допълнение на Правилника за работа на Управителния съвет на НЗОК;
- Приет е Правилник за изменение и допълнение на Правилника за работа на Контролния съвет на НЗОК;
- Приет е Правилник за допълнение на Правилника за устройството и дейността на НЗОК;
- Одобрен е проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за бюджета на НЗОК за 2004 година;
- Приети са Правила за изменение и допълнение на “Правила за дейността на комисията в ЦУ на НЗОК и реда за извършване на експертиза по чл. 78 от ЗЗО”;
- Приет е Проект на Закон за бюджета на НЗОК за 2005 година.

УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

В дейността си през 2004 година Управителният съвет, в съответствие със ЗЗО, е взел следните по-важни решения:

- Приети са изменения и допълнения на Правилника за устройството и дейността на НЗОК;
- Приети са изменения и допълнения на Правилника за дейността и работата на УС;
- Обявен е и е проведен конкурс за заемане на длъжността “директор на НЗОК”;
- Определена е обща численост на персонала на НЗОК за 2004 година, в размер на 2180 щатни бройки;

- Приет е отчетът за касовото изпълнение на бюджета на НЗОК към 31.01.2004 г.;
- Приета е инвестиционната програма на НЗОК за 2004 година;
- Приет е отчетът за касовото изпълнение на бюджета на НЗОК към 28.02.2004 г.;
- Взето е решение за провеждане на конкурс за заемане на длъжността “директор” в РЗОК – София град, София област, Кюстендил, Плевен, Велико Търново, Ловеч;
- Приет е проект на лекарствен списък на НЗОК на НЗОК за 2005 година;
- Взето е решение за подписване на Анекс към Меморандума за съвместна дейност между НОИ и НЗОК;
- Приет е годишният финансов отчет на НЗОК за 2003 година;
- Одобрени са Правила за изменение и допълнение на “Правила за дейността на комисията в ЦУ на НЗОК и реда за извършване на експертиза по чл. 78 от ЗЗО” за внасяне в събранието на представителите;
- Определена е нова структура на ЦУ на НЗОК;
- Приета е концепция за воденето на преговори по двустранни спогодби за лечение на български граждани в чужбина и на чужденци - в България;
- Одобрени са механизмите за предприемане на действия по предложенията и разпоредбите по чл. 109, ал.1 и ал.2 от ЗЗО;
- Приета е методика за формиране на средствата за стимулиране на длъжностните лица през 2004 г., осъществяващи контролни функции в РЗОК и длъжностните лица в РЗОК, имащи отношение към контролната дейност;
- Приет е отчетът за дейността на НЗОК за първото полугодие на 2004 година;
- Одобрена е лекарствена листа-спецификация и конкурсна документация за провеждане на договаряне на лекарства;
- Приет е проект на Закон за бюджета на НЗОК за 2005 година;
- Приет е проектът на Закон за изменение на Закона за бюджета на НЗОК за 2004 година.

КОНТРОЛЕН СЪВЕТ

През 2004 година Контролният съвет, в съответствие с чл. 17, ал. 2 от ЗЗО, е упражнявал общ контрол върху дейността на Управителния съвет на НЗОК чрез присъствие на негови членове на заседанията на Управителния съвет.

ДИРЕКТОР

През 2004 година директорът на Националната здравноосигурителна каса организира и ръководи дейността на НЗОК в съответствие със Закона за здравното осигуряване, Правилника за устройството и дейността на НЗОК, решенията на Събранието на представителите и на Управителния съвет и договора за управление.

ОРГАНИ НА УПРАВЛЕНИЕ НА НЗОК
за периода 01.01. – 31.12. 2004 година

Събрание на представителите

Представители на държавата:

Кирил Ананиев
Д-р Петко Салчев
Проф. д-р Генчо Начев
Николай Попов
Доц. д-р Виктор Златков
Севдалин Мавров
Тодор Диманов
Д-р Байчо Байчев
Анита Ангелова
Ирена Павлова
Светлана Пройнава
Емил Райнов
Александър Цокев
Румен Симеонов
Любомир Дацов
Решат Мехмедов
Севинч Солакова
Доц. д-р Джансаран Ходжаджик - Пелова

Представители на осигурените:

Д-р Желязко Христов
Димитър Нинов
Чавдар Христов
Диана Ангелова
Д-р Евгени Душков
Владимир Бояджиев

Представители на работодателите:

Петър Денев
Спас Панчев
Ваня Тодорова
Проф. д-р Владимир Пилософ
Христо Григоров
Минчо Коралски

Представители на общините:

Асен Дюлгеров
Дилян Енкин
Д-р Емил Кабаиванов
Д-р Людмил Спасов
Д-р Марин Пейчев
Себихан Мехмед

Управителен съвет на НЗОК

Председател: Кирил Ананиев
Членове: Петър Денев
Петко Салчев
Проф. д-р Генчо Начев
Решат Мехмедов
Николай Попов
Доц. д-р Виктор Златков
Д-р Евгени Душков
Асен Дюлгеров

Контролен съвет на НЗОК

Председател: Севдалин Мавров
Членове: Доц. д-р Джансаран Ходжаджик – Пелова
Румен Симеонов
Димитър Нинов

Ръководство на НЗОК

от 01.01. до 19.01.2004 година
Директор на НЗОК Д-р Димитър Петров
от 19.01. до 06.04.2004 година
И.Д.Директор на НЗОК Д-р Иван Букарев
от 06.04. до 31.12.2004 година
Директор на НЗОК Д-р Иван Букарев
Зам.-директор на НЗОК
по медицинската дейност Д-р Глинка Комитов
Зам.-директор на НЗОК
по финансовата дейност Сезяр Февзи
Зам.-директор на НЗОК
по информационната дейност Теодор Василев
Зам.-директор на НЗОК (от 12.07.2004 г.)
по лекарствата и контрола Д-р Дечо Дечев

ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА НА НЗОК

ЦЕНТРАЛНО УПРАВЛЕНИЕ

Дейността на Централното управление (ЦУ) на НЗОК е от важно значение за ефективното и целесъобразно функциониране на администрацията на НЗОК и на нейните регионални поделения – районните здравноосигурителни каси (РЗОК). ЦУ на НЗОК ръководи районните здравноосигурителни каси и упражнява общ контрол върху тяхната дейност. На територията на страната НЗОК се представлява от директорите на РЗОК.

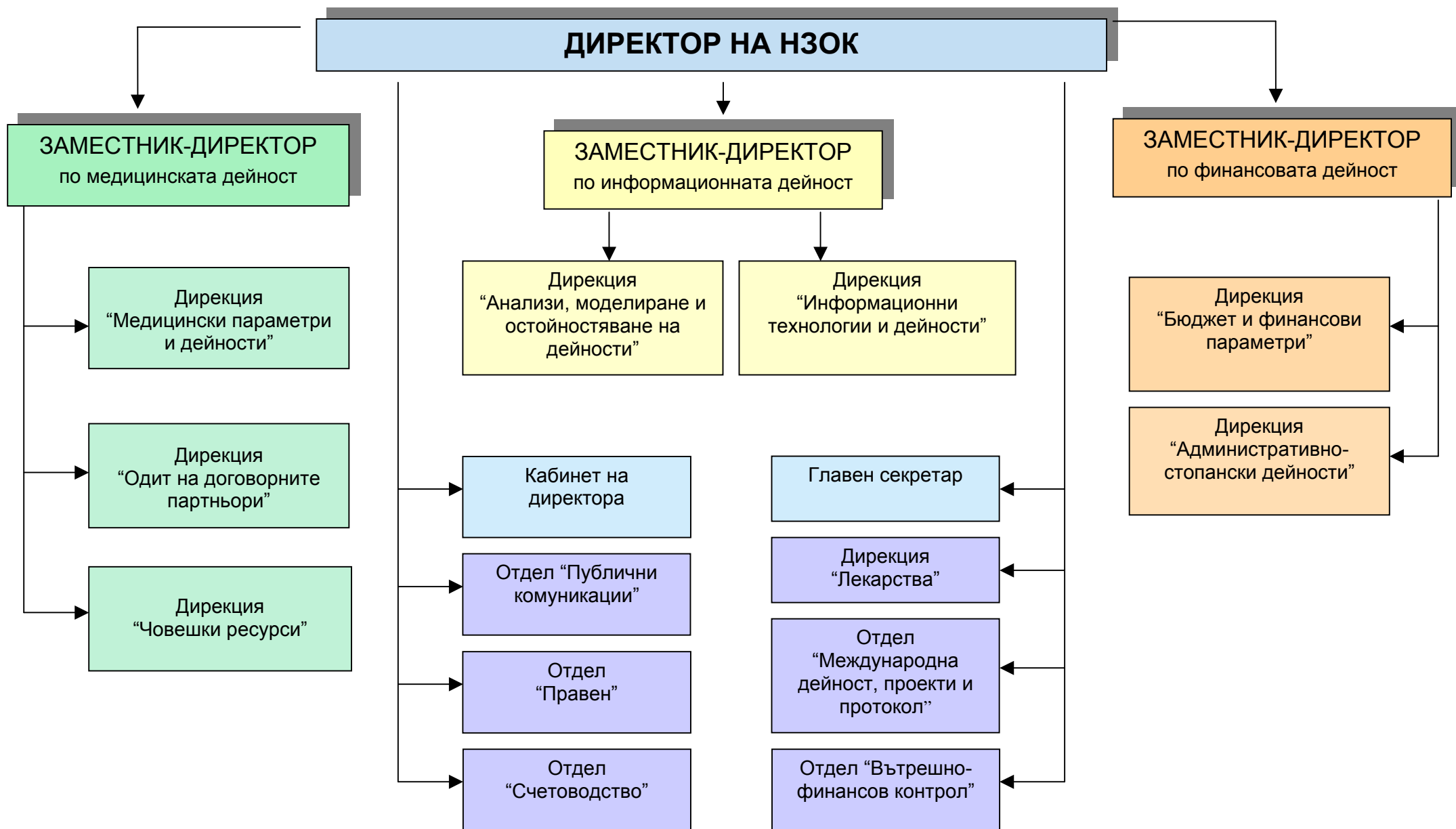
Основните дейности и функции на ЦУ на НЗОК през 2004 година са:

- Участие в подготовката на проекти за законови и подзаконови нормативни актове, имащи отношение към дейността по осъществяване на задължителното здравно осигуряване;
- Изготвяне на договори, страна по които е НЗОК; осъществяване на методично ръководство при сключване на договори от РЗОК; обобщаване и анализ на извършените процесуални действия на НЗОК пред съдилищата и другите юрисдикции;
- Изграждане на система за финансово управление и контрол, осигуряваща добро финансово управление и прозрачност;
- Изпълнение на изискванията на Закона за счетоводството по отношение на спазването на националните счетоводни стандарти, съхранението, отчитането и контролирането на дълготрайните материални активи, строителството и ремонта на недвижимата собственост. Методическо ръководство и контрол за изпълнението на изискванията на Закона от страна на РЗОК;
- Планиране, подготовка, администриране и координиране на проекти по проблемите на европейската интеграция, проучването на общественото мнение, връзката с осигурените лица по въпроси, свързани със задължителното здравно осигуряване;
- Проучване, систематизиране, планиране и организиране на участие в международни и вътрешни прояви, свързани с дейността на НЗОК; осъществяване на необходимата за целта протоколна дейност, включително поддържане на връзка и обмен на информация с държавния протокол на Република България и протоколните звена на другите ведомства, дипломатически представителства и представителствата на международните организации, акредитирани в България;

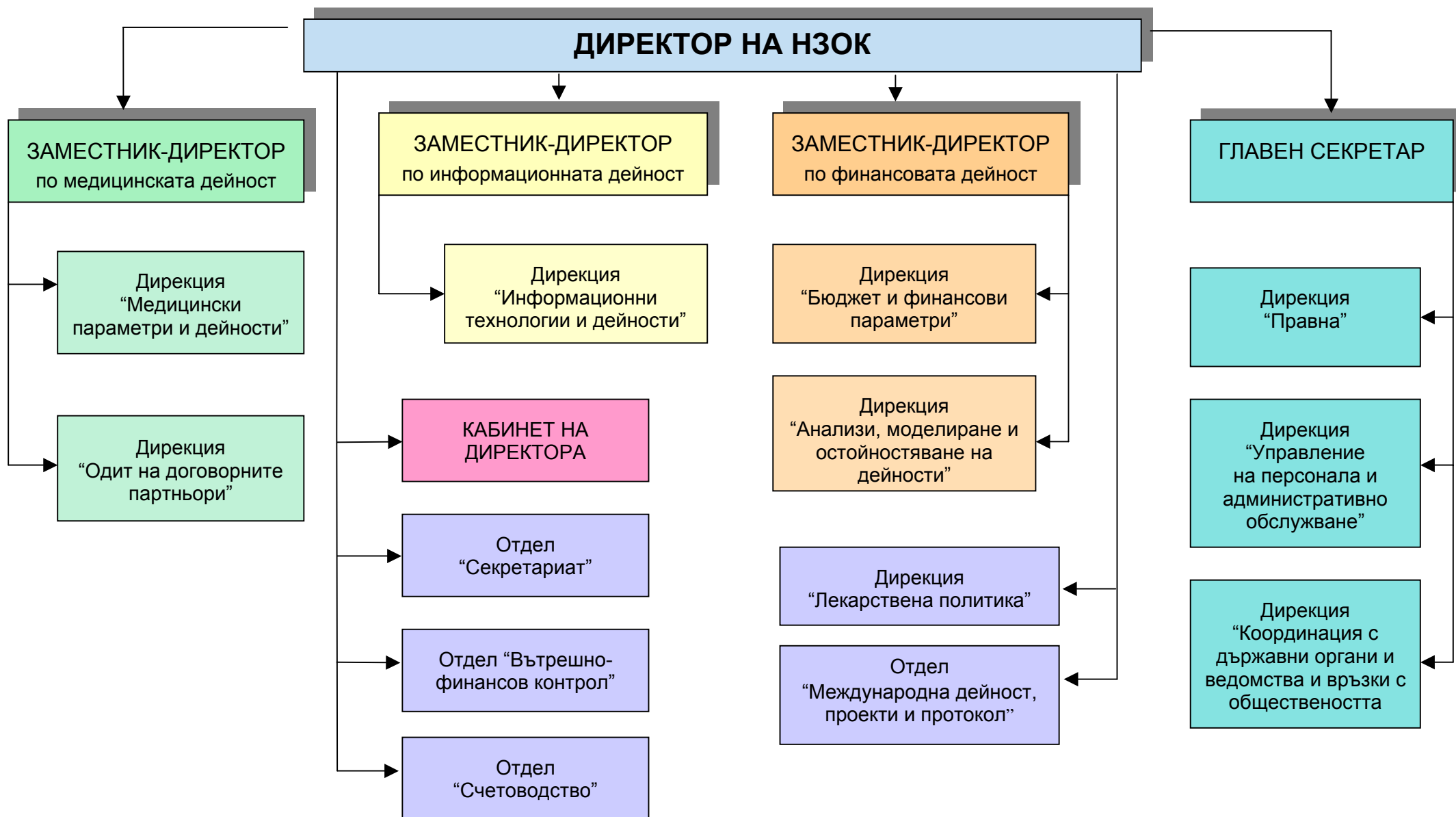
- Гарантиране сигурността на дейностите на НЗОК, изготвяне на отбранително-мобилизационни планове и разчети и осигуряване на транспортното обслужване и комуникациите на НЗОК;
- Анализ, прогнозиране и планиране на потребността от кадри за администрацията на ЦУ на НЗОК и за РЗОК, обучението и повишаването на професионалната им квалификация. Поддържане на документацията за персонала, разработване на функционални и длъжностни характеристики, създаване и поддържане на досиета на служителите;
- Изготвяне на отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК през 2003 година, разчети за приходите и разходите на НЗОК през 2004 година, проект на бюджета на НЗОК за 2005 година, промени, съгласуване и утвърждаване на бюджетите на РЗОК за 2004 година, управление на резерва и инвестиционните разходи на НЗОК и РЗОК през 2004 година;
- Извършване на проверки по законосъобразността на извършените разходи и приходите на НЗОК и РЗОК, включително на жалби на осигурени лица и работодатели, контролиране на изпълнителите на медицинска помощ по изпълнение на сключените договори с РЗОК;
- Изготвяне на анализ, прогнози и планове от финансова и медицинска гледна точка на здравноосигурителната дейност и резултати;
- Разработване и прилагане на технологии за остойностяване на здравни дейности и медицински услуги, на модели и цени за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ, във връзка с НРД 2005 и следващи рамкови договори;
- Подготовка и участие в преговори със съсловните организации за подписване на НРД 2005;
- Методическа помощ, координиране и контрол на дейността на РЗОК. Методическо ръководство върху дейността на длъжностните лица от РЗОК - финансови инспектори и лекари - контрольори;
- Информационно осигуряване чрез националната информационна система на НЗОК – разработката на концепция и техническо задание за изграждане на интегрирана информационна система, осигуряване на обмена на информация с РЗОК, изграждане и поддръжка на регистрите и архива на НЗОК, обработка и анализ на необходимата информация за осъществяване на дейността.

Организационната структура на ЦУ на НЗОК (дирекции и самостоятелни отдели) през 2004 година беше реорганизирана на 2 етапа (виж фигури 1 – 3).

фиг. 1. Организационна структура на ЦУ на НЗОК, в сила до 01.03.2004 година



фиг. 2. Организационна структура на ЦУ на НЗОК, в сила от 01.03.2004 до 01.10.2004 година



фиг. 3. Организационна структура на ЦУ на НЗОК, в сила от 01.10.2004 година



РАЙОННИ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ КАСИ

На територията на страната Националната здравноосигурителна каса се представлява от директорите на РЗОК.

Основните дейности и функции на РЗОК през 2004 година са свързани с:

- Осъществяване на задължителното здравно осигуряване в изпълнение на НРД 2003 на съответната територия;
- Анализ на здравето състояние и потребностите на населението на територията на съответната РЗОК;
- Осъществяване на медицински и финансов контрол върху изпълнението на договорите от договорните партньори на съответната територия;
- Информационно осигуряване на обмена на данни и за нуждите на управлението на процесите в РЗОК;
- Изготвяне и предоставяне на ЦУ на НЗОК на информация за дейността и за възникналите проблеми.

През 2004 година с решения на УС на НЗОК бяха обявени конкурси за длъжностите “директор” на РЗОК - София област, РЗОК - София град, РЗОК - Кюстендил, РЗОК - Плевен, РЗОК - Велико Търново и РЗОК - Ловеч. Конкурсите бяха проведени своевременно и УС даде съгласие директорът на НЗОК да сключи споразумение на основание на чл.107 от КТ със спечелилите конкурсите, както следва:

- директор на РЗОК - Кюстендил - д-р Христо Кознички.
- директор на РЗОК – София област - д-р Цонко Цолев.
- директор на РЗОК - Плевен - д-р Димитър Куцаров.
- директор на РЗОК – София град - д-р Мариета Райкова.
- директор на РЗОК - Велико Търново - Ивайло Досев.
- директор на РЗОК - Ловеч - Георги Стефанов.

Бяха предприети действия по оценка на натовареността и необходимостта от реструктуриране на общински офиси.

Директори на РЗОК

РЗОК	Директор
Благоевград	Д-р Ангел Борисов Каркелов
Бургас	Д-р Чавдар Христов Карабаджаков
Варна	Д-р Станимир Димитров Киряков
Велико Търново	Елена Казанджиева – до 15.03. Ивайло Иванов Досев – от 15.03. (до 27.07. като И.Д.)
Видин	Д-р Владимир Иванов Вълчев
Враца	Д-р Соня Димитрова Съботинова
Габрово	Захари Илиев Дошков
Добрич	Д-р Бисерка Атанасова Пачолова
Кърджали	Адлен Шукри Шевкед
Кюстендил	Сашо Христов Котев – до 21.04. Д-р Христо Стилиянов Кознички – от 21.04.
Ловеч	Д-р Донка Пенчева Минкова – Иванова – до 18.05. Георги Бенев Стефанов – от 18.05. (до 10.11. като И.Д.)
Монтана	Станчо Венелинов Манчевски
Пазарджик	Д-р Васил Иванов Попов
Перник	Д-р Диана Недялкова Йорданова
Плевен	Д-р Симеон Цонков Янчев - до 25.02. Д-р Красимир Георгиев Георгиев – от 01.03. до 17.05. (като И.Д.) Д-р Димитър Стоянов Куцаров - от 17.05.
Пловдив	Д-р Александър Борисов Димитров
Разград	Д-р Камелия Станева Якимова
Русе	Д-р Орлин Ангелов Геров
Силистра	Д-р Снежанка Николова Нончева
Сливен	Д-р Андон Андонов Василев
Смолян	Д-р Кузман Иванов Гелов
София-град	Д-р Иван Димитров Букарев - до 19.01. Д-р Мариета Райкова Йотинска – от 19.01. (до 07.06. като И.Д.)
София-област	Любомир Иванов Стефанов – до 27.04. - като И.Д. Д-р Цонко Илиев Цолев – от 27.04.2004.
Стара Загора	Д-р Славка Станкова Йорданова
Търговище	Иван Христов Китанов
Хасково	Д-р Павлина Стоянова Куюмджиева
Шумен	Д-р Йорданка Величкова Пенкова
Ямбол	Д-р Ирена Георгиева Тошева

Общински офиси

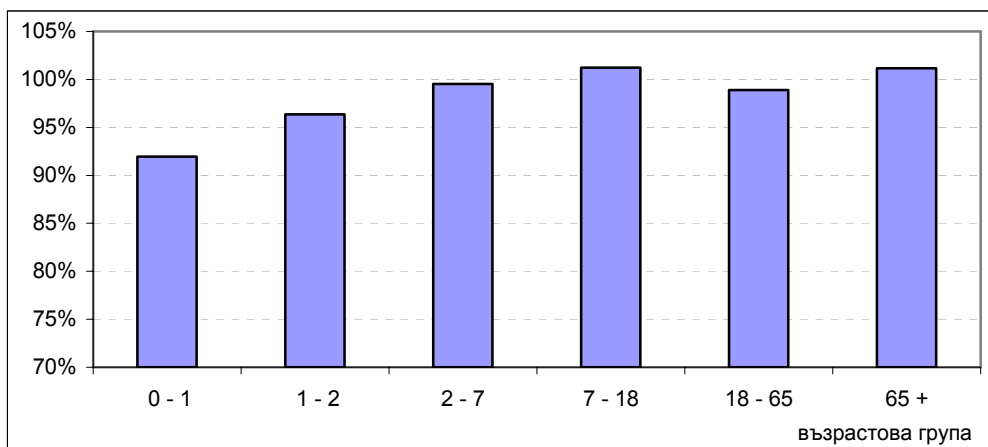
РЗОК	Разкрити офиси в общини:
Благоевград	Петрич, Сандански, Разлог, Гоце Делчев, Сатовча
Бургас	Айтос, Руен, Средец, Карнобат, Малко Търново, Поморие
Варна	Провадия, Дългопол, Девня, Долни Чифлик, Аксаково
Велико Търново	Горна Оряховица, Елена, Павликени, Полски Тръмбеш, Свищов
Видин	Белоградчик, Кула
Враца	Козлодуй, Оряхово, Бяла Слатина, Мездра
Габрово	Севлиево, Трявна, Дряново
Добрич	Балчик, Генерал Тошево, Каварна, Тервел
Кърджали	Ардино, Черноочене, Кирково, Крумовград, Момчилград
Кюстендил	Бобов дол, Дупница
Ловеч	Летница, Троян, Тетевен, Луковит
Монтана	Берковица, Вълчедръм, Лом
Пазарджик	Велинград, Пещера, Септември, Панагюрище
Перник	Радомир
Плевен	Белене, Гулянци, Долни Дъбник, Долна Митрополия, Левски, Червен бряг, Кнежа
Пловдив	Асеновград, Карлово, Марица, Първомай, Раковски, Съединение, Родопи, Садово, Стамболийски, Хисар
Разград	Кубрат, Лозница, Исперих, Завет
Русе	Бяла, Ветово (до 31.08.), Две могили (до 31.08.)
Силистра	Главиница, Дулово, Тутракан
Сливен	Твърдица, Нова Загора, Котел
Смолян	Мадан, Девин, Доспат, Златоград
София град	ДКЦ XX - Красно село, ДКЦ XXV - Младост, ДКЦ XVIII - Подуяне, ДКЦ XII - Люлин, ДКЦ VIII - Надежда
София област	Сливница, Своге, Самоков, Пирдоп, Ботевград, Ихтиман
Стара Загора	Казанлък, Чирпан, Раднево, Гълъбово, Гурково
Търговище	Омуртаг, Попово, Антоново
Хасково	Димитровград, Любимец, Харманли, Тополовград, Ивайловград
Шумен	Велики Преслав, Каолиново, Нови пазар
Ямбол	Елхово, Болярово, Стралджа

ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА ДЕЙНОСТ

РЕГИСТРИРАНИ И ОСИГУРЕНИ ЛИЦА

През 2004 година общият брой на регистрираните при ОПЛ лица надхвърля 99% от общото население на страната по данни на НСИ за периода, което е причина за изостряне на вниманието към проверката на регистъра на ЗЗОЛ. От друга страна, данните за регистрирани ЗЗОЛ по възрастови групи показват голяма вариация (фиг.1). Обезпокоителни са данните за изключително ниския процент на регистрираните лица до 1-годишна възраст, въпреки че техните вноски са гарантирани от държавата. От друга страна, регистрацията над 100% във възрастовите групи от 7 до 18 години и над 65 години показва необходимост от по-детайлно сверяване на информацията на двете институции.

Фиг. 4. Дял на регистрираните при ОПЛ лица през 2004 година спрямо населението към 31.XII.2003 г., по възрастови групи



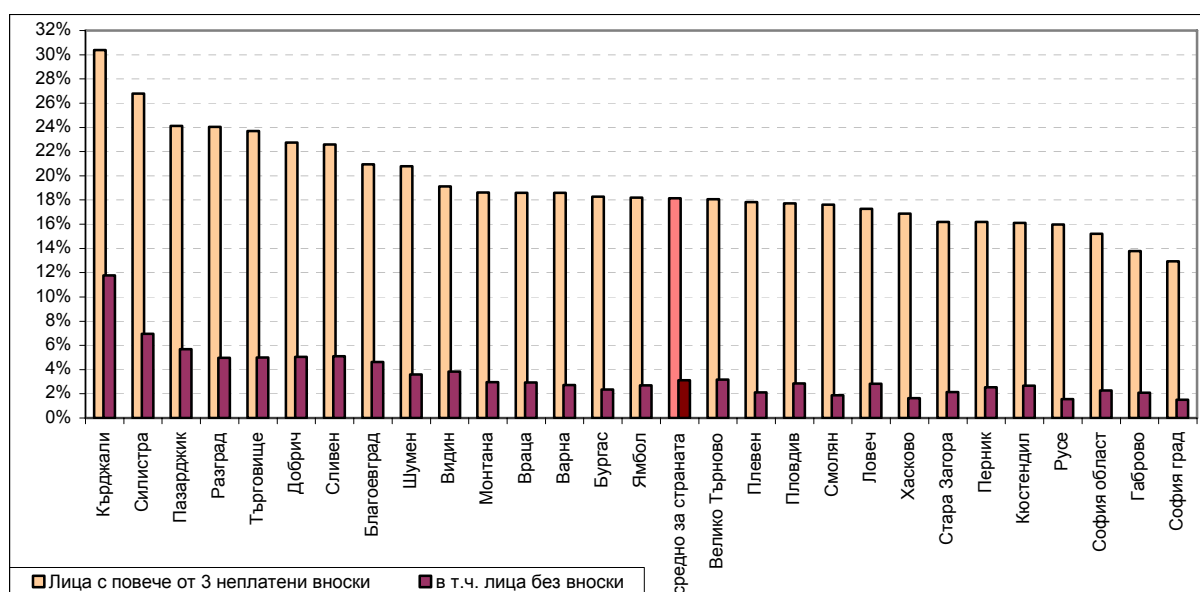
В края на петата година от своето функциониране системата на задължително здравно осигуряване започна да се отърсва от “гратисчийството”. По данни на НОИ през 2004 година преди въвеждането на рестриктивните мерки (от 1 октомври) около 28% от регистрираните при ОПЛ дължат повече от три вноски, като около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

В резултат на законодателните промени и предприетата кампания от страна на НЗОК за ограничаване и премахване на “гратисчийството” броят на лицата с нарушени осигурителни права намалява, но твърде бавно. По данни от Персоналния регистър на НОИ през 2004 година 104 554 лица (или 4.6% от лицата с нарушени осигурителни

права) са разсрочили задълженията си по неплатени здравноосигурителни вноски, като от тях 42% са погасили изцяло задълженията си, а 49% не са платили нито едно от разсрочените плащания.

По области картината на неосигуреността показва големи различия. Процентът на лицата с повече от 3 пропуснати вноски през последните 15 месеца варира от 13% в София - град до 30% в област Кърджали. Наблюдава се ясно изразена взаимовръзка между броя на лицата, загубили здравноосигурителни права и тези с нито една платена вноска, особено за областите с над средната за страната неосигуреност.

Фиг. 5. Дял на лицата с повече от 3 неплатени вноски за последните 15 месеца и без нито една вноска към декември 2004 година, спрямо регистрираните при ОПЛ лица по области



Основните причини за големия брой български граждани без нито една здравна вноска или с прекъснати осигурителни права са:

- Редът за ежемесечно внасяне на вноските, който затруднява лицата с неритмични и сезонни доходи;
- Отпадането на възможността за осигуряване на неосигурени на друго основание членове на семейството;
- Неизпълнението на задълженията по социално и здравно осигуряване от страна на работодателите и ведомствата – неплащане на трудови възнаграждения и съответно на осигуровки, неподаване на декларация за лицата, за които се плащат осигуровки – през 2004 година 227 084 лица (или 10% от лицата с нарушени права) са възстановили здравноосигурителните си права след подаване на документи за платени вноски. По последни данни от Персоналния регистър на НОИ към 31.12.2004 г. 9.7% от лицата без нито една

вноска през последните 15 месеца са били осигурени като безработни, други 10.14% са били осигурявани от Републиканския бюджет, съгласно чл. 40 ал. 2 на ЗЗО - т.е. като принадлежащи към социални контингенти;

- Наличието на голям брой продължително отсъстващи от страната лица само с българско гражданство, които не знаят за задълженията си по Закона за здравното осигуряване;
- Наличието на самоизключващи се от обществото маргинални групи хора, повечето от които нямат постоянен адрес, и на които липсва каквато и да било осигурителна култура.

През 2004 година редът и условията за оказване на медицинската и стоматологична помощ на здравноосигурените лица и нейното заплащане от НЗОК продължават да се регламентират от НРД 2003.

ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Съгласно НРД 2003 НЗОК заплащаше договорената и извършената дейност на изпълнителите на първична медицинска помощ по следните елементи:

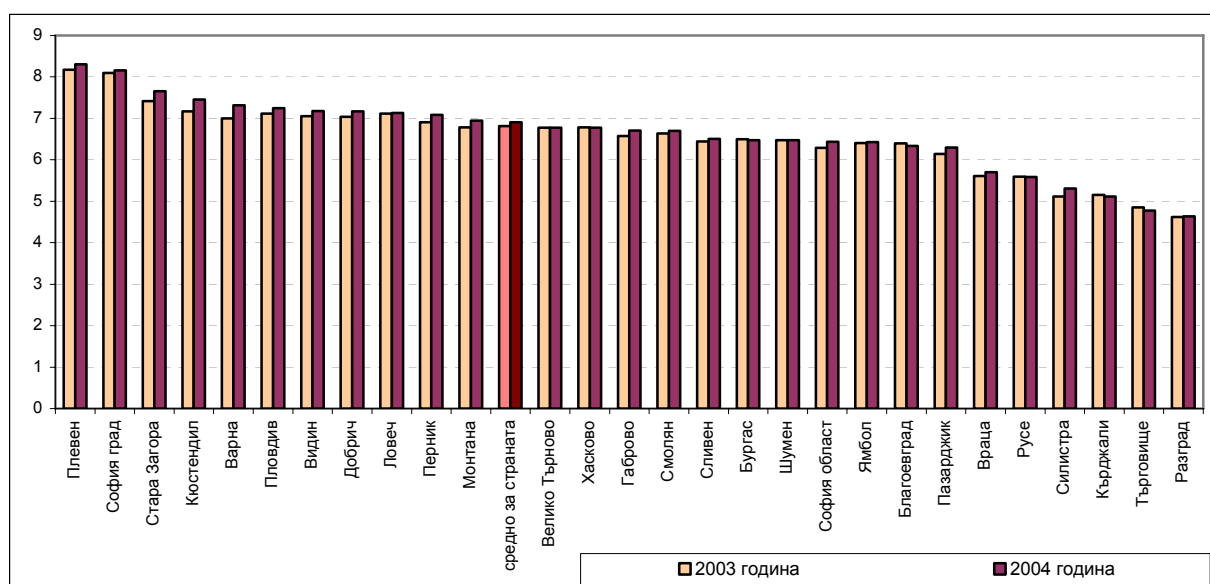
1. Медицинско обслужване на ЗЗОЛ, включени в регистъра на изпълнителя - на база брой регистрирани лица по възрастови групи;
2. Профилактична дейност по приоритетни програми “Детско здравеопазване”, “Майчино здравеопазване” и за недиспансеризирани лица над 18-годишна възраст - за извършен профилактичен преглед и имунизация;
3. Диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ, включени в регистъра на изпълнителя - на база брой диспансеризирани лица;
4. Медицинско обслужване на ЗЗОЛ от друг здравен район, обърнано се към изпълнителя инцидентно по повод на медицински проблем - за отчетен преглед;
5. Заплащане за работа в неблагоприятни условия;
6. Допълнително заплащане в случаите на неусвояване на годишния бюджет на НЗОК за първична медицинска помощ.

Динамиката в системата на предлагане на първична медицинска помощ (брой лекари и лечебни заведения) е най-слабо изразена в сравнение с останалите видове медицинска дейност извършвани по договор с НЗОК. Интересът на лекарите за работа

като общопрактикуващи лекари извън големите градове е много слаб поради големите отговорности, произтичащи от пакета, който трябва да извършват, както и от обективни инфраструктурни фактори.

Броят на ОПЛ, работещи по договор с НЗОК (5350 лекари), е достатъчен, за да се покрият общите нужди на населението от ПИМП. Междубластните различия на осигуреността с общопрактикуващи лекари са много малки (коефициент на Джини 0.07) и два пъти по-ниски от тези при общопрактикуващите стоматолози и специалистите, което показва, че мрежата за първична медицинска помощ като основно звено на здравната реформа е добре изградена в страната и осигурява добра териториална достъпност.

Фиг. 6. Осигуреност с ОПЛ на 10 000 ЗЗОЛ по области за 2003 и 2004 година



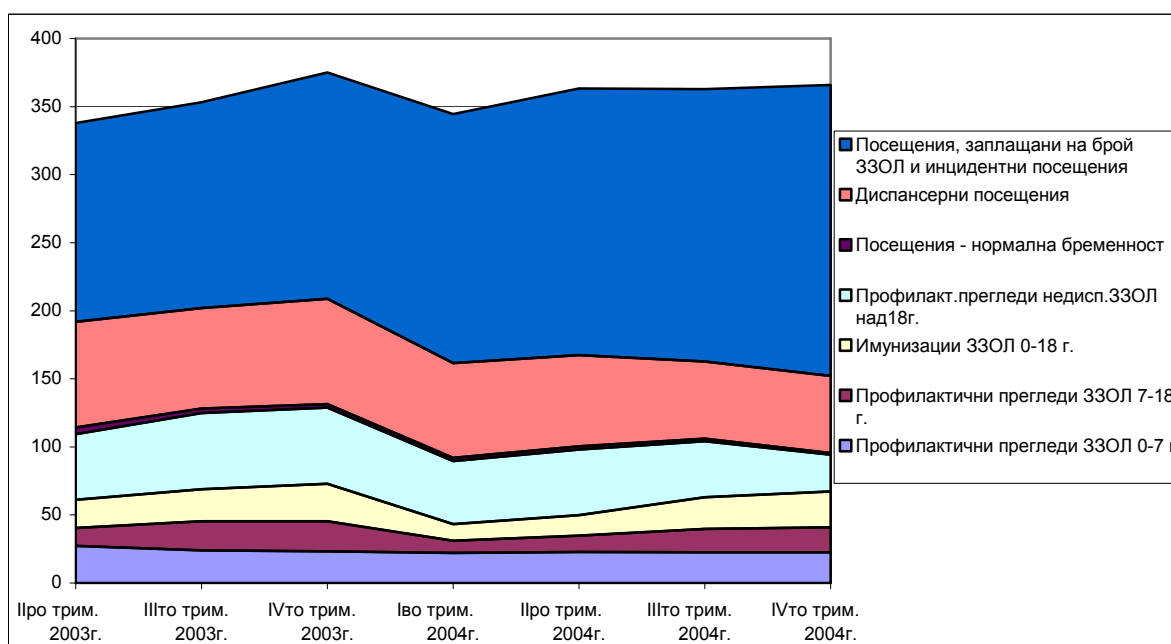
От друга страна, въпреки че през периода се запълват осем незаети практики в малки населени места и неблагоприятни райони, броят на ОПЛ, работещи при неблагоприятни условия (1567 ОПЛ към края на 2004 година), намалява с 4% спрямо предходната година, което показва, че системата от стимули, прилагана в НРД 2003, е недостатъчно ефикасна, за да засили заинтересоваността на лекарите за работа в отдалечени, високопланински и други населени места, класифицирани като неблагоприятни. Изваждането на неосигурените лица от списъците на много ОПЛ е допълнителен фактор, който води до икономическа нестабилност на практиките и до отказ от работа в малки населени места с голям брой неосигурени лица.

Сред ОПЛ, работещи по договор с НЗОК, се наблюдава повишен интерес за участие в групови практики, което е признак за възможно окрупняване на първичната медицинска помощ с цел по-висока ефективност и стабилност на структурите. Все още

обаче доминира индивидуалната форма на първичната практика (82.8% от ОПЛ), което води до по-слаби икономии от мащаба и икономическа нестабилност.

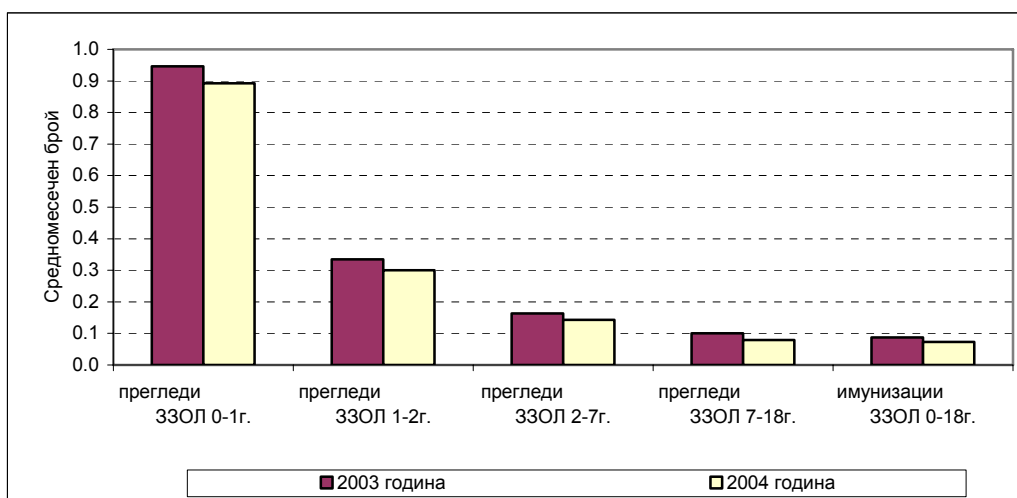
Отчита се стабилизиране в средномесечната натовареност на ОПЛ с различни видове дейности по договор с НЗОК. Активизира се лечебната дейност на ОПЛ и особено дейността, заплащана капитационно (нарастване с 9% спрямо 2003 година), което от една страна се дължи на по-добрата отчетност на лекарите, а от друга - може да се оцени като израз на разходната ефективност, която постига НЗОК чрез прилагане на капитационния метод за заплащане на ОПЛ при нарастваща обръщаемост при остра заболеваемост.

Фиг. 7. Динамика на средномесечната натовареност на един ОПЛ за периода на действие на НРД 2003



Поради ниска обръщаемост на гражданите и слабата активност на ОПЛ в областта на профилактиката, намалява броят на задължителните профилактични прегледи (с 13% спрямо 2003 година) и имунизации (със 17%). В отделни области (Силистра, Габрово и Русе) се отчита общо неизпълнение на задължителните профилактични прегледи и имунизации по програма "Детско здравеопазване" по всички възрастови групи, което налага предприемане на коригиращи мерки.

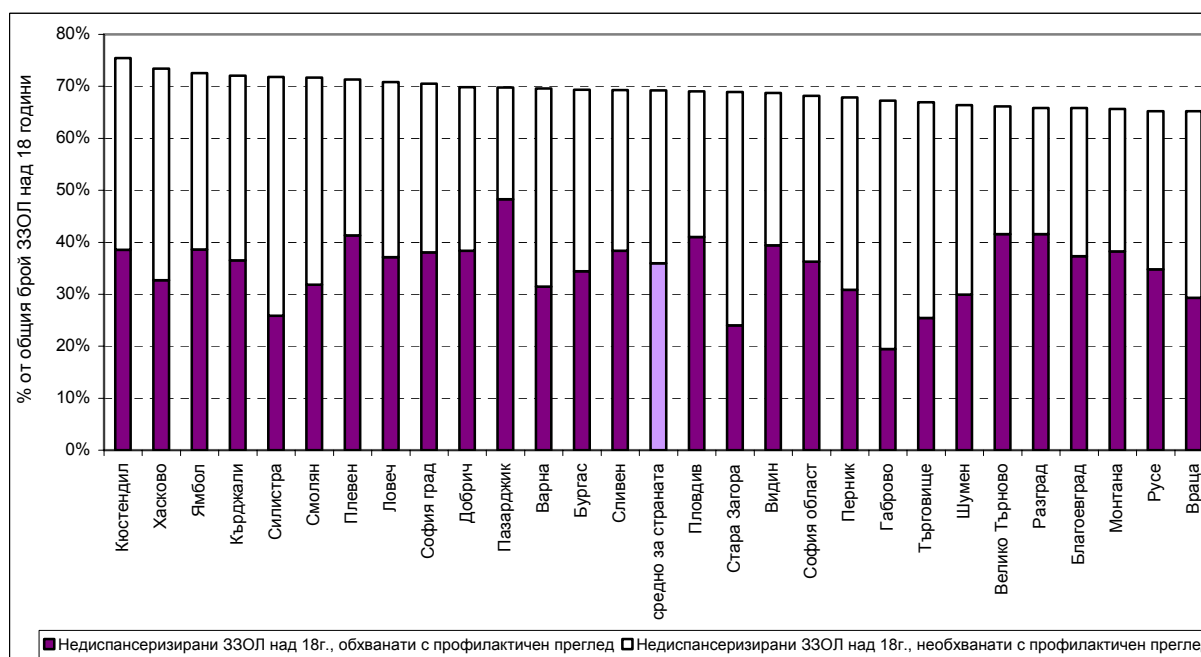
Фиг. 8. Профилактична дейност на ОПЛ за едно ЗЗОЛ от 0 до 18-годишна възраст, по възрастови групи, за периода на действие на НРД 2003



Отчита се спад в броя на прегледите на една бременна и на едно диспансеризирано лице в повечето области. Възможно решение е предлагането на стимулираща цена в следващи рамкови договори.

От друга страна се отчита задоволително обхващане на недиспансеризираните ЗЗОЛ над 18-годишна възраст с профилактична дейност (52% от подлежащите, при планирани 50% за годината), което ще изисква да се планират по-високи нива на обръщаемост към профилактични прегледи при недиспансеризираните лица.

Фиг. 9. Профилактична дейност на ОПЛ при недиспансеризирани ЗЗОЛ над 18-годишна възраст през 2004 година



Рамковите договорености не позволяват данните за извършената дейност да се обвържат с данни за резултати от нея. Необходимо е да се предвиди в бъдещо НРД получаването на обобщена информация за медицинските резултати от извършената профилактика на недиспансеризираниите ЗЗОЛ над 18-годишна възраст. Все още е непълна отчетността на ОПЛ за цялостната извършена дейност, което не дава възможност за точна оценка на ефектите от капитационното заплащане.

СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Съгласно НРД 2003 Националната здравноосигурителна каса заплаща СИМП за ЗЗОЛ, насочено към лекар специалист от ОПЛ или от друг специалист по следния начин:

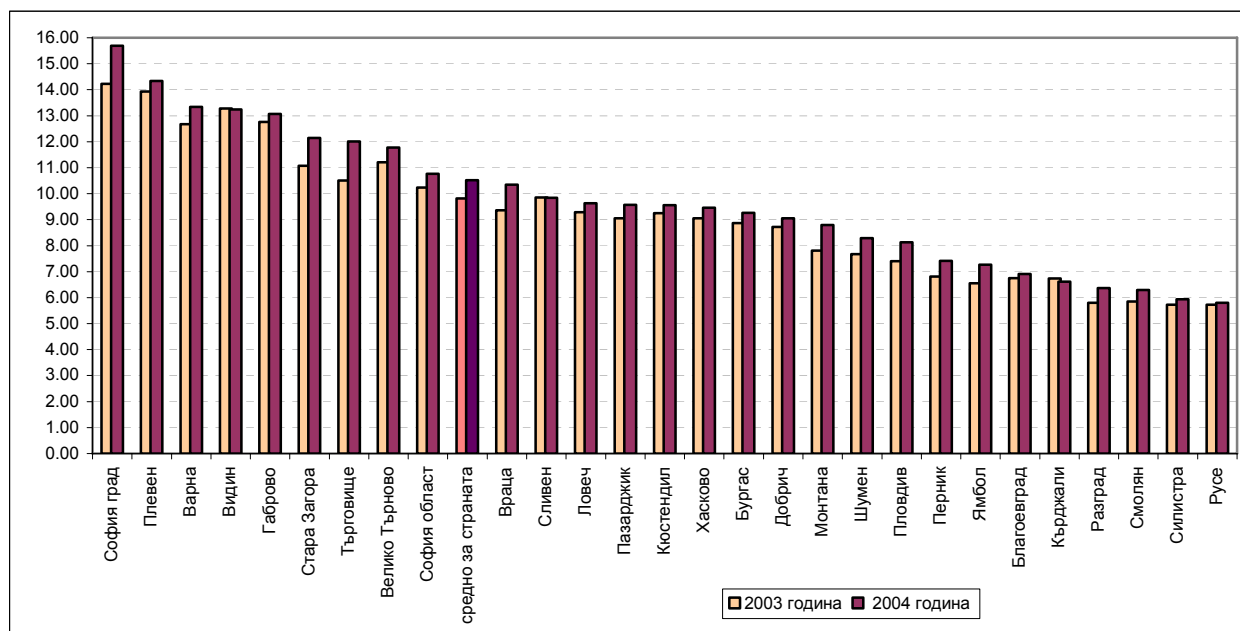
1. Консултации и съвместно лечение на ЗЗОЛ от лекар специалист - на база първични и вторични посещения;
2. Диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ за заболявания, подлежащи на диспансеризация от лекар специалист - на база посещение;
3. Диспансерно наблюдение на бременността - на база посещение;
4. Физикална терапия и рехабилитация - на база физиотерапевтичен курс на лечение;
5. Високоспециализирани медицински дейности - заплащане за вид дейност;
6. Лекарски преглед по повод експертиза на работоспособността – на база преглед;
7. Допълнително заплащане в случаите на неусвояване на годишните бюджети за специализирана извънболнична медицинска помощ.

Предлагането на специализирана извънболнична медицинска помощ продължава да се разширява, като спрямо предходната година се отчита нарастване със 7% на броя на специалистите и с 11% - на лечебните заведения, работещи по НРД 2003. Паралелно се наблюдава подобряване в осигуреността със специалисти в почти всички области, като продължава тенденцията (от 2002 година) на намаляване на междуобластните различия в осигуреността със специалисти – коефициентът на Джини се подобрява (от 0.171 през 2002 г. на 0.141 през 2004 г.), както и квантилният коефициент на диференциация.

Изпълнението на НЗК е над 100% по почти всички специалности. По-малък е наличният брой на специалистите, работещи в ЛЗ за СИМП от специалности по вътрешни болести, клинична токсикология, медицинска паразитология, неврохирургия,

което не представлява проблем за покриване на здравните потребности в тези области.

Фиг. 10. Осигуреност със специалисти на 10 000 ЗЗОЛ по области, за периода 2003 – 2004 година



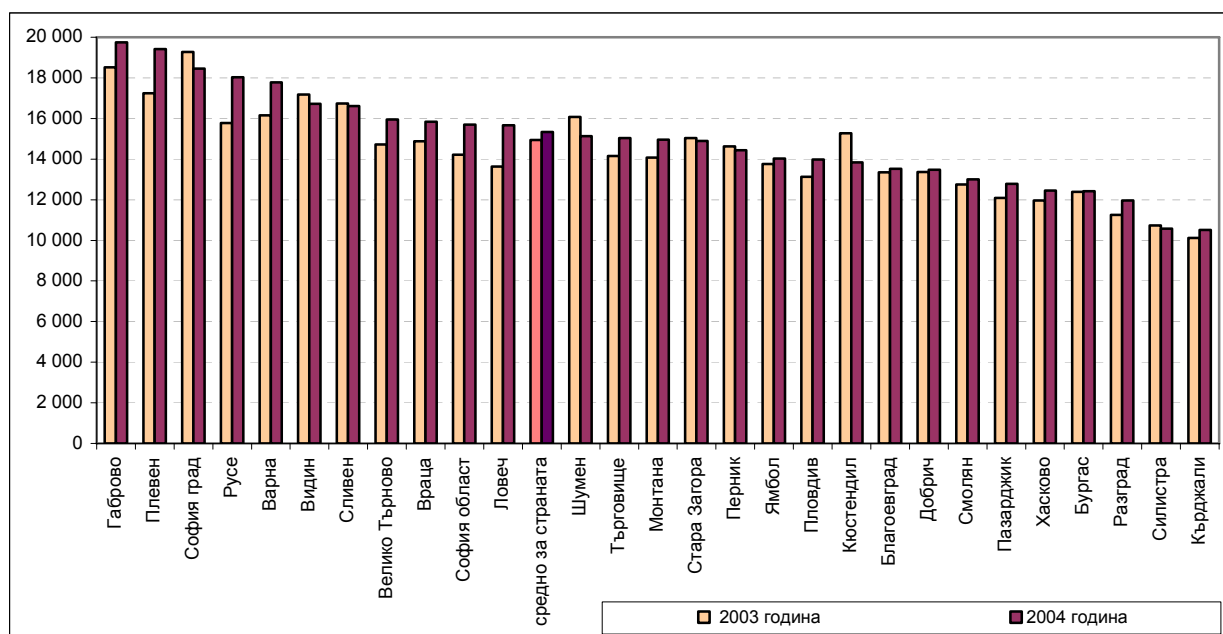
Като цяло отчетената дейност от специалисти не показва големи колебания спрямо 2003 година. Наблюдава се общо нарастване в броя на посещенията при специалист с 2%, което се дължи основно на нарастването на първичните посещения (с 6%) в отговор на по-голямото търсене. Тези малки промени са израз на постепенно подобряване на достъпа на ЗЗОЛ до специалист и по-добро задоволяване на здравните потребности в рамките на ограничения бюджетен ресурс. Подобни резултати показва и проведеното анкетно проучване (подготвено и обработено от дирекция “Медицински параметри и дейности” и отдел “Публични комуникации” в НЗОК) - 25% от респондентите въобще не са били на преглед при специалист, а около 1/3 са били по веднъж или по 2-3 пъти. За разлика от други страни с дълги листи на чакащи за специалист, в България не се отчитат подобни явления. Около 60% от пациентите преминават на преглед при специалист в същия ден на обръщането. Само 1/3 от отговорилите обаче са склонни да заплатят за преглед или манипулация в случай на по-дълго чакане.

Средномесечната натовареност на един специалист, работещ по договор с НЗОК, през 2004 година (124 посещения на месец) намалява с 5.4% спрямо 2003 година в резултат на изпреварващото нарастване на броя на специалистите, работещи в СИМП, в сравнение с нарастването на общото потребление.

През 2004 година се променя тенденцията на намаляване на различията в потреблението на извънболнична специализирана помощ по области, която се

наблюдаваше от 2001 до 2003 година включително. Коефициентът на Джини (приложен към броя прегледи при специалисти на 10 000 ЗЗОЛ) е 0.085 и е по-висок от този за 2003 година (0.073), което е израз на предпочитанията на хората към по-високо ниво на квалификация на специалистите в централните с медицински университети и областните градове.

Фиг. 11. Реализирани посещения при специалист на 10 000 ЗЗОЛ по области, за периода 2003 - 2004 година



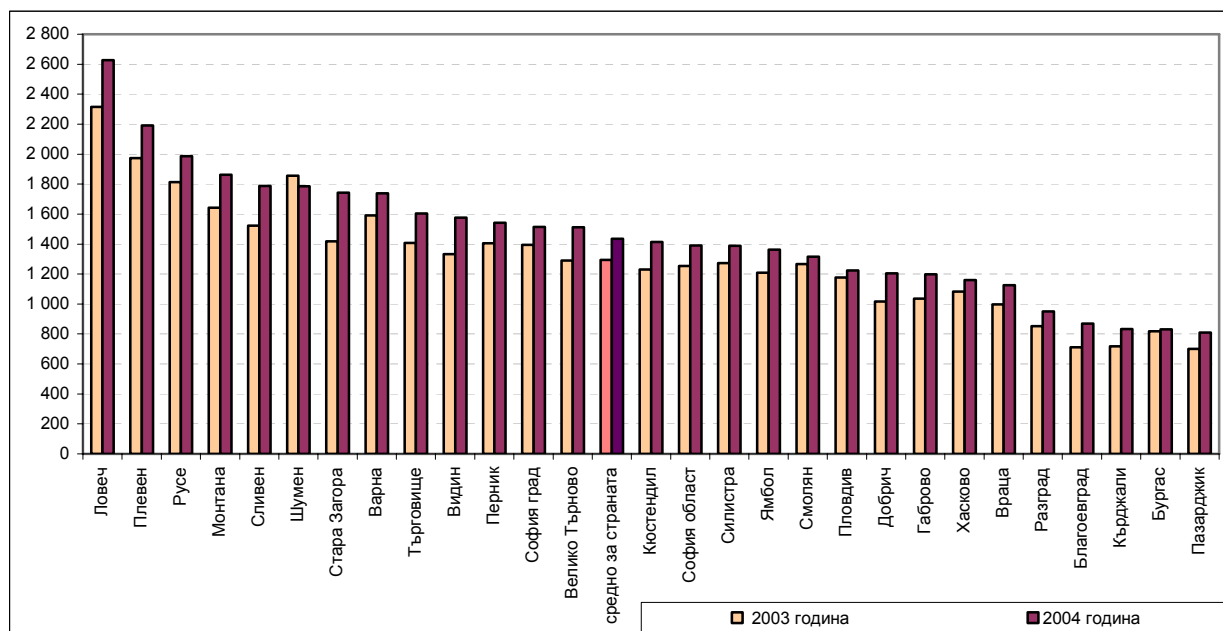
Все още основен фактор за обема на отчетената дейност на едно ЗЗОЛ по области е осигуреността със специалисти, а не здравно-демографската характеристика на осигурените лица.

Наблюдава се нарастване (с 16.7%) на диспансеризираните ЗЗОЛ при специалист, което може да се обясни с два фактора - заинтересованост на специалистите от регистриране на по-големи диспансерни листи, с цел получаване на по-високи регулативни стандарти и доходи; разкриване на скрита заболяемост. И двата фактора се нуждаят от по-детайлно анализиране и съпоставяне на тяхното компонентно действие на базата на коректна информация за болестност и заболяемост по диагнози, при елиминиране на възможностите на неверни диагнози и манипулации.

По области се регистрират големи флукуации в броя на диспансеризираните лица на 10 000 ЗЗОЛ, които трудно могат да се обяснят само със здравно-демографски причини. Увеличава се размахът на вариацията - показателят за област Ловеч надхвърля средното ниво за страната с 83%, докато в област Пазарджик нивото е 56% от средното за страната. За една година в областите Стара Загора и Благоевград е

отчетен ръст в броя на диспансеризираните лица на 10 000 ЗЗОЛ, съответно с 23% и с 22%.

Фиг. 12. Брой диспансеризирани при специалист лица на 10 000 ЗЗОЛ по области за 2003 и 2004 години



В същото време средният брой (2.19) на диспансерните посещения на едно диспансеризирано лице намалява с 20% спрямо този през 2003 година. Това, от една страна, се дължи на по-ниска обръщаемост на лицата, в много случаи като отказ от тази помощ поради ниските нива на заплащане от НЗОК на лекарства за сърдечно-съдови и други масови заболявания. От друга страна, и специалистите предявяват предпочитания за прием на пациенти с медицинско направление (бл. МЗ-НЗОК №3), което им гарантира два пъти по-висока цена.

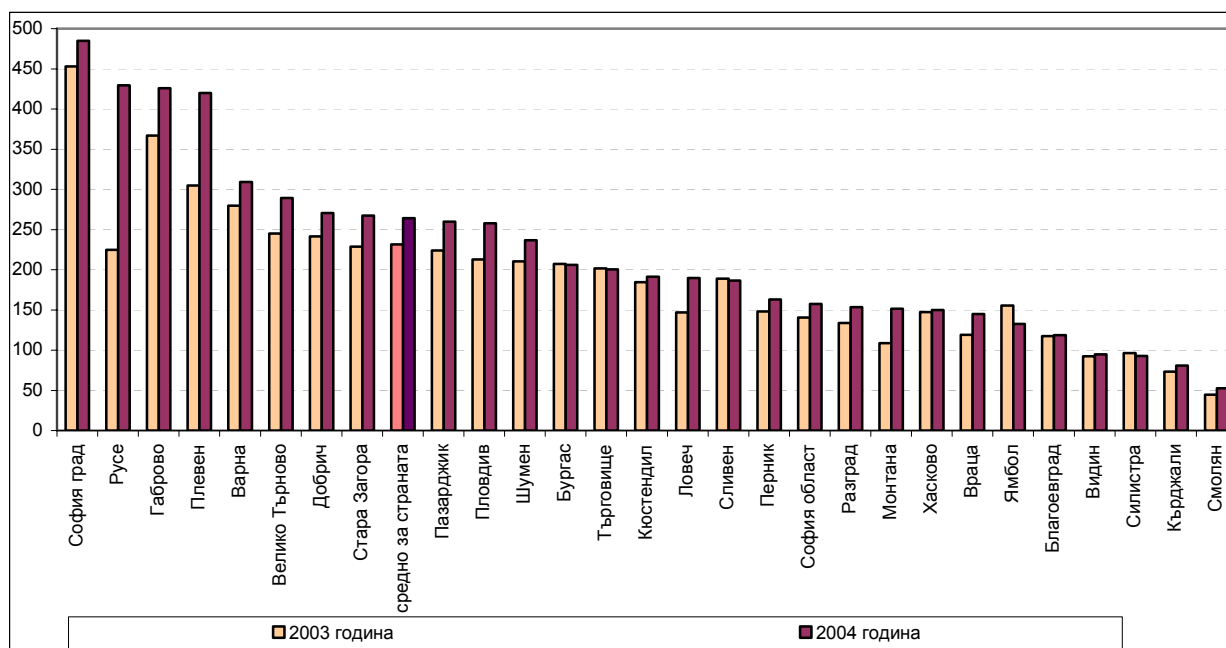
Подобрява се достъпът на бременни до специалист акушер-гинеколог. Продължава тенденцията на увеличаване на бременните, които избират лекар специалист за наблюдение на бременността – над 2/3 от бременните (с неусложнена бременност) са избрали за наблюдаващ лекар специалист по акушерство и гинекология.

Също така е подобрен достъпът до педиатрична помощ и профилните ѝ специалности, като посещенията на лица от 0 до 6-годишна възраст при специалисти по детски болести представляват 4.6% от всички посещения при специалист, спрямо 4.3% за 2003 година.

Отчетената физиотерапевтична помощ нараства с 14% спрямо 2003 година, което показва подобрене в осигуряването на рехабилитационни и възстановителни дейности на нуждаещите се лица. От гледна точка на заплащането е необходимо да бъде преразгледан смисълът на ценовата диференциация при физиотерапевтичните

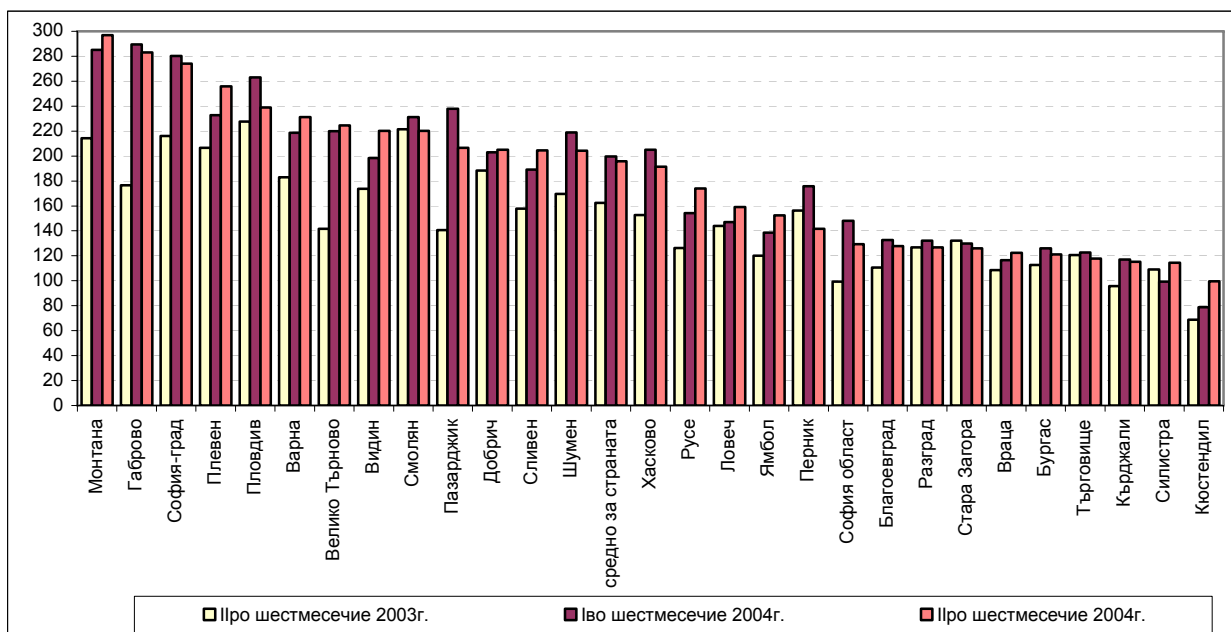
курсове в условията на деформации в отчитаните дейности, с цел попадане в групата с най-високо заплащане - наблюдава се преобладаващо отчитане и непрекъснато увеличаване на дела на най-скъпите курсове – от 81% през второто шестмесечие на 2003 година на 83% - през първото и 85% - през второто шестмесечие на 2004 година.

Фиг. 13. Реализирани физиотерапевтични курсове на 10 000 ЗЗОЛ по области, за 2003 и 2004 години



Най-голямо нарастване (21% спрямо второто полугодие на 2003 година) се отчита при високоспециализираните дейности. Една трета от специалистите имат договор и за изпълнение на ВСД, а при 3% от посещенията при специалисти (спрямо 2.1% през 2003 година) се назначават ВСД.

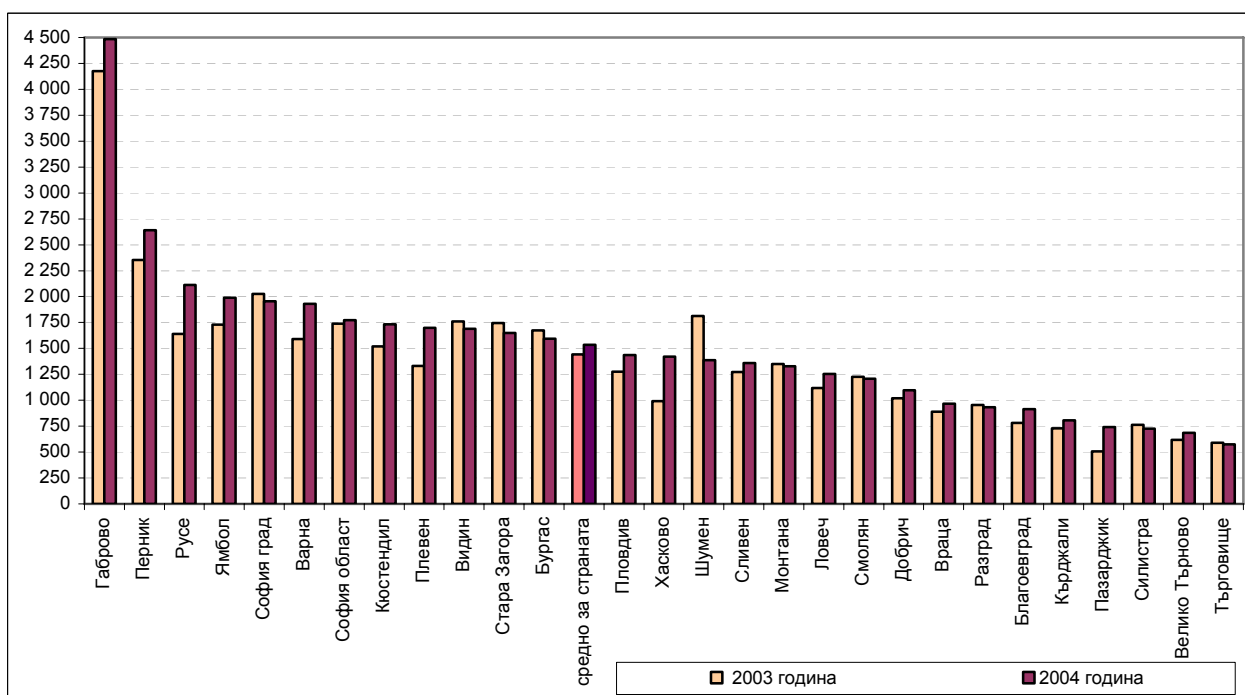
Фиг. 14. Отчетени ВСД на 10 000 ЗЗОЛ по области, за съпоставими шестмесечия



Отчетените ВСД по области индицират, че високите технологии и съвременните методи на диагностика и лечение са вече масови – прилагат се не само в клиники на медицинските университети.

Продължава разширяването на дейността в най-либералната и нерегулирана подсистема на СИМП - експертната дейност, което индуцира сериозни социални имплицитни и експлицитни разходи.

Фиг. 15. Брой прегледи във връзка с експертиза на работоспособността на 10 000 ЗЗОЛ, по области за 2003 и 2004 години



Нараства броят на прегледите във връзка с експертиза на работоспособността (с 6.4%) при запазващи се различия и огромни вариации в различните области. Например в област Габрово се отчитат 3 пъти повече прегледи за ЛКК на 10 000 ЗЗОЛ от средното ниво, а в Търговище - 38% от средното за страната.

МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

Съгласно НРД 2003 Националната здравноосигурителна каса заплаща МДД за ЗЗОЛ, насочено от ОПЛ или лекар специалист по следния начин:

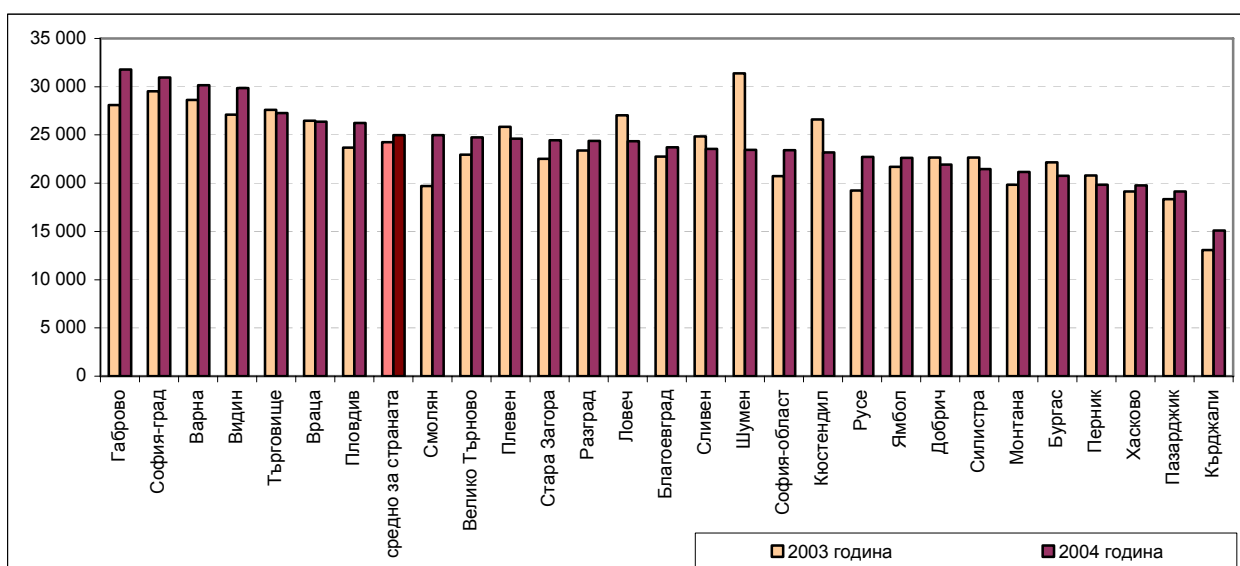
1. Медико-диагностични изследвания и високоспециализирани медико-диагностични изследвания - заплащане за вид дейност;
2. Допълнително заплащане в случаите на неусвояване на годишните бюджети за медико-диагностична дейност.

Продължава интензивното нарастване (с 42% спрямо 2003 година) на броя на изпълнителите на МДД по договор с НЗОК, което от една страна ще подобри достъпността на ЗЗОЛ до лаборатории, но от друга - ще засили натиска върху бюджета на НЗОК и ще доведе до сегментираност и по-голяма неефективност на пазарните единици.

В сравнение с периода преди реформата и практиката в другите страни (средствата за диагностика са равни на тези за лечение) средствата за медико-диагностична дейност в България са крайно недостатъчни за нормалното протичане на диагностичния процес на нуждаещите се и на постъпващите в болници. Тяхното лимитиране води до прехвърляне на много по-високи разходи върху болниците, в които се забелязват нарастващи хоспитализации, както и с цел комплексна диагностика.

Потреблението на МДД е стабилизирано при намаляващи различия в различните региони. Коефициентът на Джини, изчислен на база брой на медико-диагностичните изследвания на 10 000 ЗЗОЛ, показва най-добра стойност от 0.077 (най-ниски различия) спрямо всички предходни години на функциониране на НЗОК.

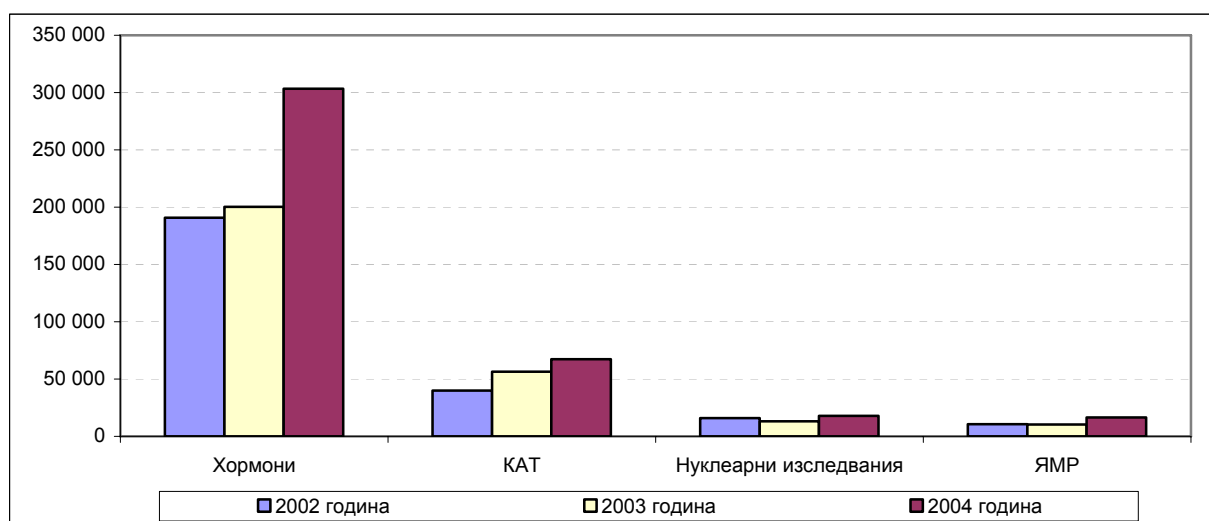
Фиг. 16. Брой изследвания за МДД на 10 000 ЗЗОЛ по области, за 2003 и 2004 години



Същата положителна тенденция се наблюдава и при показателя: квантилен коефициент на диференциация, който показва, че разпределението на бюджетния ресурс за този вид дейност отговаря във висока степен на принципа на справедливостта (в географския аспект). Положителните промени в осигуряването на медико-диагностични дейности на осигурените лица се дължат предимно на прилаганата система от регулативни стандарти, приета в НРД 2003, и на нейното системно актуализиране и доближаване до нуждите на осигурените лица в отделните региони и групи заболявания.

Високите технологии като КАТ и МРТ навлизат масово в медицинската диагностика, което подобрява точността, информативността и бързината на диагнозата. Запазва се високият годишен ръст (с 33%) в потреблението на високо-специализирани медико-диагностични изследвания.

Фиг. 17. Отчетен брой ВСМДИ с най-високо потребление, за периода 2002 - 2004 година



Анализът на потреблението на МДД е непълен при наличния информационен продукт по отношение на диагнозите и причините за насочване към изследвания от различните изпълнители. При развитие на информационната система на НЗОК през следващите години е необходимо да се осигури получаването на обобщени данни от направленията за МДД за заболяемост в страната, с цел отчитане на по-реална картина на потребностите и търсенето, съобразени със здравния статус на населението и последващ анализ на отчетената дейност.

СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ

НЗОК заплаща изцяло или частично стоматологични дейности, както следва:

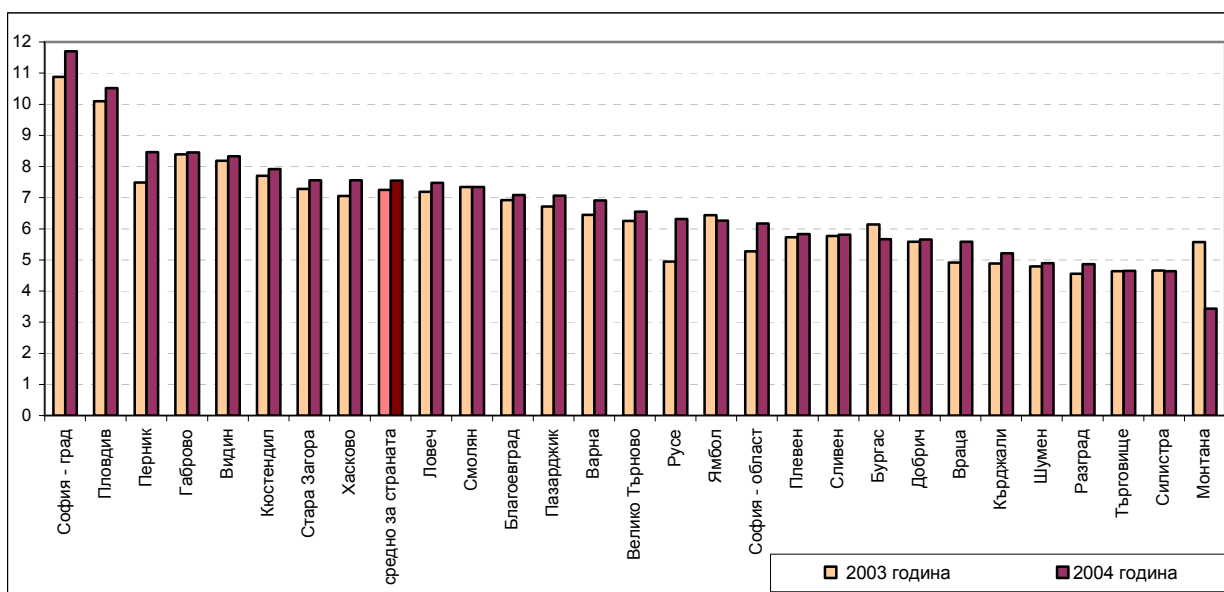
За ЗЗОЛ до 18-годишна възраст	За ЗЗОЛ над 18-годишна възраст
Пакет първична стоматологична помощ	
Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист
Препариране на кавитет; подложка и obturation с амалга или химичен композит	Препариране на кавитет; подложка и obturation с амалга или химичен композит
Екстракция на зъб, вкл. анестезията	Екстракция на зъб, вкл. анестезията
Лечение на пулпит или периодонтит на зъб (включва всички дейности без obturation)	
Пакет специализирана детска извънболнична стоматологична помощ	
<i>дейностите от пакет първична стоматологична помощ</i>	
Пакет специализирана хирургична извънболнична стоматологична помощ	
Интраорална инцизия на абсцеси и флегмони в съединителнотъканни ложи	Интраорална инцизия на абсцеси и флегмони в съединителнотъканни ложи
Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб
Контролен преглед след някоя от горните две	Контролен преглед след някоя от горните две

За ЗЗОЛ до 18-годишна възраст	За ЗЗОЛ над 18-годишна възраст
дейности	дейности
Пакет специализирана извънболнична стоматологична помощ под обща анестезия за лица с психични заболявания	
<i>всички дейности от пакетите специализирана извънболнична стоматологична помощ</i>	
Обща анестезия в амбулаторни условия (не повече от 90 минути)	
Обща анестезия в болнични условия (не повече от 360 минути)	
24-часово активно наблюдение при необходимост след обща анестезия	

Условията на НРД 2003 и индексирването на цените през 2004 година катализираха подобряването на осигуреността с достъпна стоматологична помощ, заплатена изцяло или частично от НЗОК. Броят на общопрактикуващите стоматолози, работещи по договор с НЗОК, се увеличава с 3.8% спрямо този през 2003 година, а броят на лечебните заведения за първична стоматологична помощ - с 2.2%. Нараства (със 7%) и броят на специалистите по детска стоматология, работещи по договор с НЗОК. Въпреки позитивните тенденции все още не е покрита НЗК за първична стоматология (97%), която посреща масовите дентални потребности. Още по-ниски са нивата на покритие за специалностите “хирургична стоматология” и “детска стоматология” (40-50%).

Подобрява се общата осигуреност с общопрактикуващи стоматолози на 10 000 ЗЗОЛ – от 6.8 ОПС през 2003 година на 7.6 ОПС през 2004 година. За разлика от всички останали видове извънболнична помощ, заплащани от НЗОК, почти непрекъснато нарастват различията в осигуреността на лицата с общопрактикуващи стоматолози. Коефициентът на Джини през 2004 година (0.129) показва увеличаване на различията спрямо 2003 година (0.123) и особено спрямо 2000 година (0.093). Същите изводи се илюстрират и чрез измерване на квантилния коефициент на диференциация. Причината е в нарастване на концентрацията на стоматолози в големите градове и особено в столицата и най-големите области. Почти 3 пъти е разликата между показателите за осигуреност с ОПС на 10 000 ЗЗОЛ на областите София - град и Монтана.

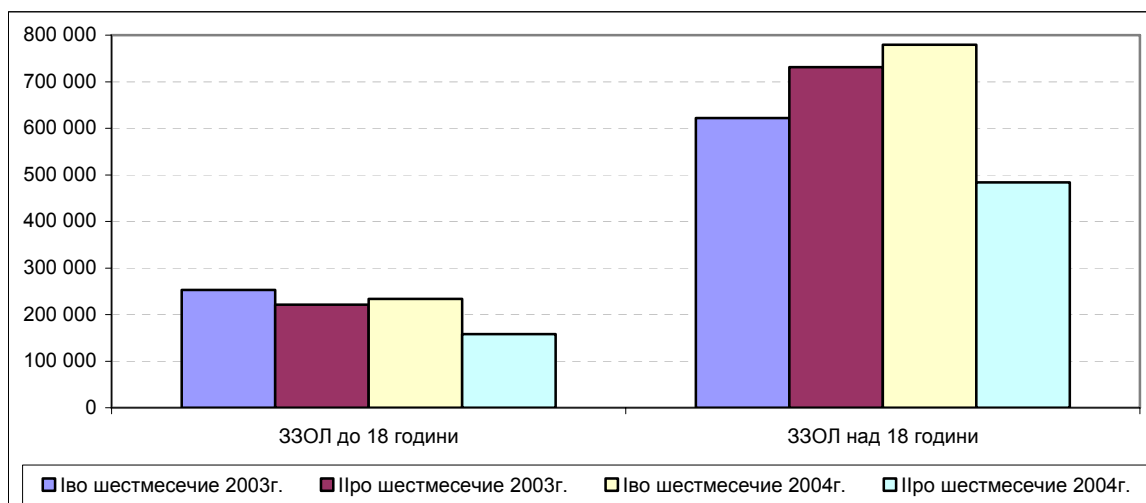
Фиг. 18. Брой общопрактикуващи стоматолози на 10 000 ЗЗОЛ по области, през 2003 и 2004 година



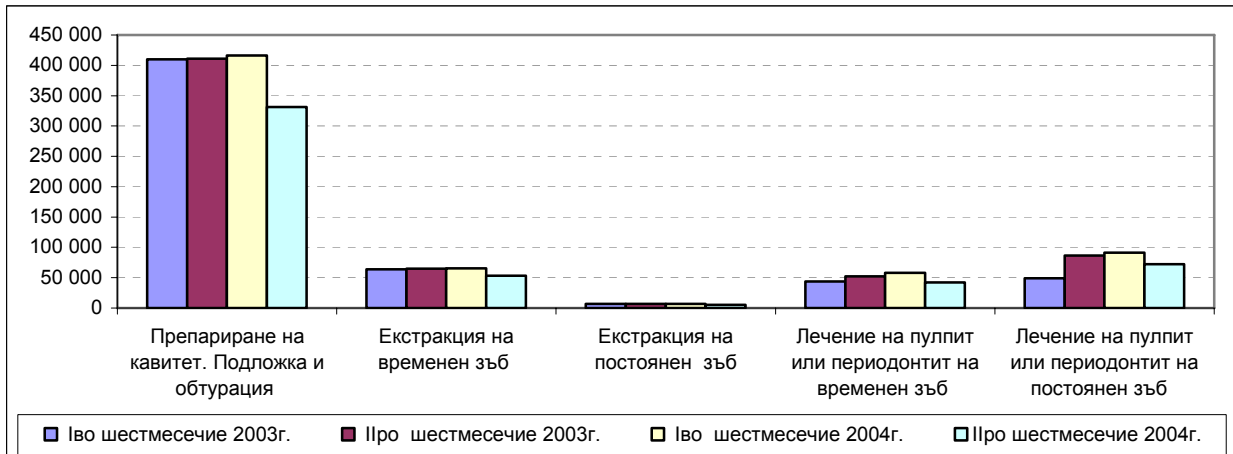
Потреблението на стоматологични услуги, заплатени от НЗОК, намалява - както по отношение на профилактичните прегледи (с 2% по-малко прегледани лица в сравнение с 2003 година), така и на лечебните дейности (с 4%). Намаляват и предоставените услуги от детски стоматолози.

Съотношението “обтурации” към “статуси” е нормално в полза на обтурациите. Лечебната дейност доминира над екстракциите на постоянни зъби.

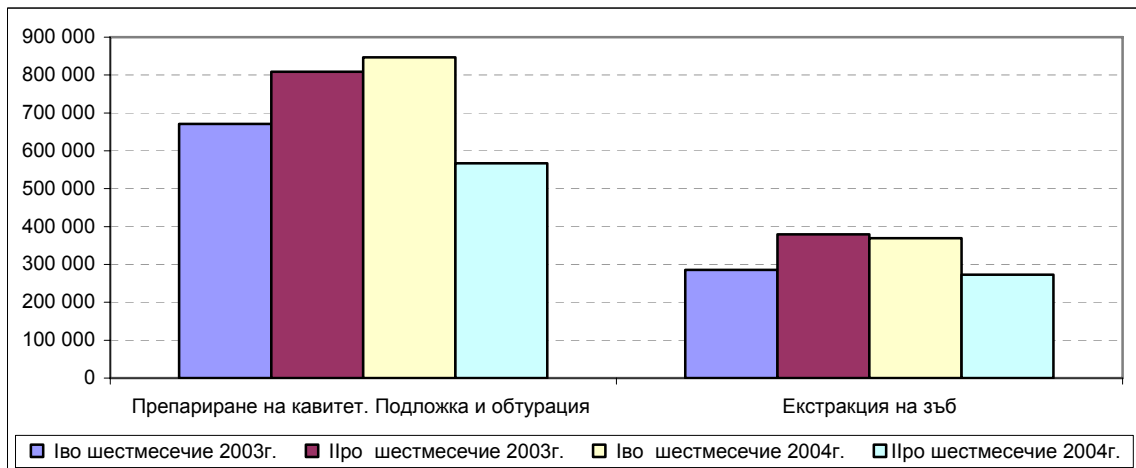
Фиг. 19. Брой извършени дейности “Обтоен преглед за установяване на орален статус”, по шестмесечия през 2003 и 2004 година



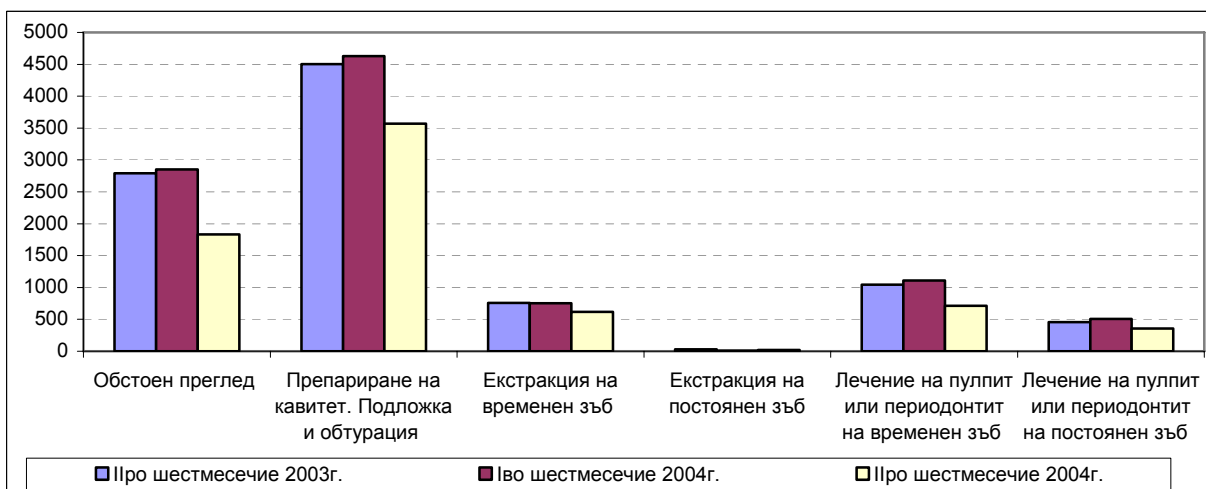
Фиг. 20. Брой извършени лечебни дейности в ПИСП при ЗЗОЛ до 18-годишна възраст, по шестмесечия през 2003 и 2004 години



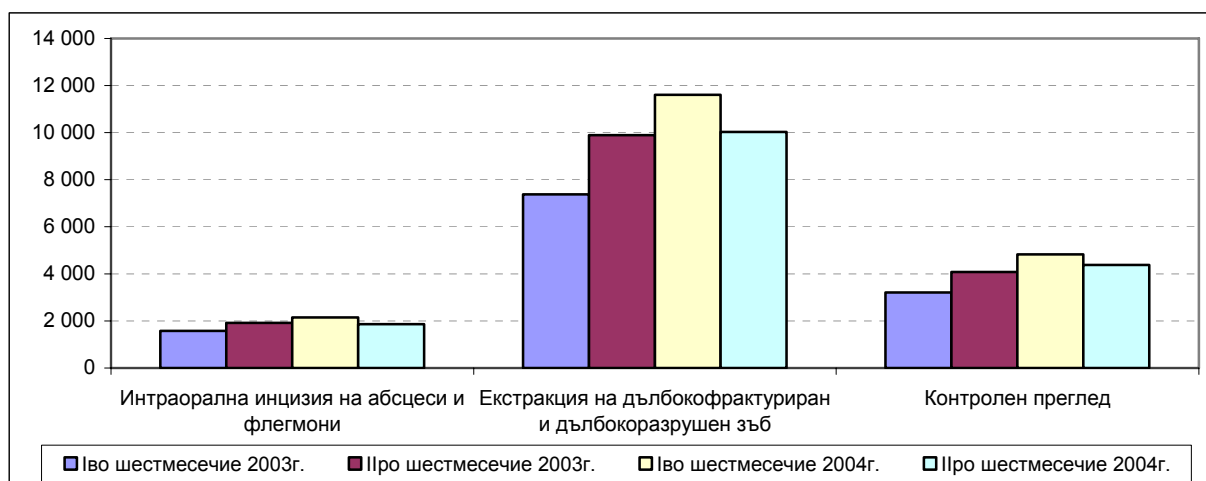
Фиг. 21. Брой извършени лечебни дейности в ПИСП при ЗЗОЛ над 18-годишна възраст, по шестмесечия през 2003 и 2004 години



Фиг. 22. Брой дейности по пакет "Детска стоматологична помощ", по шестмесечия през 2003 и 2004 години



Фиг. 23. Брой извършени дейности “Хирургична стоматология”, по шестмесечия през 2003 и 2004 години



Причините са: намалените нива на заплащане от НЗОК на профилактичния преглед (между 71 и 53% при три различни нива през годината), както и корекциите в цените при другите стоматологични дейности, които се наложиха, за да се спази бюджетната дисциплина. Основни фактори, влияещи върху потреблението са: договореният обем дейности на едно лице и еластичността на търсенето спрямо стойността, доплащана от пациента.

Разширява се дейността в неблагоприятни условия на работа и със социални контингенти. С 10% повече стоматолози обслужват ЗЗОЛ в населени места с неблагоприятни условия на работа спрямо тези през 2003 година, а отчетената дейност за ЗЗОЛ от такива населени места нараства – при ЗЗОЛ до 18-годишна възраст - с 40%, а при възрастни – с 19%. Стоматологичното обслужване в домове за медико-социална дейност и социални услуги също се подобрява – при деца - със 17% и при възрастни – с 62%.

ЛЕКАРСТВА ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

Успех на лекарствената политика на НЗОК през 2004 година беше задържането на разходите за лекарства, диетични храни за специални медицински цели и медицински изделия в установената бюджетна рамка, като тяхното разпределение беше извършвано плавно през целия отчетен период. Не беше допуснато нарушаване на договорените с контрагентите срокове за привеждане на дължимите суми.

Повишената ефективност на разяснителната и контролна дейност през втората половина на годината допринесе за снижаване на стойностите на разходите по места, но резултатите все още са твърде динамични - както в рамките на една област, така и при сравняване на дейността между отделните области.

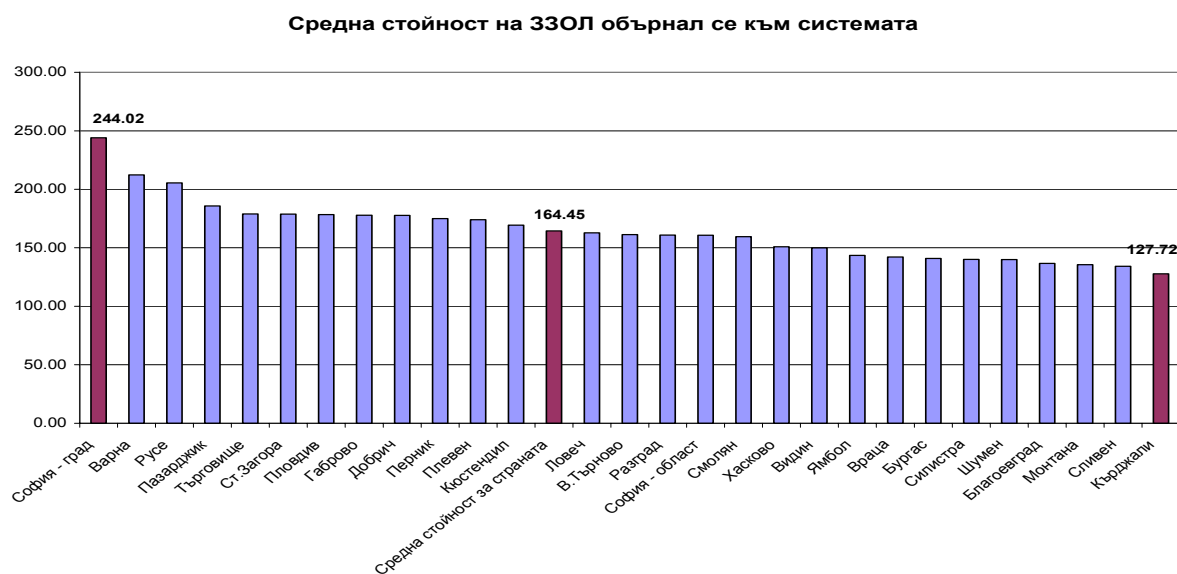
Определено се наблюдава и процес на отлив на пациенти в трудоспособна възраст, които се насочват към свободния пазар на медицински услуги в случаите, когато не страдат от тежки форми на хронични заболявания. Очертава се тенденция на засилена обръщаемост на пациенти с регистрирани нови, две и повече хронични заболявания (общо 46%), медикаментозното лечение на които изисква отделянето на значими финансови средства от месечния им бюджет, което се отразява и при средната стойност на една изпълнена рецепта.

Таблица 1. Общи сравнителни данни за обръщаемост към системата и финансови разходи през 2003 и 2004 година

Показател	2003 година	2004 година
Общ брой лица, обърнали се към системата за получаване на лекарства	1 570 009 бр.	1 416 307 бр.
в т.ч.:		
ЗЗОЛ във възрастова група до 18 г.	155 759 бр.	125 771 бр.
ЗЗОЛ във възрастова група от 18 до 65 г.	651 943 бр.	612 933 бр.
ЗЗОЛ във възрастова група над 65 г.	762 307 бр.	677 603 бр.
Брой ЗЗОЛ, ползвали напълно платени лекарства	1 225 169 бр.	891 823 бр.
Брой ЗЗОЛ, ползвали частично платени лекарства	1 344 870 бр.	1 193 561 бр.
Средномесечна стойност за едно ЗЗОЛ, с регистрация при ОПЛ	2.29 лв.	2.90 лв.
Средномесечна стойност за едно ЗЗОЛ, обърнало се към системата	12.38 лв.	13.70 лв.
Средна стойност на една изпълнена рецепта	9.46 лв.	15.54 лв.

Териториалните диспропорции по отношение на средния разход за лекарства се запазват и през тази година.

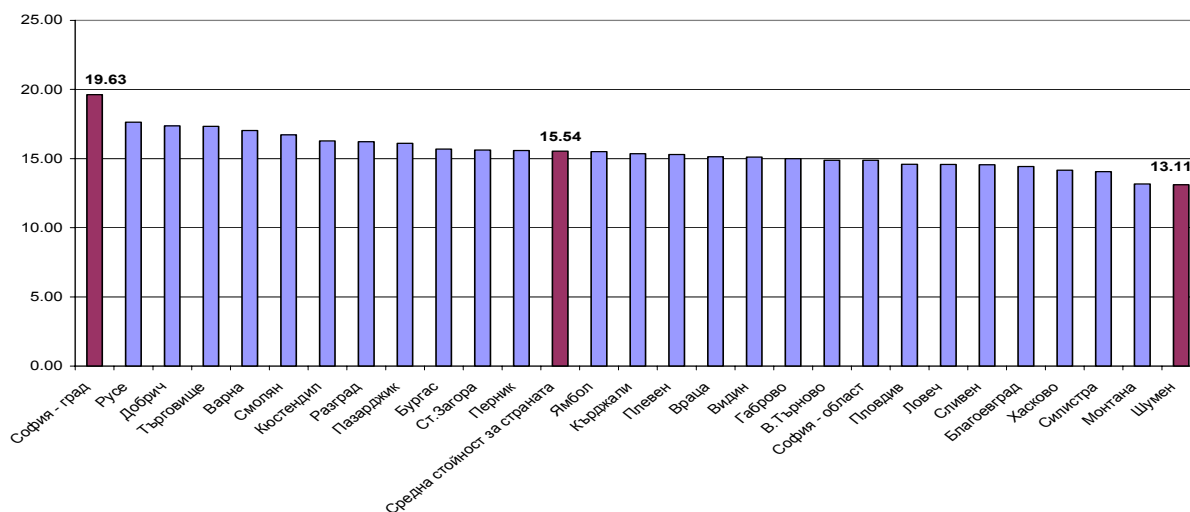
Фигура 24.



РЗОК все още не полагат достатъчно усилия за преценка и контрол на дейността на изпълнителите по предписване на лекарства. Необходимо е мерките за ограничаване на медицински необоснованото назначаване на високи дози или некоректно регистриране на хронични заболявания от лечебните заведения да се прилагат системно. Дейността по обучение и контрол ще повиши значимо ефективността си, ако се предхожда от анализи и фактологически обоснована аргументация.

Фигура 25.

Средна стойност на рецепта в лева по РЗОК за 2004 год.



Създаването на ясно разписани лечебно-диагностични алгоритми за най-разпространените и разходоёмки заболявания ще облекчи работата на изпълнителите на медицинска помощ и ще оптимизира работата на експертните комисии и последващия контрол.

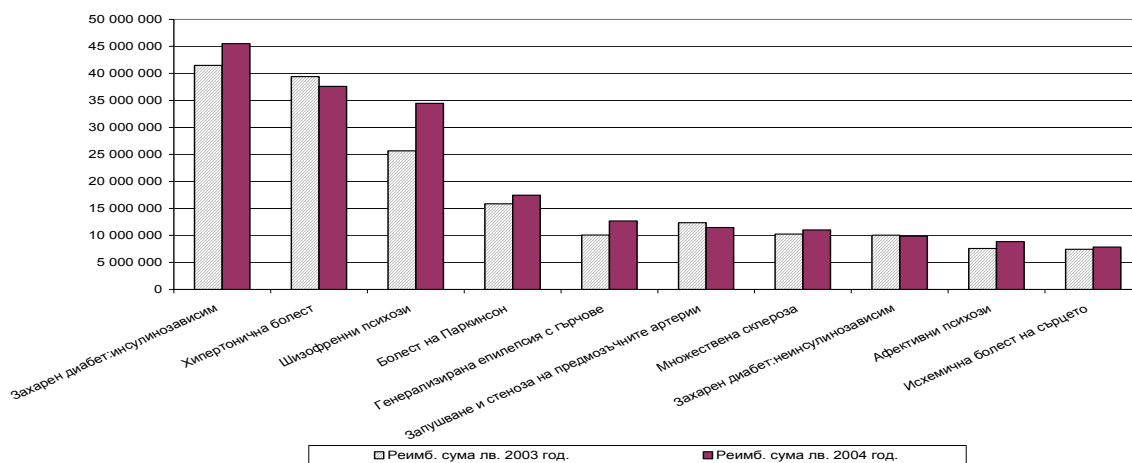
Таблица 2. Обръщаемост към системата през 2003 и 2004 години

Код МКБ	Наименование на МКБ	Брой болни по ЕГН за 2003 година	Брой болни по ЕГН за 2004 година
250.0	Захарна болест /неинсулинзависима/	160 817	137 374
493	Бронхиална астма	51 280	45 816
332.0	Паркинсонова болест	36 927	36 784
295	Шизофренни психози	32 948	32 437
345.1	Генерализирана епилепсия с гърчове	28 908	28 351
340	Множествена склероза	1 563	1 209

Наблюдава се значително нарастване на дела на десетте най-разходоёмки заболявания в общия разход на лекарства, които НЗОК частично или напълно заплаща – от 63% от общия разход за 2003 г. на 79.6% от общия разход за 2004 г.

Фигура 26.

10-те диагнози с най - високи разходи за страната за 2003г. и 2004 г.

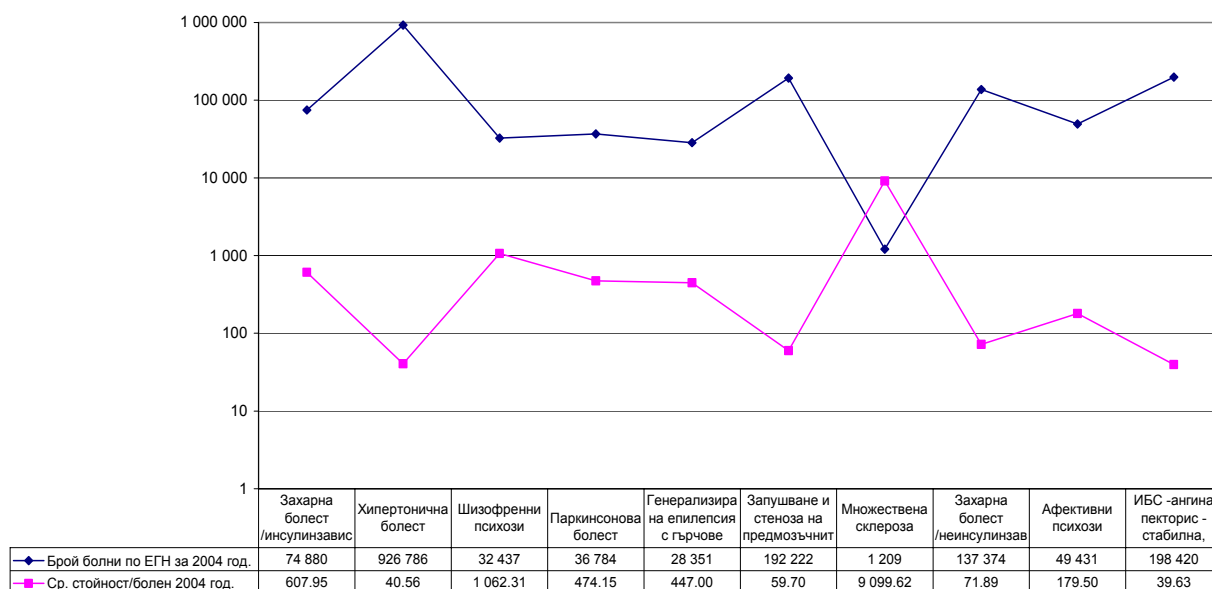


Посоченият разход за захарна болест (инсулинозависим тип) включва не само сумите за инсулини, но и разходите за глюкомери, тест-ленти, еднократни игли и спринцовки. Разходът за множествена склероза включва не само сумите за лекарства, отпуснати по програма, но и за всички останали позиции в Лекарствения списък на НЗОК, предназначени за лечение на заболяването.

Десетте диагнози с най-висок среден разход на пациент са заболявания, характерни за неголям брой ЗЗОЛ, но със скъпо струваща медикаментозна терапия.

Фигура 27.

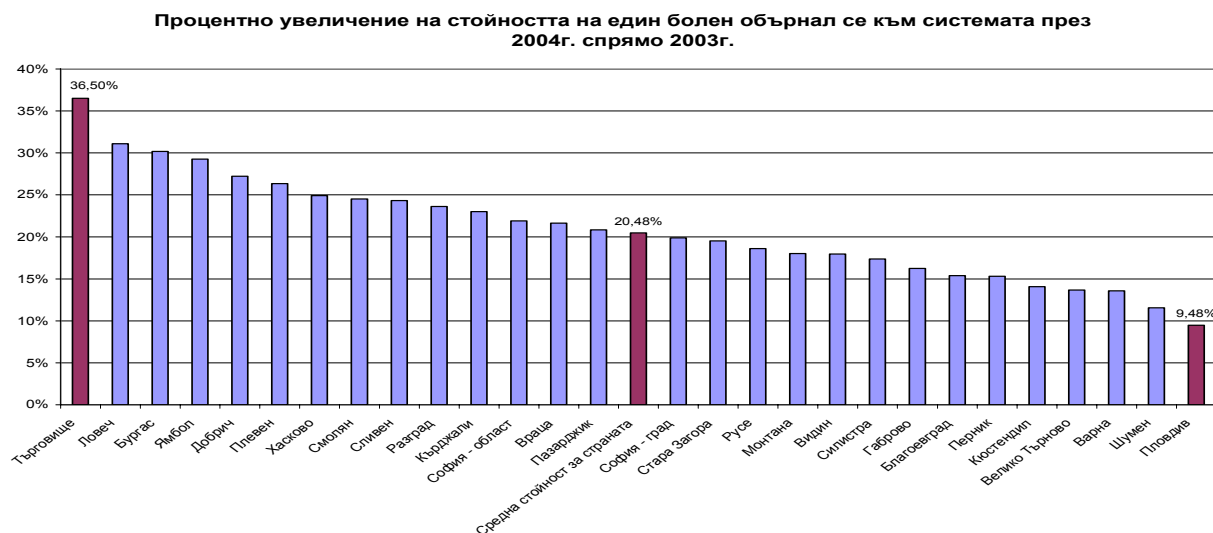
Брой болни и среден разход на един болен за най - разходоемките диагнози за страната за 2004 год.



Определено се очертава тенденция към увеличаване на относителния дял на обръщащите се към системата ЗЗОЛ с регистрирани по няколко хронични заболявания

и ползващи предимно напълно или във висок процент заплащани от НЗОК лекарства. Безспорна е необходимостта от изграждане на национален регистър на рецептурните книжки. Създаването и поддържането на данни за хронично болните ще даде възможност за обективност при взимане на управленски решения по отношение на преразпределението на разходите по конкретни заболявания.

Фигура 28.



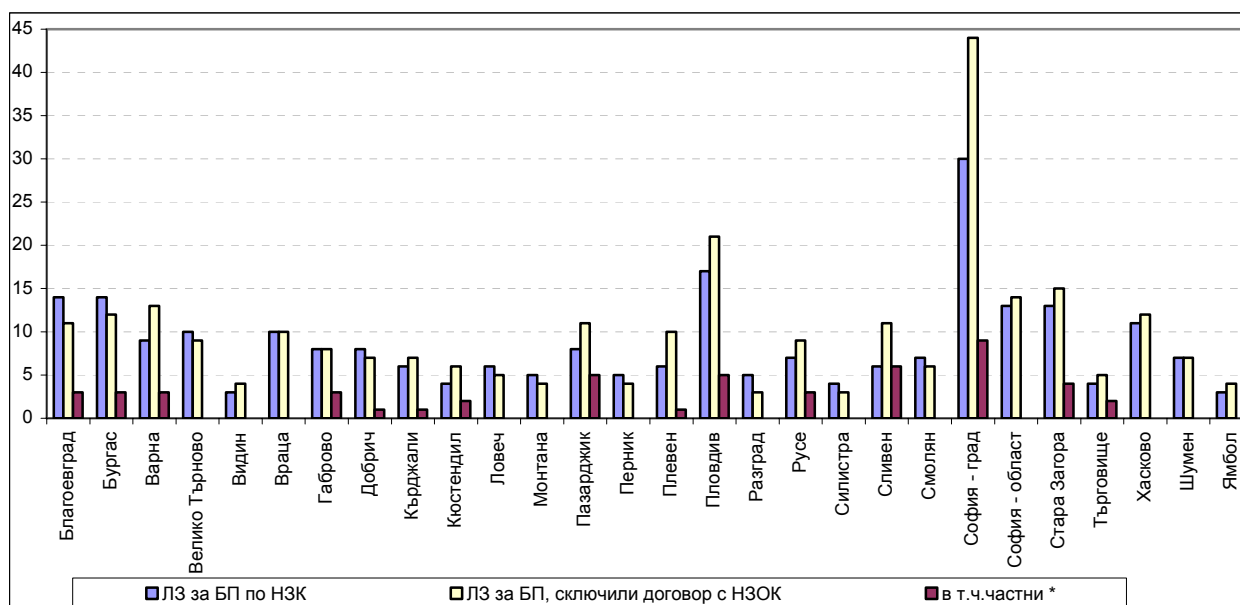
Разширяване и прецизиране на системата за мониториране на разходите по области и елементи би довело както до обективно (не административно) стандартизиране на показателите, така и до мотивирано активизиране на работата в регионалните структури.

БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Здравноосигурителното финансиране навлиза все по-мощно в болничната помощ. През 2004 година НЗОК е сключила 275 договора (с 6.6% повече от 2003 година и с 13.6% повече от минималния брой по здравна карта) за оказване на болнична помощ по отделни клинични пътеки.

Условията на рамковите договори и ритмичното финансиране от НЗОК влияят за разгръщане на плуралистична и диверсифицирана структура на договорните партньори на НЗОК за болнична помощ – представени са всички форми на собственост и всички възможни изпълнители, отговарящи на условията. НЗОК има договори с всички обществени и ведомствени болници за активно лечение и голяма част от болниците за долекуване, продължително лечение и рехабилитация, както и с диспансерите с легла.

Фиг. 29. Брой лечебни заведения за болнична помощ по НЗК, сключили договор с НЗОК (в т.ч. частни), по области, през 2004 година



* частните лечебни заведения са включени в общия брой на заведенията, с които НЗОК е сключила договори

Най-много пациенти по КП са преминали през общинските болници (38%), следвани от областните болници (25.9%), университетските и националните (25.6%), публичните ведомствени болници (4.6%), диспансерите с легла (3.8%), частните болници (3.7%), извънболничните изпълнители (1.5%) и други.

В оказването на болнична помощ по договор с НЗОК все по-широко навлизат частният болничен сектор и извънболничните лечебни заведения с легла. Най-бързо нараства броят на договорите с изпълнители на специализирана извънболнична помощ (40 - през 2004 г., при 30 - през 2003 г.). Висок ръст се наблюдава и при броя на договорите (както и на договорените клинични пътеки) с частни изпълнители на болнична помощ (47 - през 2004 г., или 17% от изпълнителите на болнична помощ, при 37 - през 2003 г., или 14% от договорните партньори за болнична помощ през съответната година).

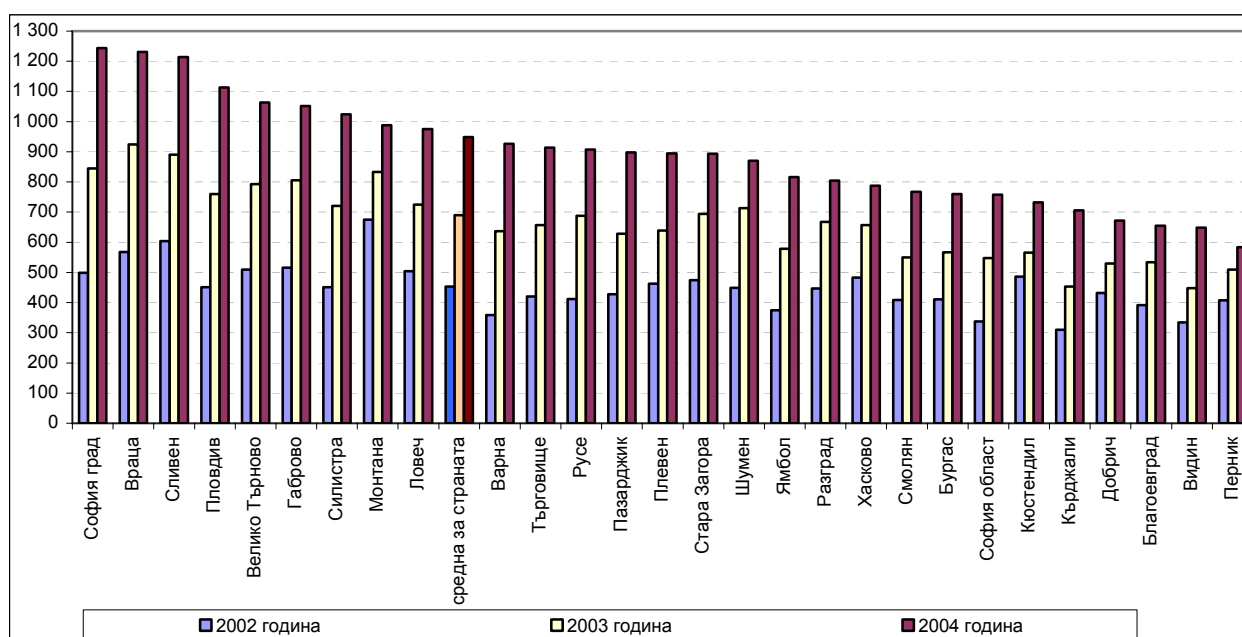
Извършената дейност по клинични пътеки продължава тенденцията на увеличение спрямо предходните години (с 1.3 пъти спрямо 2003 г. и с 2 пъти - спрямо 2002 г.), което в основна степен се дължи на нарастването в броя и обхванатите диагнози във финансираните от НЗОК клинични пътеки, както и на увеличаване броя договорни партньори.

Общият брой на лицата, получили болнична помощ по КП през 2004 година, е 691 580, което представлява малко над 50% от общия брой на хоспитализираните лица (при 40% - през 2003 г. и 30% - през 2002 г.).

Достъпът до болнична помощ, финансирана от НЗОК, се подобрява. Увеличение в броя на случаите по КП се отчита във всички области на страната, но е най-

чувствително за областите: Кърджали - нарастване с 44%, София - град – с 42% и Пловдив - с 38%. Въведеният от началото на 2004 година свободен достъп на осигурените лица до болница води до по-голям наплив към някои области и болници. Средно за страната 11% са насочените случаи към болници в други области, като 56% от тях са насочени към столични болници, 11% - към болници в Пловдив и 7% - към болници във Варна. Болниците, които привличат най-много пациенти от други области, са: УМБАЛ “Св.Георги”, УМБАЛ “Александровска”, МБАЛ “Св. Анна”, ВМА и УМБАЛ “Царица Йоанна”.

Фиг. 30. Брой отчетени случаи по НРД за периода 2002 – 2004 година, по области на 10 000 ЗЗОЛ



Значителното нарастване на хоспитализациите, наблюдавано през 2004 година, включително и по съпоставими клинични пътеки, се очертава като приоритетен бюджетен проблем за НЗОК. Детайлното проучване на явлението индицира следните изводи:

Първо, проблемни са само отделни клинични пътеки, които са с по-ниски разходи за изпълнителите и генерират по-добри финансови резултати. Например, най-съществено увеличение се отчита при КП “Бъбречно-каменна болест: Уретеролитиаза” – 2.9 пъти нарастване спрямо 2002 г.; “Хронична обструктивна белодробна болест” - 1,9 пъти за същия период и “Хирургично лечение при хронични заболявания на сливиците” – 1.7 пъти. Проблемни са (с постоянни или значителни ръстове) и пътеките “Бронхопневмония и бронхиолити при лица до 18-годишна възраст”, “Бронхопневмония: усложнени форми при лица над 18-годишна възраст”, “Хронична сърдечна недостатъчност”, “Бронхиална астма: средно тежък и тежък пристъп”, и “Оперативни интервенции при херния”, поради което те се нуждаят от прецизиране на

индикациите за постъпване в болница и по-строг медицински контрол. Вследствие на подобрения контрол от страна на НЗОК е стабилизирал броят (спрямо предните години) на приетите болни по клиничните пътеки “Апендектомия” и “Изкуствен аборт по медицински показания”.

Второ, при затихващите темпове и по-добрия контрол над индикациите за хоспитализации това явление може да бъде овладяно от НЗОК в следващите години.

Таблица 3. Средномесечен брой отчетени случаи по шестнадесетте съпоставими клинични пътеки, заплащани от НЗОК, за периода 2001 – 2004 г.

<i>Име на клиничната пътека</i>	<i>2001 година</i>	<i>2002 година</i>	<i>2003 година</i>	<i>2004 година</i>
Оперативно лечение и трансуретрална хирургия при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза	213	315	333	398
Бронхиална астма: средно тежък и тежък пристъп	262	536	659	777
Оперативни интервенции при диабетно стъпало, без съдови реконструктивни операции	134	270	370	444
Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии T1-4,N0-2, M0	108	192	246	275
Оперативно лечение при онкологично заболяване на: маточната шийка в I, IIA клиничен стадий, маточното тяло до III клиничен стадий по клинично-анатомичната класификация и яйчниците до III клиничен стадий включително	32	93	150	181
Изкуствен аборт по медицински показания и евакуация на маточното съдържание при спонтанен неусложнен аборт	303	916	1 342	1 396
Оперативни интервенции при херния	917	1 328	1 784	2 017
Исхемичен мозъчен инсулт и консервативно лечение при интракраниален кръвоизлив	1 456	2 288	2 887	3 310
Бъбречно-каменна болест: уретеролитиаза	131	177	269	509
Раждане, независимо от метода на родоразрешение	4 423	5 118	5 254	5 160
Апендектомия	675	993	1 080	1 082
Остър инфаркт на миокарда без фибринолитик	555	865	800	900
Бронхопневмония и бронхолити	2 217	5 728	6 614	7 783
Хронична сърдечна недостатъчност	1 263	3 051	4 359	4 940
Хронична обструктивна белодробна болест	776	1 623	2 384	2 839
Хирургично лечение при хронични заболявания на сливиците	386	622	935	1 067
Общо	13 849	24 115	29 465	33 077

Отчетените от лечебните заведения качествени показатели на болничната дейност по съпоставими клинични пътеки показват положителни резултати спрямо 2002 и 2003 години, изразяващи се в намаляване на процента на смъртност (за всички съпоставими клинични пътеки) и средната продължителност на престоя (при 38% от съпоставимите пътеки). Изискванията за минимален болничен престой при другите съпоставими клинични пътеки са довели до удължаване на престоя, което е в интерес на по-пълноценното лечение на пациентите в съответните състояния.

КОНТРОЛ НА ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ

През 2004 година лекарите-контрольори и финансовите инспектори в РЗОК осъществяваха контролната си дейност в съответствие с действащата нормативна уредба, както и с договорените условия и изисквания към изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ по НРД 2003. Параметрите, характеризиращи контролната дейност на РЗОК и НЗОК – извършени проверки, установени нарушения и наложени санкции, са представени в таблица 4.

Таблица 4. Резултати от извършени проверки по видове договорни партньори за периода 01-12.2004 г.

ПОКАЗАТЕЛИ	ВСИЧКО	Изпълнители на:				АПТЕКИ
		ПИМП	СИМП*	СП	БП**	
Сключени договори (бр.)	16 396	4 803	3 328	5 861	279	2 125
Здравно-осигурителни плащания (лв.)	853 270 627	97 154 811	136 593 153	46 002 275	327 797 153	245 723 235
Финансови проверки (бр.)	15 036	3 607	2 220	5 464	859	2 886
Медицински проверки (бр.)	10 321	4 451	2 482	2 408	980	-
<i>общо проверки спрямо сключените договори</i>	<i>154.65%</i>	<i>167.77%</i>	<i>141.29%</i>	<i>134.31%</i>	<i>659.14%</i>	<i>135.81%</i>
Констатираны нарушения (бр.)	16 872	4 802	2 040	5 192	3 045	1 793
<i>спрямо проверките</i>	<i>66.54%</i>	<i>59.59%</i>	<i>43.39%</i>	<i>65.96%</i>	<i>165.58%</i>	<i>62.13%</i>
Установени суми, получени без правно основание (лв.)	1 389 294	134 954	136 107	190 979	900 714	26 540
<i>спрямо плащанията</i>	<i>0.16%</i>	<i>0.14 %</i>	<i>0.10 %</i>	<i>0.04 %</i>	<i>0.28 %</i>	<i>0.01 %</i>
Наложени санкции (лв.)	2 597 069	853 648	417 668	363 872	662 450	299 431
<i>спрямо плащанията</i>	<i>0.30%</i>	<i>0.88 %</i>	<i>0.31 %</i>	<i>0.79 %</i>	<i>0.20 %</i>	<i>0.12 %</i>

* вкл. изпълнители на МДД и ЛЗ за болнична помощ по чл. 19, ал. 2 от НРД 2003

** вкл. ЛЗ за извънболнична помощ по чл. 20, ал. 2 от НРД 2003

Повишена е активността и е увеличен обемът на контролната дейност през отчетната година в сравнение с 2003 година с 50%, което се обяснява със следните обстоятелства:

- незначителна промяна в броя на договорните партньори, поради факта, че през 2004 година е в сила и се работи по НРД 2003;
- няма изменение на условията по изпълнение на сключените договори с изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ;
- добро познаване на нормативната база, рутинност в действията;
- увеличение на числеността на контролните органи.

През отчетния период са извършени 25 357 проверки, като са проверени 12 975 договорни партньори, или 79.14% от сключените договори. Установени са 16 872 нарушения, което представлява 66.53% спрямо извършените проверки.

Контролните органи са възстановили неправомерно получени суми от изпълнителите по договори, в размер на 1 389 294 лв., или средно по 54.80 лв. на проверка, извършена от РЗОК. Общата сума на възстановените неправомерно получени суми е нараснала почти трикратно (283%) спрямо 2003 година.

Наложени са санкции в размер на 2 597 069 лв., или средно на проверка на контролните органи на РЗОК се налагат санкции в размер на 102.42 лв. Общата сума на наложените санкции е нараснала почти трикратно (287%) спрямо 2003 година, но се наблюдава тенденция на намаляване на средната стойност на наложена санкция за едно нарушение – през 2002 година тя е 318.60 лв, през 2003 година спада до 211 лв., а през 2004 година се равнява на 153.92 лв.

Таблица 5. Обхват на контролната дейност по РЗОК и разкриваемост при извършените проверки за периода 01-12.2004 г.

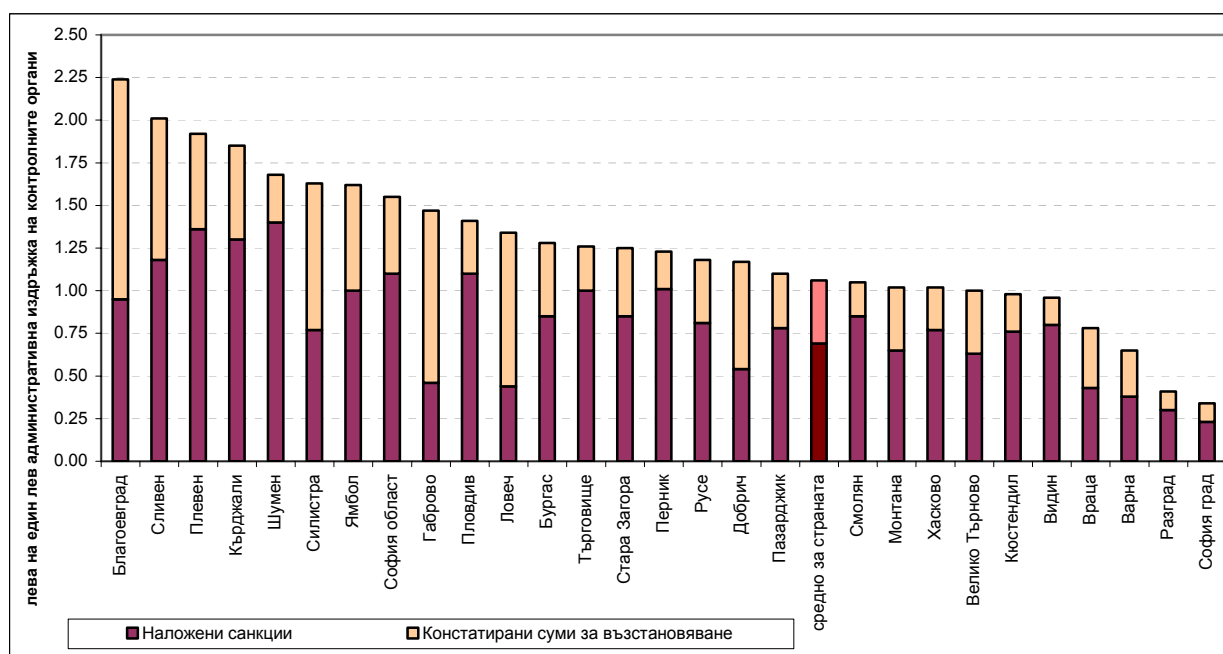
РЗОК	Сключени договори (брой)	Извършени проверки (брой)	Констатираны нарушения (брой)	Извършени проверки спрямо сключени договори %	Констатираны нарушения спрямо извършени проверки %	Брой контролни органи по щат
Благоевград	678	736	789	108.55	107.20	26
Бургас	805	1119	577	139.01	51.56	30
Варна	1017	1109	680	109.05	61.32	52
Велико Търново	556	1013	642	182.19	63.38	28
Видин	315	570	312	180.95	54.74	17
Враца	442	232	233	52.49	100.43	17
Габрово	304	646	300	212.50	46.44	17
Добрич	363	677	330	186.50	48.74	20
Кърджали	266	968	498	363.91	51.45	16
Кюстендил	366	337	248	92.08	73.59	14
Ловеч	402	678	190	168.66	28.02	18
Монтана	292	466	226	159.59	48.50	13
Пазарджик	498	939	583	188.55	62.09	24
Перник	325	416	394	128.00	94.71	13
Плевен	665	1 319	819	198.35	62.09	29
Пловдив	1 570	4 215	2 168	268.47	51.44	72
Разград	264	257	165	97.35	64.20	19
Русе	454	800	538	176.21	67.25	20
Силистра	236	324	270	137.29	83.33	15
Сливен	432	963	566	222.92	58.77	20
Смолян	286	683	594	238.81	86.97	16
София - град	3 020	2 668	1 952	88.34	73.16	158
София - област	505	677	677	134.06	100.00	22
Стара Загора	908	1 191	623	131.17	52.31	31
Търговище	230	556	480	241.74	86.33	14
Хасково	523	824	752	157.55	91.26	26
Шумен	406	549	928	135.22	169.03	18

Ямбол	268	425	338	158.58	79.53	12
ОБЩО	16 396	25 357	16 872	154.65	66.54	777

Анализът на резултатите от наложените санкции и установените неоснователно платени суми подсказва, че е честа практика установените нарушения да не се санкционират, а само да се удържат неоснователно платените суми.

Финансовата ефективност на контролната дейност средно за страната показва, че 1 лв. административни разходи и възнаграждения на контролните органи носи 0.69 лв. санкции и 0.37 лв. възстановени неправомерно взети суми.

Фиг. 31. Финансова ефективност* на контролната дейност през 2004 година, по РЗОК



* наложени санкции и констатирани суми за възстановяване в лева на един лев административна издръжка на контролните органи

Констатациите от проверките сочат като най-чести следните нарушения при изпълнителите на извънболнична помощ: неспазване на установения ред за предписване на лекарства, заплащани напълно или частично от НЗОК; констатирани нарушения, свързани с отчитане на извършената медицинска дейност по сключените договори или отчитане на услуги, които не са извършени, както и нарушения, свързани с лечебно-диагностичния процес или експертизната дейност на лечебните заведения. Най-честите нарушения при изпълнителите на болнична помощ са: нарушения на установения ред за работа с първични документи, както и нарушения, свързани с несъответствие между договорената по вид и обем и оказана медицинска помощ.

През 2004 година в 28-те РЗОК са подадени общо 1373 жалби от ЗЗОЛ и 88 - от договорни партньори. По тях са извършени общо 759 медицински и 282 финансови проверки, като:

- 5% от жалбите са пренасочени по компетентност към други институции;
- при 12% от жалбите са извършени проверки по документи;
- при 53% от жалбите от ЗЗОЛ и 34% от тези от договорни изпълнители са извършени медицински проверки;
- при 19% от жалбите от ЗЗОЛ и 26% от тези от изпълнители са извършени финансови проверки.

Резултатите от проверките показват, че основателни са били 363 от жалбите от ЗЗОЛ (или 26%) и 12 от жалбите от договорни партньори (или 40%).

Най-честите причини за жалбите от ЗЗОЛ са: нарушаване на правото на свободен избор на личен лекар – в 221 от жалбите; предоставяне на недостатъчна по обем и качество медицинска помощ – в 200; неетично отношение от страна на изпълнителя на медицинска помощ – в 113; неиздаване на направления за консултация със специалисти (от ОПЛ) и за ВСД или други специалисти (от СИМП) – в 99; заплащане или доплащане на дейност, напълно или частично платена от НЗОК – в 89; затруднен достъп на пациента до ОПЛ или специалист – в 79 жалби.

Причини за жалбите от изпълнителите са: неправомерно записване на ЗЗОЛ, включени в друга пациентска листа – в 72 от жалбите; професионални взаимоотношения, касаещи изпълнението на договорите – в 51; неетично отношение от страна на служители от РЗОК/НЗОК – в 34 жалби.

Детайлният анализ на контролната дейност през 2004 година дава основание да се направи изводът, че при извършване на проверки усилията трябва да се насочат към следните проблемни области:

- проследяване в извънболничната помощ на пътя на пациента след дехоспитализацията, особено когато се касае за хронично болни или новооткрити пациенти със заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение;
- извършване на системни тематични проверки на дейностите по диспансеризация на ЗЗОЛ от ОПЛ и специалистите в СИМП;
- осъществяване на контрол по изпълнението на регулативните стандарти, с цел рационално и по предназначение оползотворяване на обемите, особено при диспансерните пациенти;

- извършване на насочени медицински проверки на дейностите на ОПЛ по отчетени профилактични прегледи на недиспансеризирани лица над 18-годишна възраст;
- периодично провеждане на тематични проверки по предписване на лекарства;
- осъществяване на ефективен контрол върху дейността на медико-диагностичните лаборатории за спазване на медицинските стандарти;
- периодично осъществяване на междинен одит в ЛЗ за БП.

Дейност на Арбитражните комисии

Арбитражните комисии работят съгласно съответните клаузи на ЗЗО и НРД 2003. В НЗОК е получена информация относно отпаднали констатирани нарушения от контролните органи на РЗОК/НЗОК на арбитраж за отчетния период. Единствено в РЗОК – Хасково няма постъпили възражения към АК, относно констатациите на проверяващите контролни органи.

Таблица 6. Данни за дейността на арбитражните комисии за периода 01.01. - 31.12.2004 г.

Констатации на контролните органи, отнесени за разглеждане от Арбитраж	Брой
Общо констатации, отнесени за разглеждане от Арбитраж	808
в т.ч. потвърдени констатации	453
отхвърлени констатации - частично	71
отхвърлени констатации - напълно	150
решение при равен брой гласове	146

Най-честите причини за отхвърляне на констатациите на лекарите-контрольори или финансови инспектори по вина на проверяващите контролни органи от РЗОК са:

- Неточно или неправилно формулирани констатации на контролните органи на РЗОК в медицинските и финансови протоколи (недобра подготовка на контролните органи за извършваната проверка или непознаване на нормативната база);
- Неспазване условията и реда за извършване на проверка (процедурни нарушения) - непознаване на нормативната база;
- Недобра защита на констатациите на контролните органи от представителите на РЗОК в АК или невъзможност за защита, поради неточни, неправилно формулирани и необвързани правилно със съответните текстове от НРД констатации.

Най-честите причини за отхвърляне на констатациите на лекарите-контрольори или финансови инспектори по вина на арбитражната комисия са следствие от превишаване на правата на АК, определени от ЗЗО и НРД:

- Арбитражната комисия взема решение за отмяна на наложена санкция, а не се произнася само по констатираните нарушения;
- Несъобразяване с текстовете на НРД и индивидуалните договори.

В процеса на контролната дейност през 2004 година бяха констатирани следните проблемни области, които е необходимо да бъдат преразгледани при регламентирането на контрола в следващи НРД:

- Съществува несъответствие между тежестта на нарушението и предвидената по НРД санкция (при смъртни случаи по вина на изпълнителя на медицинска помощ);
- Затруднено е нормативното обвързване на много от установените нарушения с възможностите за налагане на санкции (брой текстове от НРД, по които се констатира нарушението и още по-малко - такива, по които се налага санкция);
- Необходимо е при констатиране на нарушения, отразени в медицинския протокол, да бъде извършена и финансова проверка, за да се обвърже санкцията със съответен член на НРД.

АДМИНИСТРАТИВНА ДЕЙНОСТ НА НЗОК

През 2004 година административната дейност на НЗОК беше съсредоточена главно към актуализация на текстове и приложения за проектите за национални рамкови договори 2004 и 2005 договаряне с БЛС и ССБ на параметрите в рамков договор 2005, произтичащи от промените в правната среда, както и към решаването на основни проблеми, свързани с административното обслужване на процесите в системата на задължително здравно осигуряване - бюджетиране и счетоводно обслужване, изпълнение на договорните задължения на НЗОК, медицински и финансов контрол на изпълнението на договорите и на системата на НЗОК, натрупване и контрол на база данни от пилотните болници за целите на въвеждане на кейс-микс подхода и ДСГ, информационно обслужване на процесите в НЗОК и участие в разработването на техническо задание за интегрирана информационна система, развитие и повишаване на квалификацията на кадрите, връзки с обществеността, управление на проекти и международно сътрудничество, и други поддържащи дейности.

ПОЛОЖИТЕЛНИ РЕЗУЛТАТИ

През 2004 година се извърши управленско и структурно обновление на НЗОК. От 19 януари 2004 година организацията се управлява от нов директор. Новият ръководен екип представи пред УС програмни намерения за подобряване на дейността и повишаване на ефективността на НЗОК. Извършена беше поетапна реорганизация в структурата на ЦУ с основни мотиви за по-добра координация с държавните органи и ведомства, и акцентирание на съвместните действия при провеждане на държавната политика в системата на задължителното здравно осигуряване; подобряване на координацията на медицинските дейности при договарянето и мониторинга на изпълнението на договора; въвеждане на нов подход в управлението на контролната дейност - продуктова диференциация (обособяване на отделни контролни дирекции за болнична и извънболнична помощ, и обединяване на контролната дейност на лекарствата с лекарствена политика) с цел по-тясна специализация на контролните екипи и повишаване на ефективността на контролната дейност; фокусиране на задачите на кейс-микс офиса главно в областта на разработване и внедряване на новите технологии; подобряване на организацията на деловодната дейност чрез обособяване на самостоятелен отдел "Секретариат".

Подоброено беше сътрудничеството с МЗ и други държавни институции. Участието в работни групи съвместно с МЗ доведе до създаването на проект на

“Наредба за документацията, която медицинските специалисти водят в здравните и лечебните заведения и за медицинските документи, които издават“, “Наредба за условията и реда за договаряне на лекарствата, стойността на които се заплаща напълно или частично от Националната здравноосигурителна каса” и други.

Целенасочено провежданата от ръководството на НЗОК политика за активизиране на публичния дебат относно здравноосигурените лица с неиздължени вноски, събираемостта на вноските и проверките на осигурителния статус на лицата, записани при ОПЛ, доведоха до законодателни промени. През 2004 година бяха приети и влязоха в сила няколко изменения и допълнения на Закона за здравното осигуряване, отнасящи се до вноските и правото на осигурителни ползи, които са съществени за дейността на НЗОК. Тези промени могат да се обобщят в няколко насоки. Стана възможно разсрочването на дължими до 31.12.2003 г. здравноосигурителни вноски с размер на главницата над 50 лв., което доведе до повишаване на приходната част на НЗОК. Изключването от системата на здравно осигуряване на лица с нередовен осигурителен статус по тяхна вина от 1 октомври 2004 г. доведе до значителни икономии в разходната част, пренасочени към реалните нужди. Осъществени бяха изменения и допълнения относно реда за осигуряване и дохода, върху който се определят дължимите здравноосигурителни вноски за определени категории лица, които влизат в сила от 01.01.2005 г. Изменена беше нормата на чл.109 относно реда за прекъсване на здравноосигурителните права на лица, които не внасят дължими здравноосигурителни вноски. Едно от допълненията на ЗЗО с най-голям социален отзвук и значимост беше предвидената от законодателя възможност за възстановяване на здравноосигурителните права на лица, дължащи повече от три здравноосигурителни вноски, без обаче да се погасяват дължимите суми за тези вноски.

Безспорен успех беше подписването на НРД 2005 в края на 2004 година. Извършена беше огромна подготвителна работа с успешна реализация. За първи път от създаването на НЗОК действието на НРД, включващ едновременно извънболнична и болнична помощ, съвпадна с началото на календарната година.

Своевременно бяха изготвени регионалните бюджети за осигуряване на здравноосигурителните плащания в условията на продължаващо действие на НРД 2003. Предвид натрупаната през 2003 година практика и методичното ръководство от ЦУ, районните здравноосигурителни каси преодоляха значителна част от допусканите технически пропуски при администриране на сключените договори.

В областта на бюджетната приходна дейност НЗОК постига по-голяма яснота относно ритмичността на постъпленията и по-обективна информация за основните

категории лица, които се осигуряват, както и за проблемите, възникващи във връзка със събираемостта на вноските.

В областта на бюджетирането на здравноосигурителните разходи НЗОК постига напредък при изграждане на базата данни, при подобряване осведомеността на РЗОК в процеса на усвояване на предоставените средства, без да се отчитат отклонения от лимитираните бюджетни сметки.

Съблюдава се стриктно и законосъобразно финансовата дисциплина и целесъобразност при изпълнение на бюджета на НЗОК чрез засилване и усъвършенстване на системата на вътрешния контрол.

По отношение на лекарствената политика НЗОК въведе синхрон в реда на отпускане и заплащане на лекарства с нормативните документи. Анализирани бяха Позитивният списък на РБългария (ПМС № 304 от 18 декември 2003 г.) и бяха адаптирани Лекарствен списък на НЗОК към него. Изработен беше сравнителен анализ на Лекарствен списък на НЗОК за 2003 година по международни непатентни наименования с реимбурсните листи на осем европейски страни. Експерти участваха в актуализиране на Наредба №25 и разработиха критерии за договаряне на лекарства и методика за определяне нивото на заплащането им от НЗОК, които бяха утвърдени от Комисията по прозрачност към МС, а след промените в ЗЗО беше разработен проект за "Наредба за условията и реда за договаряне на лекарствата, стойността на които се заплаща напълно или частично от Националната здравноосигурителна каса". Постигната беше непрекъсваемост и аналитичност на процеса на разпространение на лекарства, медицински изделия и лечебни храни на нуждаещите се здравноосигурени лица с определени заболявания (съгласно НРД 2002 и НРД 2003), както и регулярно мониториране и анализиране на постъпващите данни в НЗОК за отпуснатите лекарства, медицински изделия и диетични храни.

По отношение на договарянето на медицинската помощ, бяха актуализирани съществуващите и изготвени нови клинични пътеки, чрез което се обхваща по-голям обем болнична помощ и се осигурява по-добър достъп на ЗЗОЛ до договорена с НЗОК медицинска помощ. Създадени бяха предпоставки за адекватно на изискванията договаряне и по-добър контрол при изпълнение на сключените договори с изпълнители на ПИМП и СИМП и по клинични пътеки в болничната помощ.

Обективно се повишава ефективността на медицинския и финансовия контрол. Резултатите се изразяват в: повишаване на процента извършени проверки спрямо сключените договори; подобряване на структурно-организационните показатели на проверяваните практики, както и на документирането на извършените дейности; насочване на контрола към ключови, приоритетни и ресурсоемки области – диспансеризация, изписване на лекарства, болнична помощ и рискови изпълнители;

развитие и акцент на предварителния контрол с цел: отказ за заплащане на изпълнена дейност в нарушение правилата на НРД (по-висок размер на сумите, отказани за плащане, за сметка на по-малко наложени санкции при последващ контрол); по-висока откриваемост на нарушенията. Повишава се прецизността на контрола при извършване на съвместни проверки с участието на експерти от ЦУ на НЗОК и от РЗОК, при което се достига до избягване на местния субективен фактор при вземане на решения за санкции и обвързване тежестта на нарушенията с по-висок размер на финансовата санкция. Налице е и методологична полза от такива проверки.

Продължи активно работата по подготовката за въвеждане на кейс-микс подхода и ДСГ като разплащателен механизъм, като се изпълняваха стъпките и дейностите, предвидени в Протокола за разпределяне на ангажиментите за поетапна промяна на системата на финансиране на болничната помощ в България между МЗ и НЗОК. Своевременно беше подготвена базата данни от 111 272 персонални записа от пилотните болници и тя беше предоставена за междинен анализ на консултантите от фирма ЗМ. Натрупани и контролирани за грешки до края на годината бяха 457 672 записа. Проведено беше съвещание с екипите на пилотните болници и за първи път беше предоставена информация на болниците с данни от проекта. Резултатите от анализите на медико-статистическата и икономическата информация от пилотните болници по проект на Световна банка "Preparation of Curriculum and Training of Trainers in ICD 9/10 and Diagnostically Related Groups, Coding Systems in Bulgaria" и определените въз основа на тях разходи за случай по ДСГ относителни тегла по ДСГ и болнични базисни стойности дават възможност за обхващане на цялостната дейност (нозология), по-добра диференциация в цените и заплащане на болниците съобразно тежестта на лекуваните случаи. Изчислените индивидуално за всяка болница кейс-микс индекси могат да послужат за бенчмаркинг и сравнение на ефективността на разходите на лечебните заведения. Направената симулация на болнични бюджети на база ДСГ е основа за бъдещо въвеждане на системата на ДСГ за договаряне и заплащане на болничната помощ.

В интернет страницата на НЗОК беше въведена рубрика "ДСГ", която се актуализира периодично. През годината беше разработена обучителна програма и бяха организирани курсове за въвеждане на новите класификационни системи. До края на годината бяха обучени близо 1600 души от здравната система.

Бяха постигнати положителни резултати по поддържането на информационната система в оптимален режим, като бяха реализирани и значителни успехи в по-нататъшното ѝ развитие и усъвършенстване.

През периода беше оптимизирана и деловодната дейност, съобразно новата организационно-административна структура на ЦУ на НЗОК. Благодарение на

функционалното обособяване на дейността по възлагане на обществени поръчки и регламентираното взаимодействие с останалите дирекции и самостоятелни отдели, беше създадена организация, която позволи до края на годината да се подготвят два пъти повече процедури от предходния отчетен период.

Подобрена беше значително връзката на НЗОК с РЗОК, здравноосигурени лица и договорни партньори чрез тяхното информационно обезпечаване и по-добрата медийна политика. Отвореният форум на НЗОК - "on-line консултация", откритата телефонна линия и отворената приемна дадоха възможност на много здравноосигурени граждани и договорни партньори да получат директно от експерти отговори на поставени въпроси и проблеми. Наблюдава се и подобрена координация и взаимодействие между НЗОК и други държавни институции, организации и ведомства.

Позитивният резултат от участието на НЗОК в подготвителната работа по предприсъединителния процес се изразява във включването на здравето осигуряване в материалния обхват на двустранните спогодби за социално осигуряване. Въпреки някои съществени различия с принципите на осигуряване в страните от ЕС на преден план е желанието на НЗОК да участва активно в подготовката си за бъдещите финансови ангажименти зад граница, което е продиктувано от необходимостта от натрупване на опит в сферата на трансграничните трансфери за лечение в чужбина. С бъдещата работа на НЗОК е свързана и дейността (с помощта на международни консултанти) по изграждането на нейния административен и институционален капацитет като организация, гарантираща в максимален обхват правата на здравноосигурените граждани в България.

ПРЕДСТОЯЩИ ЗА РАЗРЕШАВАНЕ ПРОБЛЕМИ

В административната дейност на НЗОК през 2004 година се очертаха слаби страни и проблеми в няколко направления. Тяхното идентифициране определя насоките за бъдеща работа и налага промени, с оглед повишаване на ефективността и социалната резултативност.

Остава проблемът с липсата на достоверна и достатъчна здравно-статистическа информация за заболяемост на населението по диагнози, който затруднява прогнозирането, мониторинга и оценката на заплащаната от НЗОК извънболнична и болнична помощ. Преодоляването му във вътрешен план изисква изграждането на интегрирана информационна система, както и задължително отчитане на договорните партньори на електронен носител.

В информационното обслужване на системата се наблюдаваше увеличаване на техническите проблеми с работните станции и принтерите в НЗОК, рефлектиращи и

върху потребителите, поради физическата им амортизация и необходимост от ремонт. В кадрови план е недостатъчен съставът на специалистите в отделите, които трябва да решават едновременно голям брой текущи и множество извънредно възникващи задачи. От друга страна, недостатъчният кадрови ресурс не дава възможност за пълноценно използване на наличната информация от електронните отчети на лабораториите и регистрите на лицата, подлежащи на медицинска помощ по Наредбата на МЗ за профилактичните прегледи и диспансеризацията. Някои затруднения в информационно отношение бяха свързани с чистотата на обработваните данни. Главни причини за възникването им са:

- Наличието на различни програмни решения в РЗОК, като резултат от липсата на централизирани решения, през достатъчно дълъг период от дейността на НЗОК;
- Многобройните източници на информация и различните входове на данни към РЗОК, респективно към информационната система на НЗОК;
- Недостатъчно добрата координация на дирекциите в ЦУ на НЗОК с дирекция “ИТД”.

Като съществен проблем при осъществяване на контролната дейност на НЗОК може да се посочи регламентираното в НРД 2003 ограничение за извършване на непосредствен контрол от експертите на дирекцията. Липсва възможност за съставяне на протокол от извършена проверка и предложение за налагане на санкция при самостоятелни проверки на експерти от ЦУ на НЗОК. Проблем представляват и различните тълкувания на алгоритъма на клиничните пътеки от страна на експертите от ЦУ на НЗОК, РЗОК и от самите изпълнители на болнична помощ, което затруднява работата на лекарите-контрольори. Правилната и еднаква интерпретация от всички страни би повишила ефективността на медицинския контрол. Натрупаните в резултат на проверките огромни бази от данни се налага да бъдат обработени, което отнема време и е трудоемък процес. Създаването на софтуерен продукт би улеснило и подобрило работата на медицинските и финансови експерти.

В контролната дейност по лекарствата се проявиха следните проблеми, които бяха предложени за решаване в НРД 2005: невъзможността за контрол на Експертни комисии от университетски болници, издаващи протоколи, които не са договорни партньори на НЗОК; липсата на критерии (при протоколите IC) или недостатъчно ясни такива (при протоколите IB) за назначаване на лечение с лекарства с режим на предписване IC и IB, не дава база за обективна оценка на предписанията на договорните партньори; липсата на фиксирана дневна доза в колона “ред и изисквания

при предписване” на лекарствения списък, за която НЗОК заплаща, е предпоставка за необосновано превишаване на необходимите за лечението дози.

Наблюдават се очевидни пропуски в работата на експертните комисии в РЗОК. Необходимо е обучение и актуализиране на “Правила за дейността на комисиите в РЗОК”, както и актуализиране на методиките и аналитичните автоматизирани справки за извършване на контрол по предписване и отпускане на лекарства. В оптимално кратки срокове следва да се обезпечи чрез информационната система на НЗОК/РЗОК действащ регистър на “Рецептурни книжки на хронично болния”, внедряване в реални условия на модул за предписване и отпускане на лекарствени продукти по протоколи, които да осигуряват информация на регионално и национално ниво.

При контрола по клинични пътеки от страна на РЗОК се прилага принципа да се проверяват КП с най-много отчетени случаи и болниците с най-много преминали пациенти по КП. По този начин редица КП и по-малки ЛЗ не се проверяват, което е причина за значителни пропуски в работата им. Не са извършвани проверки в ЛЗБП, извършващи високоспециализирани дейности и на СИМП, оказващи болнична помощ. Слабост в работата на РЗОК е, че регистрацията на протоколи IC се извършва чисто формално, без да се прави проверка за спазени изисквания на НЗОК при издаването им.

Липсата на собствен групер и софтуер за национална обработка на натрупаните записи от пилотните болници затруднява успешния и задълбочен мониторинг на данните и може да забави процеса на подготовката за въвеждане на кейс-микс подхода и ДСГ при заплащане на болниците. Много е висок процентът на грешките и липсите на пълна икономическа информация в данните от пилотните болници. Три от тях резистираха от проекта и по решение на МЗ бяха заменени с други три болници. За решаване на тези проблеми беше разработена система от мерки за посещения на терен на пилотните болници и за обратна връзка с тях. Други проблеми, които трябва да бъдат разрешени за въвеждането на ДСГ, се отнасят до избора на подходяща за българските условия система на ДСГ за класифициране на преминалите през ЛЗБП пациенти; подсиуряване на ЛЗБП с хардуерно и софтуерно оборудване, подпомагащо генерирането и подаването на медико-статистическа и икономическа информация; наличието на слаби компютърни конфигурации, които затрудняват обработването на данните.

По отношение на правната дейност следва да се отбележи необходимостта от развитие и задълбочаване на ангажиментите на дирекцията по оказване на методическа помощ на юрисконсултите на РЗОК при осъществяване на професионалните им задължения. Освен това, необходимо е да бъде повишена степента на взаимодействие и координация между юрисконсултите от страната и

Централното управление с оглед преодоляване на случаите на противоречива административна практика, както и с цел търсене на по-добри общи решения по проблемните въпроси, изискващи решения от областта на правото.

Съществен проблем в дейността на НЗОК е недобрата координация и слабата комуникативност между отделните структурни звена в рамките на ЦУ на НЗОК. Разпръснатостта на сградния фонд допълнително утежнява комуникациите и затруднява екипната работа.

Инфраструктурен е проблемът с липсата на подходящо библиотечно помещение, което да се използва активно от служителите на ЦУ на НЗОК за запознаване с богатия библиотечен фонд – специализирана литература, периодика, CD и др. В момента тази литература е на склад поради липса на помещение.

Все още не се използват достатъчно възможностите на Пресцентъра на НЗОК. Директорите на дирекции и началниците на самостоятелни отдели в ЦУ на НЗОК не предоставят на сектор “Пресцентър” информация за онези свои дейности, които представляват публичен интерес.

В международен аспект проблематичен остава още въпросът с неосигурените граждани в страната. За разлика от другите европейски държави, българските здравноосигурителни права са лични и не могат да се прехвърлят. В държавите от ЕС неосигурените черпят здравноосигурителни права от осигурения член на семейството. Компетентните здравноосигурителни институции в чужбина не биха се затруднили да реимбурсират средства за лечение на своите граждани в България. За НЗОК би възникнал финансов проблем при обезпечаването на медицинската помощ за български граждани на територията на ЕС поради високите цени на медицинските услуги там. Необходимо е НЗОК да гарантира пред европейските структури достатъчен административен и финансов капацитет за посрещане на скорошните ангажименти по възстановяването на средства за лечение на български граждани, краткосрочно пребиваващи от 2007 година в ЕС.

С цялостната си дейност през 2004 година НЗОК изпълняваше своята мисия: да гарантира на здравноосигурените граждани достъпност и равнопоставеност при ползването на качествена медицинска помощ, да защитава техните права, както и да управлява ефективно финансовите ресурси.

Анализът на дейността на НЗОК през 2004 година позволи да се формулират основните направления за разработване на следващи национални рамкови договори и да се подобри управлението на процесите в системата на задължителното здравно осигуряване.

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АК	Арбитражна комисия
БЛС	Български лекарски съюз
БП	Болнична помощ
ВМА	Военномедицинска академия
ВСД	Високоспециализирани дейности
ДВ	Държавен вестник
Дирекция "ИТД"	Дирекция "Информационни технологии и дейности"
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ДСГ	Диагностично свързани групи
ЕС	Европейски съюз
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗЗОЛ	Задължително здравноосигурено лице
КАТ	Компютърна аксиална томография
КП	Клинична пътека
КТ	Кодекс на труда
ЛЗ	Лечебни заведения
ЛЗБП	Лечебни заведения за болнична помощ
ЛКК	Лекарска консултативна комисия
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МДД	Медико-диагностични дейности
МЗ	Министерство на здравеопазването
МКБ	Международна класификация на болестите
МКБ-9КМ	МКБ – 9-та ревизия-клинична модификация
МКБ-10	МКБ – 10-та ревизия-клинична модификация
МРТ	Магнитно-резонансна томография
МС	Министерски съвет
НЗК	Национална здравна карта
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НОИ	Национален осигурителен институт
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ОПС	Общопрактикуващ стоматолог
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
ПИСП	Първична извънболнична стоматологична помощ
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
ССБ	Съюз на стоматолозите в България
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение
УС	Управителен съвет
ЦУ на НЗОК	Централно управление на Националната здравноосигурителна каса
ЯМР	Ядрено-магнитен резонанс
PHARE на ЕС	Програма на ЕС за финансиране на проекти