



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

**ЗА 2003 ГОДИНА**

**Годишният отчет за 2003 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 здравето 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**

Националната здравноосигурителна каса с дейността си 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

<b>ОСНОВНИ ПРИОРИТЕТИ НА НЗОК ПРЕЗ 2003 ГОДИНА .....</b>	<b>5</b>
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА НЗОК.....</b>	<b>6</b>
<b>ОРГАНИ НА УПРАВЛЕНИЕ.....</b>	<b>6</b>
СЪБРАНИЕ НА ПРЕДСТАВИТЕЛИТЕ .....	6
УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ.....	6
КОНТРОЛЕН СЪВЕТ .....	7
ДИРЕКТОР .....	7
<b>ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА НА НЗОК .....</b>	<b>12</b>
<b>ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА ДЕЙНОСТ.....</b>	<b>18</b>
<b>ОСИГУРЕНИ И РЕГИСТРИРАНИ ПРИ ОПЛ ЛИЦА.....</b>	<b>18</b>
<b>ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ .....</b>	<b>20</b>
<b>СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ .....</b>	<b>23</b>
<b>МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ.....</b>	<b>28</b>
<b>СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ .....</b>	<b>30</b>
<b>ЛЕКАРСТВА ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ.....</b>	<b>32</b>
<b>БОЛНИЧНА ПОМОЩ.....</b>	<b>34</b>
<b>КОНТРОЛ НА ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ.....</b>	<b>37</b>
МЕДИЦИНСКИ КОНТРОЛ .....	37
ФИНАНСОВ КОНТРОЛ.....	39
<b>АДМИНИСТРАТИВНА ДЕЙНОСТ НА НЗОК.....</b>	<b>41</b>
<b>ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ .....</b>	<b>48</b>

## ОСНОВНИ ПРИОРИТЕТИ НА НЗОК ПРЕЗ 2003 ГОДИНА

За да изпълни мисията и целите си, през 2003 година **основните приоритети** на НЗОК бяха:

- Финализиране на преговорите и подписването на Национален рамков договор за 2003 (НРД 2003) с представителите на съсловните организации на лекарите и стоматолозите;
- Сключване на индивидуални договори, съгласно договореностите в НРД 2003, с изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ на територията на районните здравноосигурителни каси;
- Отчитане на изпълнението на бюджета и дейността за 2002 година;
- Разработване на годишен бюджет на НЗОК за 2004 година;
- Разработване и разпределение към районните здравноосигурителни каси на регулативни стандарти за възлагане на специализирани медицински дейности;
- Интегриране на медицинския и финансовия контрол на договорните партньори;
- Институционализиране на кейс-микс офис в структурата на ЦУ на НЗОК със стратегически задачи по въвеждане на кейс-микс подхода и диагностично-свързаните групи в системата на финансиране на болничните лечебни заведения;
- Разработване на модели, параметри и стойности за заплащане на изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ за следващи рамкови договори, и в частност - за НРД 2004;
- Участие в преговори за следващ рамков договор със съсловните организации;
- Институционално развитие и формиране на система за институционална устойчивост;
- Интензификация на контрола върху събираемостта на здравноосигурителните вноски съвместно с НОИ и въвеждане на механизми за проверка на осигурителния статус на регистрираните при общопрактикуващи лекари лица;
- 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;
- Международно сътрудничество и европейска интеграция.

***Дейността на НЗОК през 2003 година беше подчинена на дефинираната програма на правителството на Република България за развитие 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 2003 година Събранието на представителите на свои редовни и извънредни заседания разглежда дейността на НЗОК и взе следните по-важни решения:

- Одобрени годишния финансов отчет на НЗОК за 2002 година;
- Одобрени отчетите за изпълнение на бюджета на НЗОК за 2002 година;
- Одобрени отчетите за дейността на НЗОК за 2002 година;
- Одобрени проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за бюджета на НЗОК;
- Прие "Правила за дейността на комисията в ЦУ на НЗОК и реда за извършване на експертиза по чл. 78 от ЗЗО";
- Утвърди проект на Закон за бюджета на НЗОК за 2004 година.

#### **УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ**

В дейността си през 2003 година Управителният съвет, в съответствие със ЗЗО, взе следните по-важни решения:

- Прие изменения и допълнения на правилника за устройството и дейността на НЗОК;
- Прие изменения и допълнения на правилника за дейността и работата на УС;
- Прие правила за провеждане на конкурс за директор на НЗОК;
- Обяви конкурс за заемане на длъжността "директор на НЗОК";
- Определи обща численост на персонала на НЗОК за 2003 година от 2 110 щатни бройки;
- Прие инвестиционната програма на НЗОК за 2003 година;
- Прие проект на "Изисквания за заемане на длъжността и правила за провеждане на конкурс за директори на РЗОК";
- Възложи на представителите на НЗОК в Комитета за управление на проекта "Реформа в здравния сектор" да проведат разговори с председателя на Комитета и да предприемат действия за ускоряване на процедурата по международен одит на информационната система на НЗОК;
- Прие Меморандум за съвместна работа между НОИ и НЗОК;
- Прие проект за изменение и допълнение на Правилника за устройството и дейността на НЗОК;

- Прие проект на Лекарствен списък на НЗОК;
- Обяви конкурси за длъжностите “директор на РЗОК”;
- Прие годишния финансов отчет на НЗОК за 2002 година;
- Одобрѝ “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;
- Определи нова структура на ЦУ на НЗОК;
- Прие стратегията за публични комуникации на НЗОК през 2003 и 2004 година;
- Прие проект на Закон за бюджета на НЗОК за 2004 година;
- Прие проекта на Закон за изменение и допълнение на ЗЗО с мотиви към него.

#### **КОНТРОЛЕН СЪВЕТ**

През 2003 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 2003 година директорът на НЗОК организираше и ръководеше оперативно дейността на НЗОК, в съответствие със закона, Правилника за устройството и дейността на НЗОК, решенията на Събранието на представителите и Управителния съвет, както и договора за управление.

**ОРГАНИ НА УПРАВЛЕНИЕ НА НЗОК**  
**за периода 01.01. – 31.12. 2003 година**

**Събрание на представителите**

***Представители на държавата:***

Кирил Ананиев  
Славчо Богоев - до 15.09.2003  
Д-р Петко Салчев - от 15.09.2003  
Проф. Д-р Генчо Начев  
Николай Попов  
Доц. Д-р Виктор Златков  
Севдалин Мавров  
Христина Велчева - до 15.09.2003  
Тодор Диманов - от 15.09.2003  
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 - от 25.06.2003  
Д-р Константин Тренчев - до 25.06.2003  
Д-р Евгени Душков  
Владимир Бояджиев

***Представители на работодателите:***

Петър Денев  
Спас Панчев  
Ваня Тодорова  
Д-р Петко Салчев - до 15.09.2003  
Христо Григоров  
Минчо Коралски

***Представители на общините:***

Асен Дюлгерев  
Дилян Енкин  
Д-р Евгений Желев  
Д-р Иван Колчаков  
Д-р Марин Пейчев  
Нуредин Кафелов



### **Управителен съвет на НЗОК**

*Председател:* Кирил Ананиев  
*Членове:* Петър Денев  
Славчо Богоев - до 15.09.2003  
Петко Салчев - от 15.09.2003  
Проф. Д-р Генчо Начев  
Решат Мехмедов  
Николай Попов  
Доц. д-р Виктор Златков  
Д-р Евгени Душков  
Асен Дюлгерев

### **Контролен съвет на НЗОК**

*Председател:* Севдалин Мавров  
*Членове:* Доц. д-р Джансаран Ходжаджик – Пелова  
Христина Велчева - до 15.09.2003  
Румен Симеонов - от 15.09.2003  
Нуредин Кафелов  
Димитър Нинов

### **Ръководство на НЗОК**

от 01.01. - 22.01.2003 година  
*И.д. Директор на НЗОК* Надежда Генева  
от 23.01. - 07.03.2003 година  
*И.д. Директор на НЗОК* Д-р Глинка Комитов  
от 08.03. - 31.12. 2003 година  
*Директор на НЗОК* Д-р Димитър Петров  
*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

## **Директори на РЗОК**

<b>РЗОК</b>	<b>до 31.07.2003 година</b>	<b>от 01.08.2003 година</b>
Благоевград	Д-р Петър Календерски	Д-р Ангел Каркелев
Бургас	Д-р Чавдар Карабаджиков	Д-р Чавдар Карабаджиков
Варна	И.д. Д-р Делян Друмев	Д-р Станимир Киряков
Велико Търново	Елена Казанджиева	Елена Казанджиева
Видин	Д-р Владимир Вълчев	Д-р Владимир Вълчев
Враца	Д-р Александър Семков	Д-р Соня Съботинова
Габрово	Захари Дошков	Захари Дошков
Добрич	Д-р Станимир Киряков	Д-р Бисерка Пачолова
Кърджали	И.д. Д-р Стоян Петков	Адлен Шукри Шевкед
Кюстендил	Д-р Сашо Котев	И. д. Д-р Сашо Котев
Ловеч	Георги Стефанов	Д-р Донка Минкова
Монтана	Д-р Иван Иванов	Станчо Манчевски
Пазарджик	Д-р Васил Попов	Д-р Васил Попов
Перник	Д-р Николай Петков	Д-р Диана Недялкова
Плевен	Д-р Петър Керемедчиев	Д-р Симеон Янчев
Пловдив	Д-р Александър Димитров	Д-р Александър Димитров
Разград	Д-р Камелия Якимова	Д-р Камелия Якимова
Русе	Д-р Орлин Геров	Д-р Орлин Геров
Силистра	Д-р Снежана Нончева	Д-р Снежана Нончева
Сливен	Д-р Светослав Славов	Д-р Антон Василев
Смолян	Д-р Кузман Гелов	Д-р Кузман Гелов
София-град	Д-р Иван Букарев	Д-р Иван Букарев
София-област	Д-р Цонко Цолев	Д-р Станимир Русев – до 14.11. И.д. Д-р Любомир Стефанов – от 09.12.
Стара Загора	Д-р Стоянка Моллова	Д-р Славка Йорданова
Търговище	Иван Китанов	Иван Китанов
Хасково	Д-р Павлина Куюмджиева	Д-р Павлина Куюмджиева
Шумен	И.д. Анета Георгиева	Д-р Йорданка Пенкова
Ямбол	Д-р Светлозар Кривошиев	Д-р Ирена Тошева

## Общински офиси

<b>РЗОК</b>	<b>Разкрити офиси в общини:</b>
Благоевград	Петрич, Сандански, Разлог, Гоце Делчев, Сатовча
Бургас	Айтос, Руен, Средец, Карнобат, М. Търново, Созопол, Поморие, Сунгурларе
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, Г. Тошево, Каварна, Тервел
Кърджали	<i>Няма</i>
Кюстендил	Бобов дол, Дупница
Ловеч	Летница, Троян, Тетевен, Луковит
Монтана	Берковица, Вълчедръм, Лом
Пазарджик	Велинград, Пещера, Септември, Панагюрище
Перник	<i>Няма</i>
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, Две могили
Силистра	Главиница, Дулово, Тутракан
Сливен	Твърдица, Нова Загора, Котел
Смолян	Мадан, Девин, Доспат, Златоград
София град	ДКЦ ХХ Красно село, ДКЦ ХХV Младост, ДКЦ ХVIII Подуяне, ДКЦ ХII Люлин, ДКЦ ХVIII Надежда
София област	Сливница, Своге, Самоков, Пирдоп, Ботевград, Ихтиман
Стара Загора	Казанлък, Чирпан, Раднево, Гълъбово, Гурково
Търговище	Омуртаг, Попово
Хасково	Димитровград, Любимец, Харманли, Тополовград, Ивайловград
Шумен	Велики Преслав, Каолиново, Нови пазар
Ямбол	Елхово, Болярово

## ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА НА НЗОК

### ЦЕНТРАЛНО УПРАВЛЕНИЕ

Дейността на Централно 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. 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 2003 година бяха:***

- Подготовка и участие в преговори със съсловните организации за подписване на НРД 2003 и НРД 2004;
- Методическо ръководство върху дейността на длъжностните лица от РЗОК - финансови инспектори и лекари-контрольори;
- Информационно осигуряване на обмена с РЗОК, създаване и поддръжка на регистрите и архива на НЗОК, участие в разработката на концепция и техническо задание за изграждане на интегрирана информационна система;
- Разработване и прилагане на технологии за остойностяване на здравни дейности и медицински услуги, предлагане на модели за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ за нови рамкови договори;
- Изготвяне на разчети за приходите и разходите на НЗОК, и на проект на бюджета на НЗОК за 2004 година; промяна, съгласуване и утвърждаване на бюджетите на РЗОК; управление на резерва и контрол върху инвестиционните разходи на НЗОК и РЗОК;
- Извършване на проверки по законосъобразността на извършените разходи и приходите на НЗОК и РЗОК, включително - на жалби на осигурени лица и работодатели; контрол върху изпълнителите на медицинска помощ по изпълнение на сключените договори с РЗОК;
- Анализ, прогнозиране и планиране на потребностите от кадри за администрацията на ЦУ на НЗОК и за РЗОК; поддръжане на документацията за персонала, разработване на функционални и длъжностни характеристики;
- Събиране и анализ на информация относно обучението на персонала; изграждане и поддръжане на система за повишаване на професионалната квалификация;
- Планиране, подготвяне, администриране и координиране на проекти за международно сътрудничество на двустранна и многостранна основа, в които НЗОК е страна; работа по проблемите на европейската интеграция, както и проучване на общественото мнение и на връзката с осигурените лица по въпроси, свързани със задължителното здравно осигуряване;

- Участие в подготовката на проекти за законови и подзаконови нормативни актове; изготвяне на проекти 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;
- Изпълнение на изискванията на Закона за счетоводството по отношение на спазването на националните счетоводни стандарти, съхранението, отчитането и контролирането на дълготрайните материални активи, както и на строителството и ремонта на недвижимата собственост;
- Методическо ръководство и контрол по изпълнението 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 от страна на РЗОК;
- Събиране, систематизиране, планиране и организиране на информацията относно 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 други ведомства, дипломатически представителства и представителствата на международните организации, акредитирани в България;
- Гарантиране на осигуреността на дейностите на НЗОК; изготвяне на отбранително-мобилизационни планове и разчети и осигуряване на транспортното обслужване и комуникациите на НЗОК;
- Методическа помощ на РЗОК, координация и контрол на работата им.

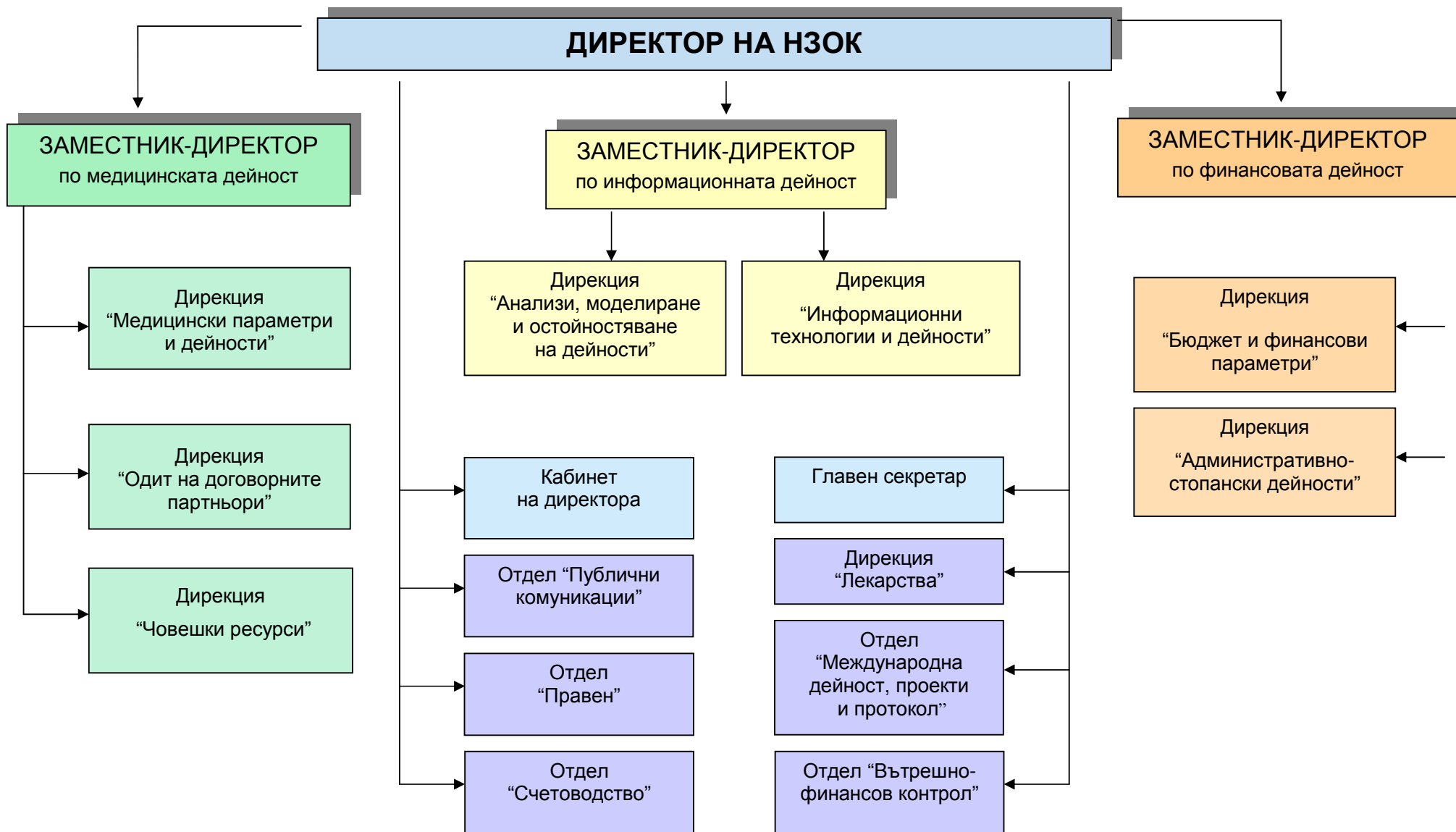
Административната структура на ЦУ на НЗОК до 10 август 2003 година е представена на фигура 1. След обсъждане на целесъобразността и ефективността от функционирането на съществуващата организационна структура на ЦУ, Управителният съвет на НЗОК взе решение № РД-УС-04-90/08.07.2003 г. за нейното преустройство. Основните мотиви за реорганизирането на ЦУ бяха: разпокъсаност, слаба координация и дублиране на медицинските и финансовите контролни дейности над договорните партньори, изпълнявани от две различни дирекции и ситуирани в различни ръководни ресори; дублиране на задачи по остойносттаване, прогнозиране и планиране на медицинските дейности и слаба координация между медицински и икономически екипи; необходимост от създаването на кейс-микс офис в рамките на НЗОК със стратегически задачи по разработването и въвеждането на кейс-микс подхода и диагностично-свързаните групи при отчитане и заплащане за медицинските дейности; повишаване на вътрешната ефективност чрез структурно интегриране на дейностите и институционалния капацитет по финансово

прогнозиране, планиране и оперативно финансово управление и финансово регулиране; целесъобразност от концентрация на структури и функции по разработване на медицински параметри; структурно реабилитиране на функцията по управление на човешките ресурси и т.н. Предвидените промени трябваше да се реализират при максимална икономичност и в рамките на предвидените годишни разходи за трудови възнаграждения и компенсиране на труда на персонала. Със заповед на Директора на НЗОК № РД 09-442/08.08.2003 г. бяха направени структурни промени в ЦУ на НЗОК (фиг.2), които влязоха в сила от 11 август 2003 година.

фиг.1. Организационна структура на ЦУ на НЗОК до 10 август 2003 година



фиг.2. Организационна структура на ЦУ на НЗОК в сила от 11 август 2003 година





## **РАЙОННИ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ КАСИ**

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

***Основните дейности и функции на РЗОК през 2003 година бяха свързани с:***

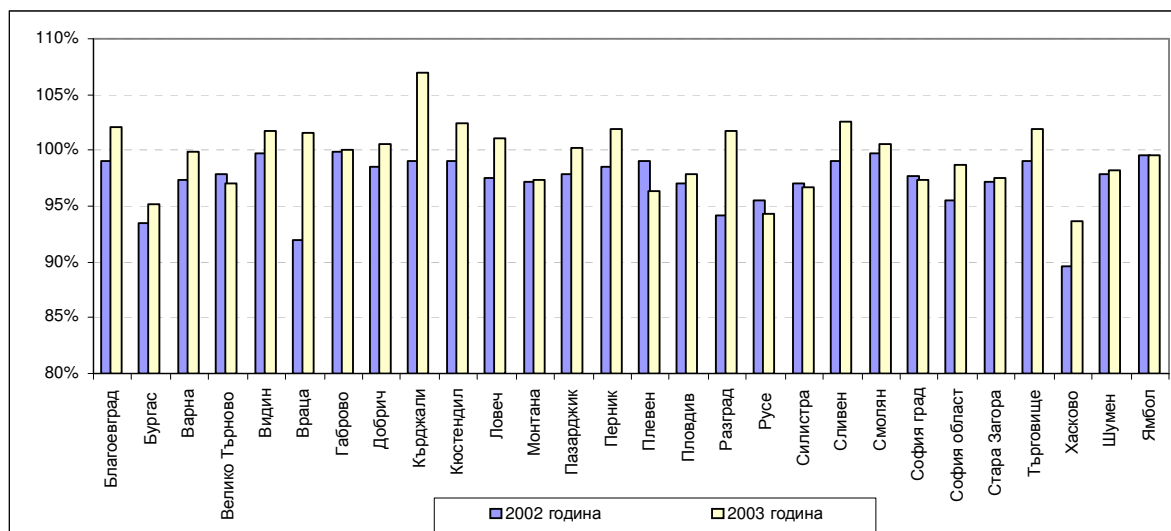
- Осъществяване на задължителното здравно осигуряване в изпълнение на НРД 2003 на съответната територия;
- Анализ на здравето състояние и потребностите на населението на територията на съответната РЗОК;
- Сключване на индивидуални договори, в съответствие с условията, приети в НРД 2003, с изпълнителите на извънболнична медицинска и стоматологична помощ на територията на РЗОК;
- Осъществяване на медицински и финансов контрол върху изпълнението на договорите;
- Информационно осигуряване на обмена на данни за нуждите на управлението на процесите в РЗОК;
- Изготвяне и предоставяне на ЦУ на НЗОК на информация за дейността, както и за възникналите проблеми.

## ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА ДЕЙНОСТ

### ОСИГУРЕНИ И РЕГИСТРИРАНИ ПРИ ОПЛ ЛИЦА

Системата на задължително здравно осигуряване *покрива почти цялото налично население* – по данни на НСИ 98.72% от гражданите на страната са с регистрация при ОПЛ. Регионалната картина на регистрацията при ОПЛ е с намаляващи различия (фиг.1).

**Фиг.1. Ниво на регистрацията на ЗЗОЛ при ОПЛ по области за периода 2002-2003 година**

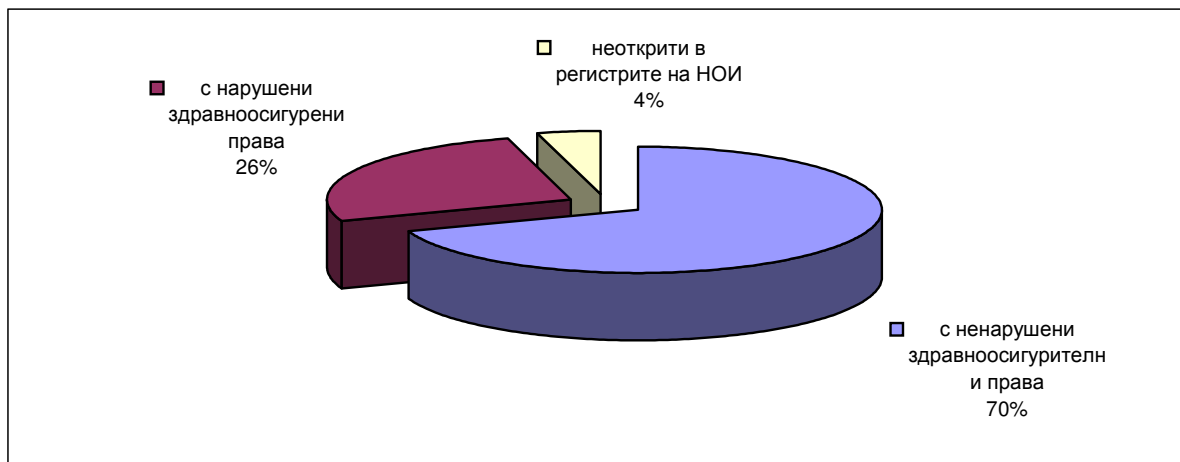


Към месец декември *относителният дял на регистрираните при ОПЛ ЗЗОЛ с нарушени осигурителни права е 30%*, от които 4.1% - неоткрити в регистрите и 25.9% - с неплатени една или повече здравноосигурителни вноски (фиг.2). Почти всички лица с нарушен осигурителен статус са в активна трудова възраст. Буди безпокойство фактът, че 18.7% от практикуващите по договор с НЗОК ОПЛ през месец септември 2003 година са с нарушени осигурителни права, като този дял спада през месец декември до 16.8%.

*Проблемните съвкупности от лица с прекъснати здравноосигурителни права са в следните групи: земеделски производители; самоосигуряващите се лица; неосигурени на друго основание лица; социално слаби граждани с право на социално подпомагане; студенти и войници на наборна военна служба; работници и служители, наети от работодател, на които не се изплащат възнаграждения; продължително отсъстващи от страната български граждани. Причините за големия брой български граждани без нито една здравна вноска или с прекъснати осигурителни права са свързани с ниската осигурителна култура сред населението, икономическите проблеми*

в голяма част от фирми и организации - осигурители и липсата на пълни и изчистени от грешки данни от НОИ за осигурителния статус и причината за неиздължените вноски. НЗОК ще продължава да осигурява възможности за предоставяне на информация на ОПЛ за осигурителния статус на ЗЗОЛ.

**Фиг.2. Структура на ЗЗОЛ, регистрирани при ОПЛ към декември 2003 година**



Приетите стъпки от страна на НЗОК и НОИ в посока на информационното изясняване на осигурителния статус на регистрираните при ОПЛ лица, макар и на четвъртата година от въвеждането на системата на здравното осигуряване, генерираха положителни резултати – промени в ЗЗО, реална активност сред институциите и хората да издължат вноски за минал период и да следят за редовността на здравното осигуряване.

## 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, обърнало 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.

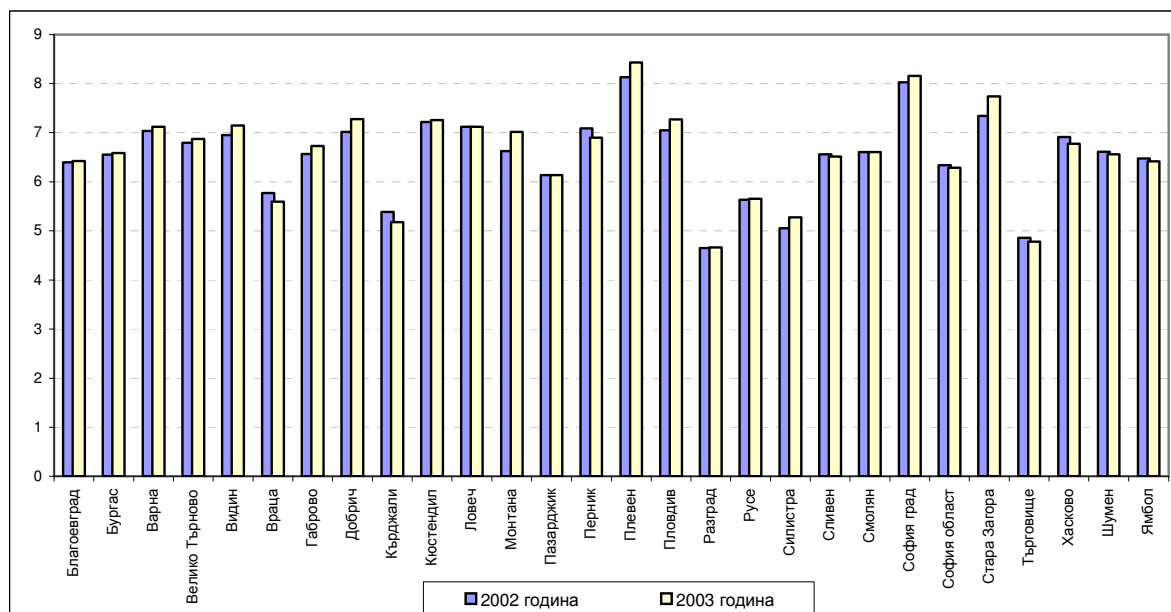
През 2003 година НЗОК *покрива на национално ниво изискванията на Националната здравна карта (НЗК) в областта на ПИМП*, като броят на лекарите нараства успоредно с разширяване на регистрационната активност на осигурените лица при ОПЛ. *Средният брой записани лица при един ОПЛ (1400 – 1500) е в диапазона на световната практика.* Отпадането на изискването за долна граница от 800 души по НРД 2003 дава по-добри възможности на по-малките практики, в които загубите на време за чакане на пациентите са по-малки и времето за обслужване на пациента може да бъде по-дълго.

*Осигуреността на ЗЗОЛ по области с лекари от ПИМП се запазва относително постоянна* през последните две години. Средната осигуреност на 10 000 ЗЗОЛ е 7 при вариация от 8.5 (Плевен) до 4.7 (Разград). Отчита се почти незабележимо намаляване на различията - размахът на вариация е 3.8 при 3.9 за 2002 година.

*Продължава тенденцията на постепенно запълване на незаети от ОПЛ практики по НЗК.* Броят на незаетите практики през 2003 година е намалял с 19 практики, което води до подобряване на обслужването на населението в малки населени места. *Въпреки това се запазва високата степен на концентрация на ОПЛ в области с медицински университети и в големите градове, при ниска и слабо изменяща се или намаляваща осигуреност в области като Разград, Търговище, Кърджали, Враца.* Слабата динамика в броя на лекарите, желаещи да работят като

ОПЛ по договор с НЗОК и намаляването на темповете на запълване на незаетите практики изискват по-специален анализ на причините и условията, при които може да се осигури по-голямо присъствие на лекаря в малки, отдалечени населени места, с лоша инфраструктура.

**Фиг.3. Динамика на осигуреността с ОПЛ на 10 000 ЗЗОЛ по области за периода 2002-2003 година**



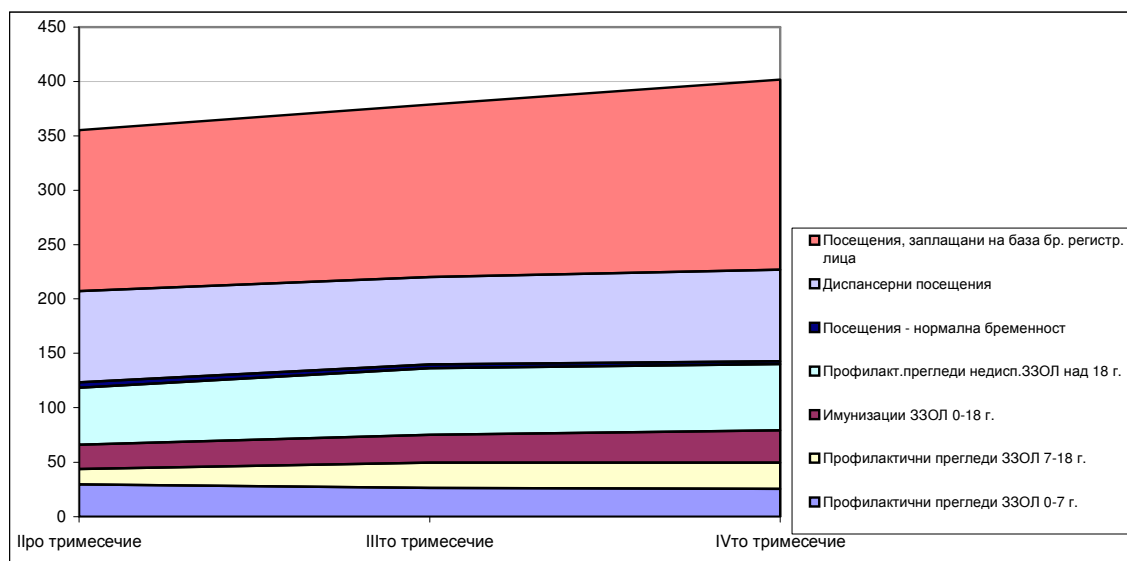
Постигната беше *балансирана картина в структурата и обемите на дейността на ОПЛ* през 2003 година, и особено по НРД 2003, която *говори за по-добро управление на практиките и по-пълна натовареност на лекарите* (фиг.4).

Въведеното с НРД 2003 *отделно заплащане за профилактични прегледи и имунизации на деца, бременни и недиспансеризирани лица над 18-годишна възраст* отчита реално извършената дейност и позволява своевременна проверка и мониторинг над профилактичните дейности. С този метод се редуцира рискът от отчитане на неизвършени дейности и се намаляват административните разходи (измерени във време) на екипите от РЗОК.

*За първи път в НРД 2003 се стимулира профилактиката и на здрави хора на възраст над 18 години, което има положително значение за превенцията и промоцията на здравето в трудоспособна възраст и за постигане на по-висока удовлетвореност на осигурените лица от системата на здравното осигуряване. Все още е ниска активността на осигурените лица и на общопрактикуващите лекари за провеждане на профилактични прегледи.* По данни за потреблението и на

проведеното анкетно проучване от дирекция “Медицински параметри” на около 40% от лицата не са правени профилактични прегледи.

**Фиг.4. Средномесечна натовареност на един ОПЛ по НРД 2003 през 2003 година**



Разширяването на стимулите за работа на ОПЛ с всички нозологии, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ, а не само по приоритетни заболявания, обхванати в програми (по НРД 2001 и НРД 2002), намалява рисковете от дискриминиране на пациенти с хронични заболявания в обществената система на здравеопазване. Броят на обхванатите с диспансерно наблюдение през 2003 година се стабилизира и достига 880 000 души.

Предимство на НРД 2003 в интерес на потребителите е подобряването на възможността за достъп (извън регулации) на деца от 0-6 години до специалист по детски болести и 7 профилни педиатрични специалности, както и на бременни - до специалист АГ. Почти 60% от бременните са предпочели да бъдат наблюдавани от акушер-гинеколог, а обръщаемостта към педиатрична помощ значително се повишава.

Въвеждането на системата от регулативни стандарти създава възможност за по-балансирано отчитане на нуждите на ОПЛ от направления за консултации и изследвания, в зависимост от възрастовите и здравните характеристики на пациентите от листата. Позитивните резултати от тази система могат да се видят в няколко аспекта:

- за осигурените лица – по-голяма гарантираност на нуждите на контингенти в неравностойно здравно положение – деца, бременни и диспансерно болни;
- за изпълнителите на медицинска помощ – възможност за прогнозиране на приходи и разходи, както и по-лесно управление на здравните контингенти;

намаляване на различията в осигуряването на специализирани медицински дейности по региони;

- за НЗОК - по-гъвкаво и ритмично бюджетирание и контрол над здравните разходи за СИМП и МДД.

*Отчетността на изпълнителите на ПИМП се опростява и се въвежда възможност за отчитането им на електронен носител. До края на 2003 година около 15% от ОПЛ се отчитат електронно, което все още е недостатъчно за въвеждане на автоматизиран обмен и обработка на данни между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ.*

Прилагането на *допълнително заплащане* при неусвояване на бюджета за първична медицинска помощ *не отчете качеството на дейността на ОПЛ. Необходимо е този елемент на заплащане да е обвързан с оценката за качество и наличие на санкции и резултати от извършени проверки*, за да предоставя реални стимули на изпълнителите за подобряване на качеството на дейността и обхващането на здравноосигурените лица.

### **СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

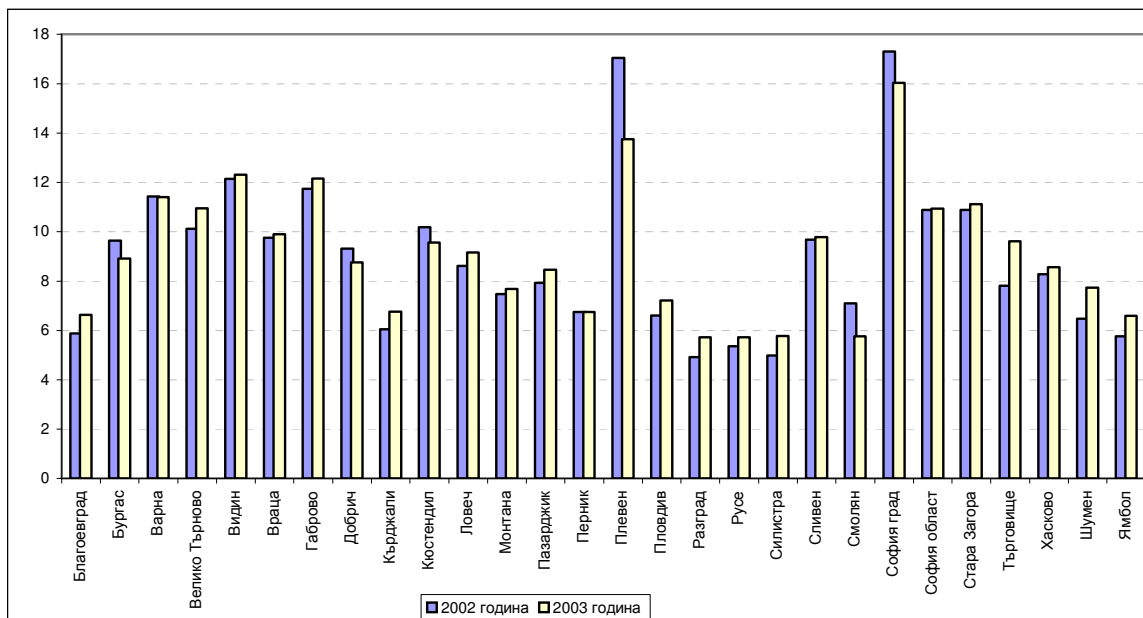
Съгласно НРД 2003 Националната здравноосигурителна каса заплаща СИМП за ЗЗОЛ, насочено към лекар-специалист от ОПЛ или от друг специалист по следния начин:

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. Допълнително заплащане в случаите на неусвояване на годишните бюджети за специализирана извънболнична медицинска помощ.

*Системата на предлагане на СИМП (брой специалисти и лечебни заведения) по договор с НЗОК се стабилизира с тенденция към намаляване на регионалните различия (размахът на вариация е 11.8 при 12.2 за 2002 година) и леко повишаване на дела на индивидуалните и груповите практики.*

Осигуреността на ЗЗОЛ по области с лекари от СИМП се запазва относително постоянна през последните две години. Средната осигуреност на 10 000 ЗЗОЛ е 10 при вариация от 16 (София-град) до 5.8 (Силистра, Русе, Разград).

**Фиг.5. Осигуреност със специалисти на 10 000 ЗЗОЛ по области за периода 2002-2003 година**



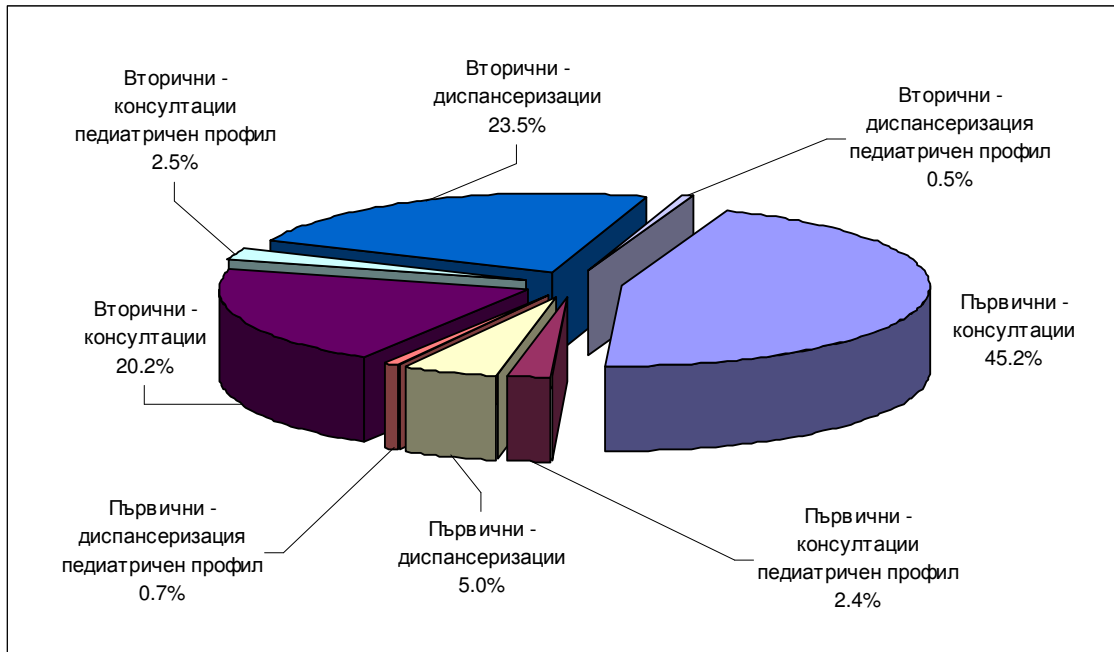
Бюджетните възможности на НЗОК през 2003 година позволиха заплащане средно по 1.3 посещения (първични, вторични, диспансерни) на ЗЗОЛ при специалист, което представлява намаление с 2% спрямо 2002 година.

За разлика от други страни достъпът на пациентите до специалист (след насочване) е много по-бърз - около 60% от обърналите се получават помощ още същия ден. Политиката на НЗОК би трябвало да подкрепя разширяване на достъпа на осигурените лица до специалист. Предпочитанията на населението също са в полза на по-широк достъп до специалист.

Най-ресурсоемкият и най-търсеният от потребителите елемент на СИМП - първичните консултации, е с незначително увеличаване на реализирания обем в случаите на остри заболявания и при интердисциплинарни консултации на хронично болни лица, въпреки нарасналата конкуренция на други нужди от бюджетен ресурс и при завишените с 25% цени по НРД 2003 (фиг.6).



**Фиг.6. Структура на посещенията при специалист за периода на действие на НРД-2003 през 2003 година**

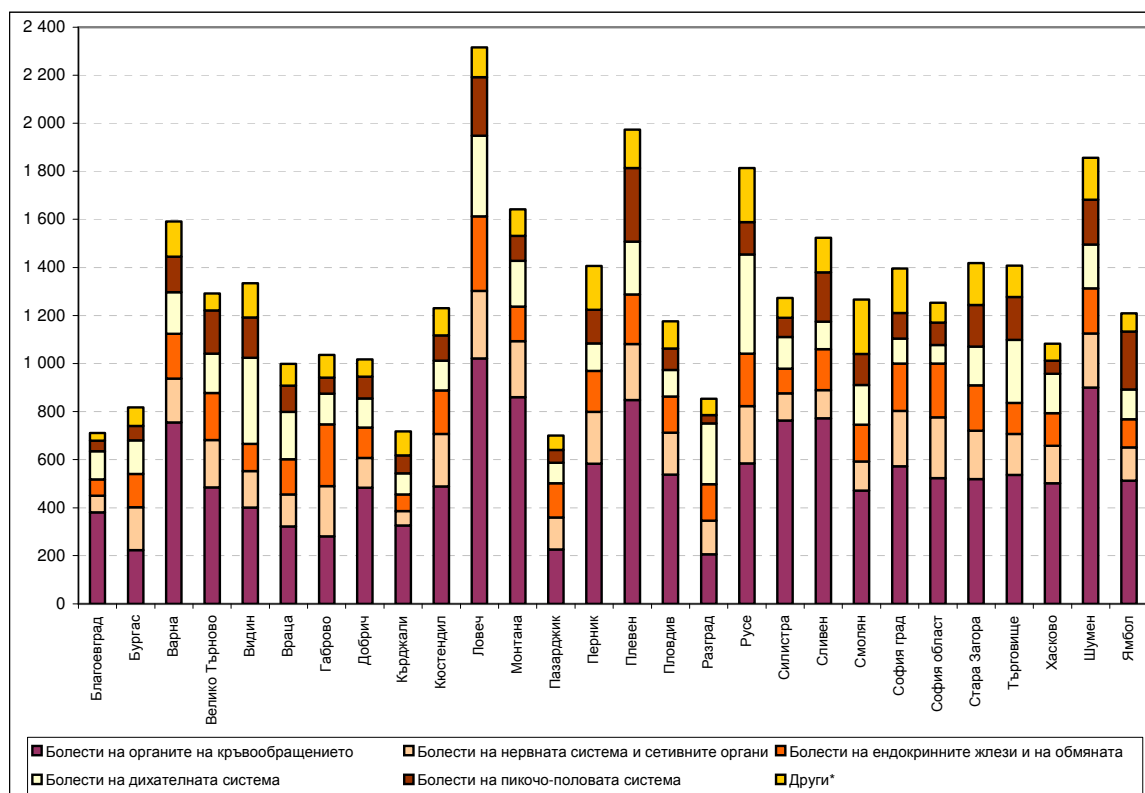


\* посещенията "педиатричен профил" представят дейността на специалности "Детска алергология", "Детски болести", "Детска ендокринология и болести на обмяната", "Детска кардиология", "Детска ревматология", "Детска психиатрия"

Осигурен беше по-голям обем специализирана педиатрична и профилна педиатрична консултативна помощ за деца от 0 до 6-годишна възраст и акушер-гинекологична помощ за бременни. Почти 60% от бременните жени вече се наблюдават от специалист - акушер-гинеколог.

Дейността на лекарите-специалисти беше насочена по-адекватно към изпълнение на изискванията на Наредбата за диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ. Средно за страната диспансеризираните при изпълнители на СИМП представляват 1293 души на 10 000 ЗЗОЛ. Диспансеризирането на ЗЗОЛ при специалист беше обусловено главно от активността на наличните специалисти в различните области (фиг.7). Необходимо е разработването на целеви анализи, многофакторно моделиране, извършване на одит върху индикациите за диспансерно включване, както и създаване на регистри на национално ниво на диспансеризираните лица и на алгоритми за включване в процеса на диспансерното наблюдение, предвид отчетените различия в броя на диспансеризираните лица на 10 000 ЗЗОЛ по области и по видове и групи заболявания.

**Фиг.7. Брой на диспансеризираните ЗЗОЛ при специалист на 10 000 ЗЗОЛ по области и по класове болести към декември 2003 година**



\* вкл. Новообразувания, психични разстройства, болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан, болести на храносмилателната система, болести на кожата, подкожната тъкан и болести предавани по полов път, болести на кръта и кръвотворните органи, инфекциозни болести

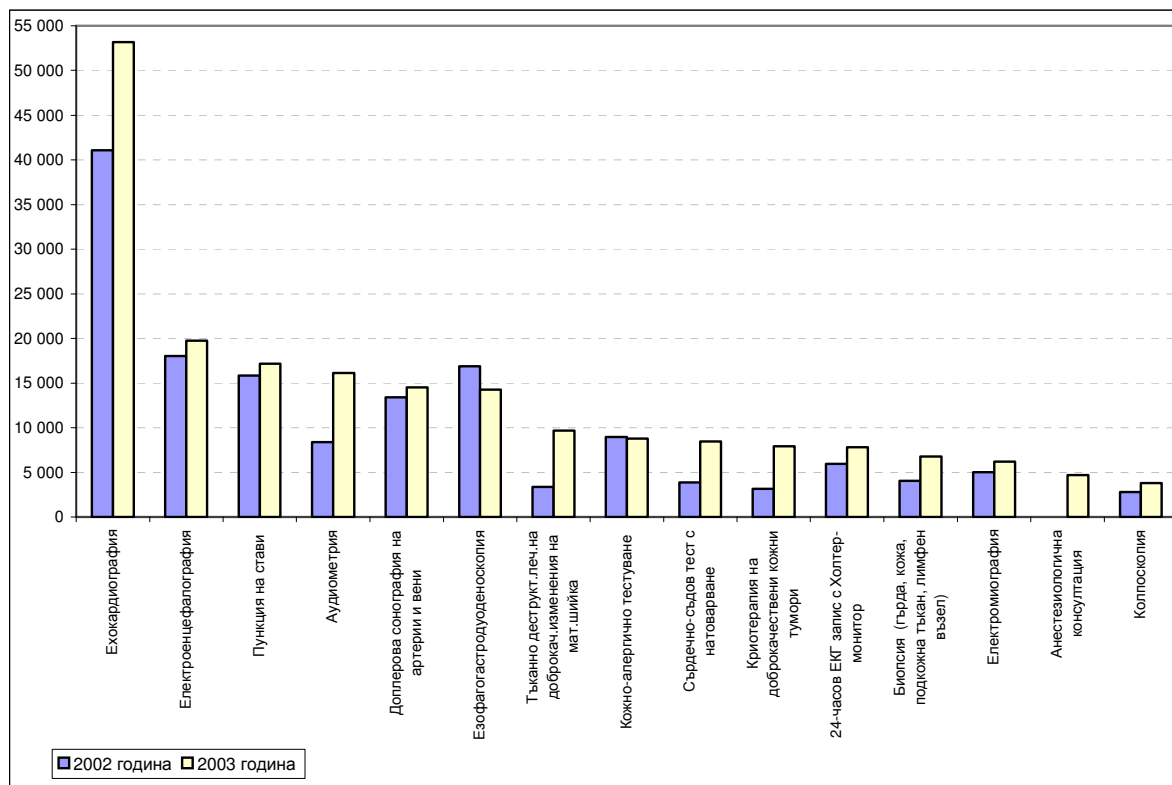
По НРД 2003 насочването към специалист и предоставените ресурси на РЗОК за СИМП се обвързват по-тясно със спецификата на болестността и заболяемостта чрез въвеждане на регулативни стандарти. Новият механизъм премахва проблемите с определяне на критерии от РЗОК при договаряне на обемите високоспециализирани дейности (ВСД). За първи път се регулираха вторичните посещения на деца и бременни, както и на диспансеризирани лица в зависимост от състоянието, заболяването и изискванията на нормативната уредба.

Разширяването на обемите дейности, предоставени на ЗЗОЛ в областта на физиотерапията и рехабилитацията и високоспециализираните дейности в рамките на наличния бюджетен ресурс, показва ориентация към по-високотехнологичните методики, допринасящи за по-интензивно решаване на здравните проблеми на пациентите. Средно за страната на 10 000 ЗЗОЛ НЗОК е заплатила 232 курса през 2003 година, което представлява нарастване с 11% в сравнение с 2002 година.

През 2003 година бяха отчетени 228 360 броя високоспециализирани дейности, което представлява увеличение с 20% спрямо 2002 година. Това означава, че новият

списък е по-адекватен на нуждите на пациентите от по-високо квалифицирани и технологизирани услуги. От отчетения обем дейности 90% се формира от 15 ВСД (фиг.8). Ехокардиографията запазва дела си с най-високо потребление и през 2003 година – 27%.

**Фиг.8. 15-те високоспециализирани дейности с най-високо потребление**



Прилагането на *допълнително заплащане* при неусвояване на бюджета за първична медицинска помощ *не отчете качеството на дейността на изпълнителите на СИМП*. Необходимо е този елемент на заплащане да е *обвързан с оценката за качество и наличие на санкции и резултати от извършени проверки*, за да предоставя реални стимули на изпълнителите за подобряване на качеството на дейността и обхващането на здравноосигурените лица.

## МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

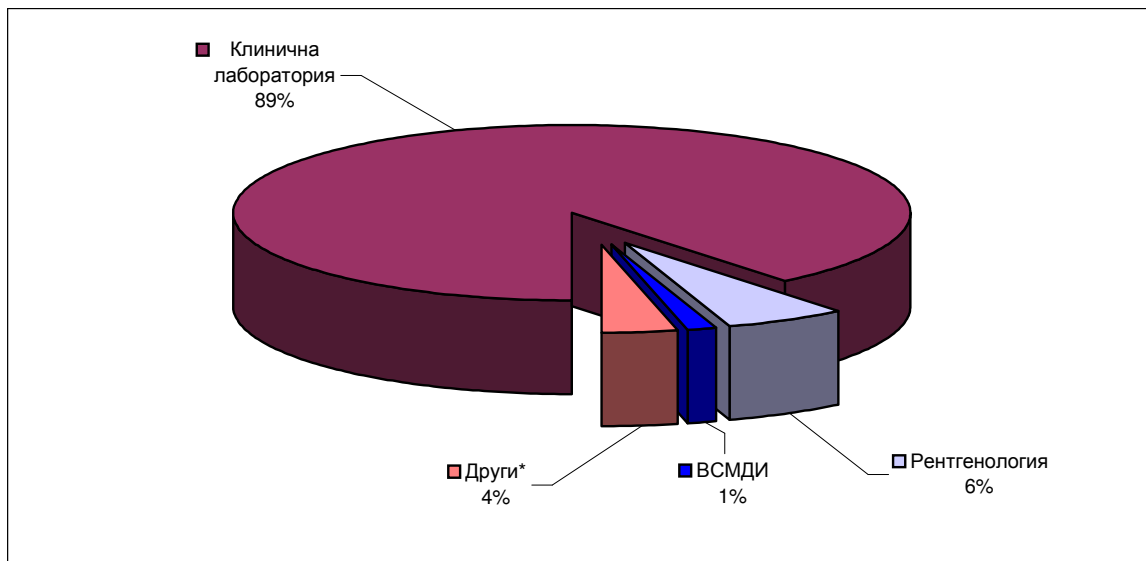
Съгласно НРД 2003 националната здравноосигурителна каса заплаща МДД за ЗЗОЛ, насочено ОПЛ или лекар-специалист по следния начин:

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.

*Нараства конкуренцията и възможностите за избор от пациента на лаборатория в системата на предлагане на МДД по договор с НЗОК. Броят на лабораториите за медико-диагностична дейност, работещи по договор с НЗОК към 31 декември 2003 година, достигна близо 700, което представлява увеличение с 28%, спрямо 31 декември 2002 година.*

През 2003 година НЗОК е заплатила средно 34 000 изследвания на 10 000 ЗЗОЛ, което е с 2.6% повече изследвания спрямо предходната година. Особено позитивен ефект за съвременната диагностика на пациентите има абсолютното нарастване с 35% на заплатените високоспециализирани МДД, между които с най-висок ръст се отличават хормоните и КАТ. В образната диагностика се наблюдава процес на частично заместване на конвенционални техники като графии и скопии с диагностично по-информативни, надеждни и по-безвредни методи като КАТ, ЯМР и други.

**Фиг.8. Структура на отчетения брой изследвания за 2003 година**



\* вкл. Клинична микробиология, Вирусология, Имунология, Медицинска паразитология, Обща и клинична патология

*Пакетирането на параметри, съставляващи пълна кръвна картина, уринен профил и кръвнозахарен профил, и договарянето на цени за пакетите, както и ценовите и структурните промени спомогнаха за повишаване на ефективността от ограничения бюджетен ресурс на НЗОК за МДД.*

*Новият начин на регулация на дейността на изпълнителите и на разходите за МДД чрез въвеждане на регулативни стандарти (РС) е синхронизиран с пазарната логика и минимизира администрирането от страна на НЗОК. Създава се възможност за по-балансирано отчитане на необходимостта от изследвания и дейности, извършени на ЗЗОЛ, както и за повишаване на отговорността на лекаря, назначаващ изследванията.*

*Въвеждането на електронен отчет за МДД на лабораториите е голям успех на договорния процес и на системата на НЗОК по пътя на изграждане на нови технологизирани комуникации и информационна система.*

*Важно е при следващите НРД механизмът за допълнително заплащане в случаите на неусвояване на годишния бюджет за МДД да предоставя реални стимули на изпълнителите за подобряване на качеството на дейността.*

## СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ

През 2003 година НЗОК заплащаше изцяло или частично за дейности от договорените пакети, както следва:

<b>За ЗЗОЛ до 18 години</b>	<b>За ЗЗОЛ над 18 години</b>
<b>Пакет първична стоматологична помощ</b>	
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 обтурация с амалгама или химичен композит	Препариране на кавитет; подложка и обтурация с амалгама или химичен композит
Екстракция на зъб, вкл. анестезията	Екстракция на зъб, вкл. анестезията
Лечение на пулпит или периодонтит на зъб (включва всички дейности без обтурацията)	
<b>Пакет специализирана детска извънболнична стоматологична помощ</b>	
<i>дейностите от пакет първична стоматологична помощ</i>	
<b>Пакет специализирана хирургична извънболнична стоматологична помощ</b>	
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 дейности	Контролен преглед след някоя от горните две дейности
<b>Пакет специализирана извънболнична стоматологична помощ под обща анестезия за лица с психични заболявания</b>	
<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	

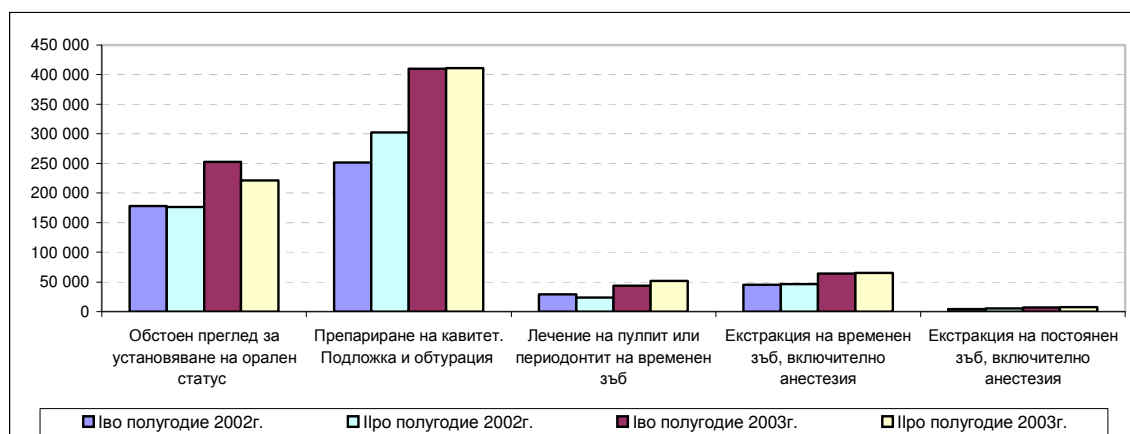
*Интересът сред стоматолозите за договори с НЗОК отново е възстановен след спада през 2002 година при по-добрите финансови условия на НРД 2003. Броят на общопрактикуващите стоматолози нараства с 8%. Броят на специалистите е стабилен и не се променя през 2003 година при структурни промени по специалности.*

*Подобрена е осигуреността с общопрактикуващи стоматолози от 6.66 на 7.22 на 10 000 ЗЗОЛ през 2003 година. Размахът на вариацията – 6.5, е непроменен в сравнение с 2002 година. Предимство на НРД 2003 е допълнителното стимулиране на стоматолози за работа при неблагоприятни условия от общо 661 населени места с*

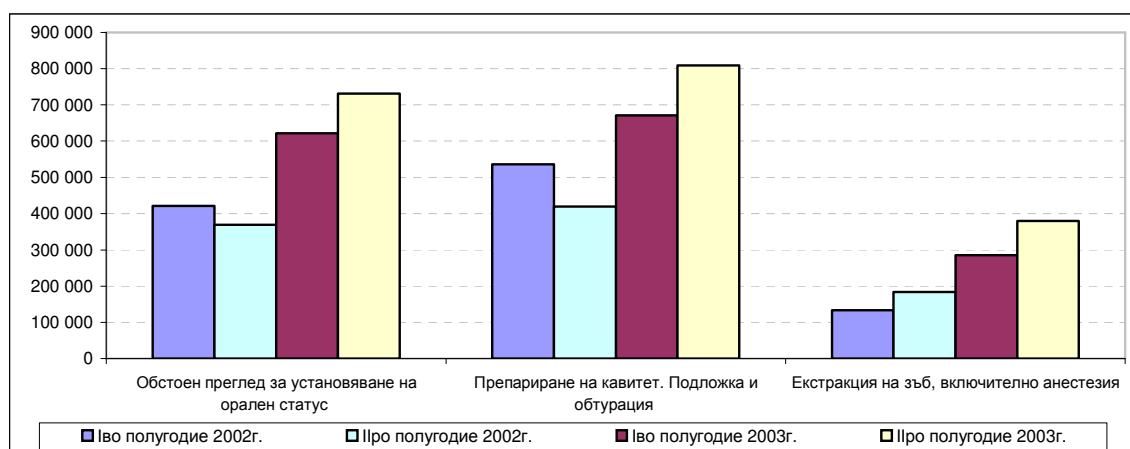
незаети практики с неблагоприятни условия през 2003 година се заемат 28% от практиките, в които работят 256 стоматолози.

Предоставени бяха повече безплатни и частично платени услуги за лица до и над 18-годишна възраст с ориентация към детската стоматология (фиг.9 и фиг.10).

**Фиг.9. Брой дейности - пакет ПИСП при ЗЗОЛ до 18 години за периода 2002-2003 година**



**Фиг.10. Брой дейности - пакет ПИСП за ЗЗОЛ над 18 години за периода 2002-2003 година**



Тенденцията на нарастване на потреблението на стоматологична помощ след влизането в сила на НРД 2003 в условията на твърди бюджетни ограничения налага да се намери такова съотношение на доплащане от страна на пациента, при което потреблението да бъде адекватно на предоставените средства.

НРД 2003 в дял "Стоматологична помощ" се отличава и със социалната си насоченост - дава възможност за 100% заплащане на лечението на договорените дейности за: лицата, настанени в домове за медико-социални услуги, децата, настанени в специалните училища и домовете за отглеждане и възпитание на деца,

лишени от родителска грижа, и за лицата, задържани под стража; психично болни деца, лекувани под обща анестезия.

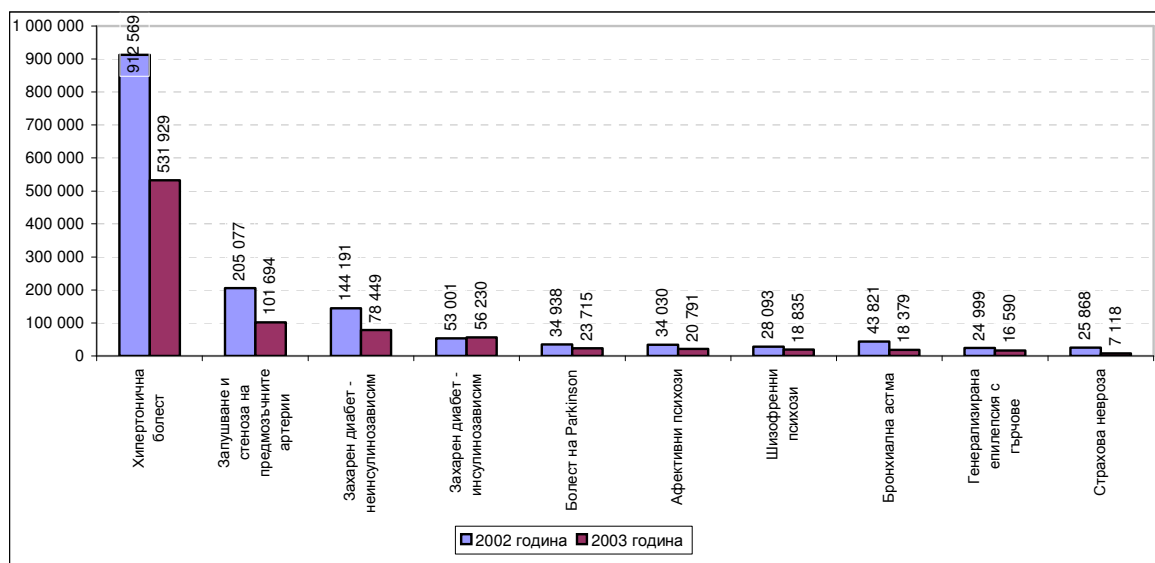
Със следващите рамкови договори е необходимо да се *договори задължителен електронен отчет на стоматолозите*.

## ЛЕКАРСТВА ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

През 2003 година продължи да действа лекарственият списък, договорен по НРД 2002, до влизане в сила на позитивния лекарствен списък на Република България през октомври 2003 година.

Въпреки явно недостатъчния финансов ресурс, определен в Закона за бюджета на НЗОК за 2003 година, *НЗОК успя да овладее темпа на нарастване на разходите*, прилагайки серия от ограничителни мерки, независимо от тяхната непопулярност както сред обществото, така и сред договорните партньори (фиг.11).

**Фиг.11. Средномесечен брой болни със заплатено от НЗОК лекарстволечение за диагнозите с най-голяма обръщаемост към системата през 2002 и 2003 година**



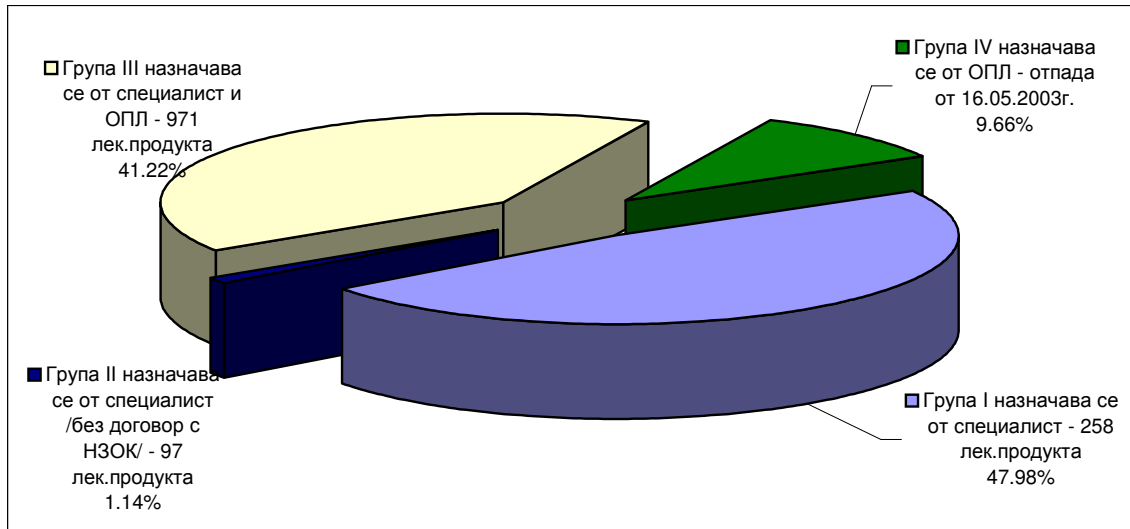
Комплексното прилагане на всички мерки спомогна за по-плавно разходване на финансовите средства и за регулярно извършване на плащанията за лекарствени продукти от страна на НЗОК. Приложените ограничителни условия бяха направени балансирано, което се доказва от следното:

- Запазен беше *относителният дял на напълно заплащаните продукти* и разпределението на тежестта на разходите по групи заболявания (фиг.12);
- Чрез договореното в НРД 2003 условие за предписване на продукти от различни химико-терапевтични групи и заплащане до три лекарствени



продукта за едно заболяване, беше направена *крачка напред* в борбата с полипрагмазията и се реализира спад в разхода за един болен, без това да нарушава терапията на пациента.

**Фиг.12. Структура на разходите според реда и изискванията при предписване за 2003 година**



Въпреки положителните резултати по отношение на овладяване на екстремната ситуация през 2003 година определено се налага изводът, че по-нататъшното намаляване на нивото на заплащане на продуктите от страна на НЗОК би довело до отказ от лечение на големи групи от населението. При фиксиран бюджет за 2004 година следва да се търси *вътрешно преразпределение на нивата на заплащане и преосмисляне на заплащането по някои позиции*, отпускани по програми, както и на тези, предназначени за редки заболявания.

*Резерви* в оптималното разходване на средствата, определени в бюджета на НЗОК за лекарства, могат да се търсят в следните направления:

- Необходимо е изграждане и поддържане на *национално ниво на регистър на рецептурните книжки за хронично болния*, както и *регистър на пациенти по най-разходоёмките заболявания*. Това ще даде възможност за проследяване дейността на ИМП по коректно диагностициране и рационалност при назначаване на медикаментозната терапия;
- Видим е фактът, че назначаването на медикаментозна терапия следва нивото на тяхното заплащане, а не реалната нужда от лечение с конкретен лекарствен продукт. Особено ясно това проличава при продукти, за които фирмите-производители и търговци на едро въвеждат ценови промоции за определени периоди. Този извод следва да се има предвид при изготвяне на

бъдещите договори с контрагентите от фармацевтичния сектор, както и с ясно дефиниране на изискването за медицинска обосновка при честа промяна на терапията и при предписване на необосновано високи дневни и месечни дози;

- Необходимо е разработването на *критерии* (за продукти, разрешавани от комисиите към РЗОК) за 2004 година да бъде извършено много *прецизно*, с цел яснота при прилагането им и съответно последващ контрол върху работата на комисиите.
- При разработването на *програми за скъпоструващо лечение* по смисъла на чл. 78 от ЗЗО също е необходимо те да се *преразгледат* по отношение на *изискуемите медицински критерии и лабораторни показатели*, с оглед отпускането на такива лекарства да става за доказано нуждаещите се пациенти.

НЗОК следва да предприеме действия, провокиращи институционална и обществена дискусия за промяна в нормативните документи:

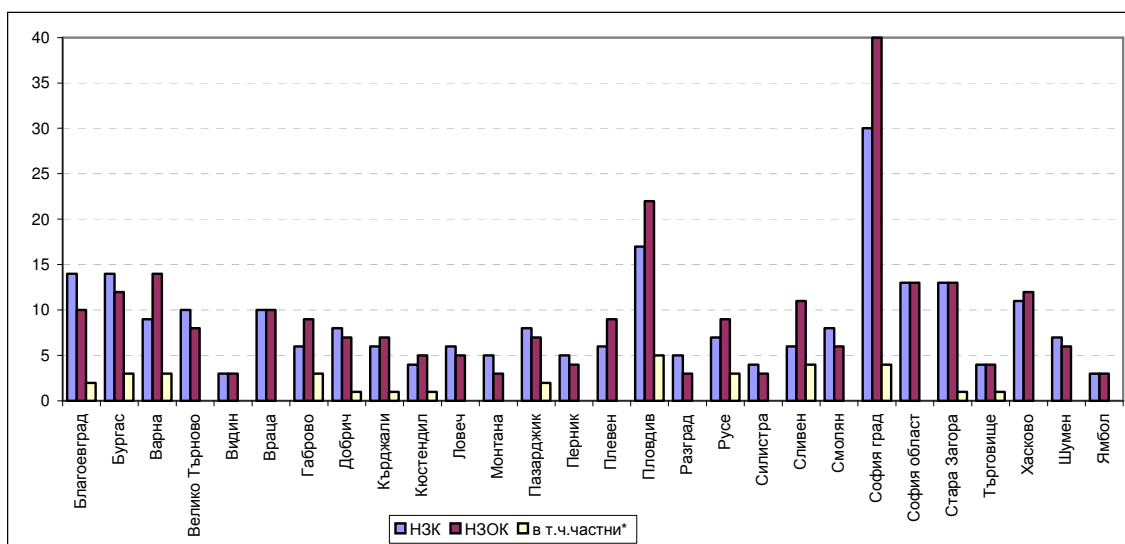
- комплексно решаване на въпроса за финансиране на лечението на редките наследствени заболявания;
- определяне отговорността на лицата, в случай на умишлено превишаване на здравноосигурителните им права;
- разпределението на средствата по бюджетни параграфи да следва оптимално както реалните нужди на населението, така и възлаганите чрез нормативната уредба задължения към НЗОК.

Необходимо е въвеждане на *действащи механизми, провокиращи съпричастност и нетърпимост на обществото, лекарските колегии и фармацевтичното* съсловие към нарушаване на законодателните и договорни норми, които водят до нецелесъобразно разходване на средства и допълнителни санкции, затрудняващи всички дейности и контрагенти.

## **БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

Включването на нови клинични пътеки в НРД 2003 увеличи възможността НЗОК да сключва договори за предоставяне на болнична помощ с *повече и по-разнообразни лечебни заведения* - както по вид, така и по форма на собственост, което подобрява достъпа на ЗЗОЛ до болнична помощ, финансирана от НЗОК (фиг.13). Минималният брой лечебните заведения за болнична помощ, с които НЗОК е задължена да сключи договор по Национална здравна карта, е 242. През 2003 година НЗОК е сключила договори за изпълнение на клинични пътеки с 258 лечебни заведения, или с 6.6 % повече от предвидените по здравна карта.

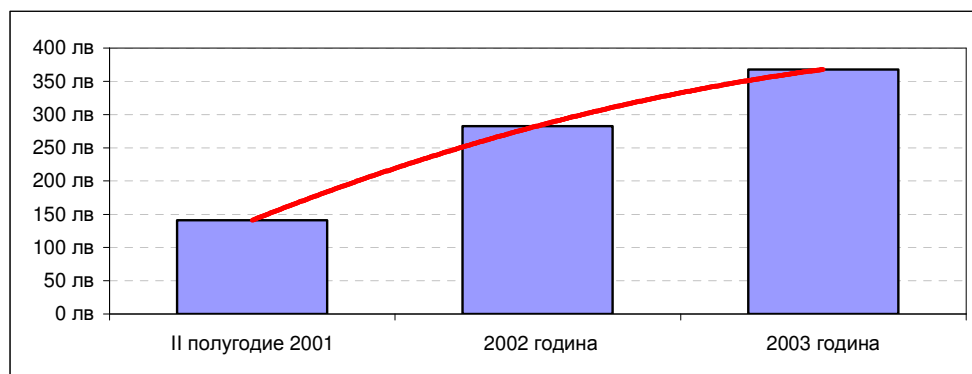
**Фиг.13. Лечебни заведения за болнична помощ по НЗК, сключили договор с НЗОК**



\* Частните лечебни заведения се включени в общия брой на заведенията, с които НЗОК е сключила договори

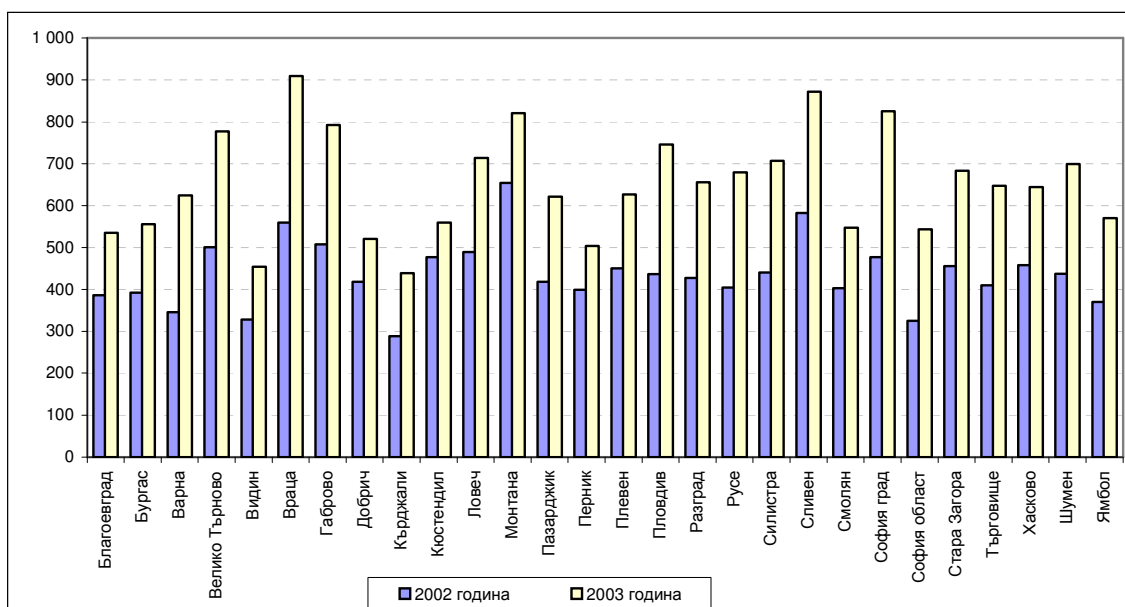
Създадени бяха по-добри финансови стимули за изпълнителите на болнична помощ, свързани както с увеличаване на възможността на лечебните заведения да договарят повече клинични пътеки, така и с по-високия размер на заплащането за случай от НЗОК по НРД 2003 в сравнение с 2002 година (фиг.14).

**Фиг.14. Среден разход на НЗОК за преминал болен по клинични пътеки**



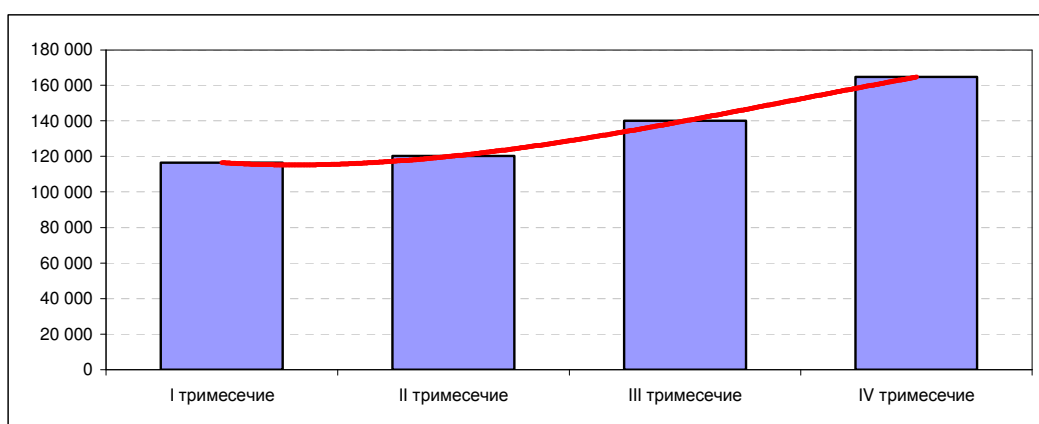
Увеличението на броя на клиничните пътеки (от 40 на 81) и диагностите, финансирани от НЗОК по НРД 2003, допринесе за по-пълно задоволяване на потребностите на здравноосигурените лица (фиг.15).

**Фиг.15. Брой преминали болни по клинични пътеки на 10 000 ЗЗОЛ по области**



Съществува *трайна тенденция на нарастване на потреблението на болнична помощ* (фиг.16). Често наблюдавана практика в болниците е *накъсването на престоя на пациентите* (изписване на даден пациент по една клинична пътека и незабавното му приемане в същата болница по друга клинична пътека). Това води до нарастване на броя на отчетените хоспитализации, неефективно изразходване на средствата за болнична помощ и повишаване на финансовия риск за НЗОК.

**Фиг.16. Брой преминали болни по клинични пътеки за 2003 година по тримесечия**



Приложенияте с НРД 2003 мерки за корекция на цените бяха приети негативно от болниците и обществото, което налага да се *потърсят други механизми за контрол над болничните разходи* като прецизиране на индикациите за хоспитализации,

договаряне на гъвкави бюджети на болниците при споделяне на финансовия риск между НЗОК и изпълнителя, и завишаване на стимулите за извънболнично лечение.

Като цяло клиничните пътеки се доказаха *успешен инструмент за договаряне и за повишаване на качеството и контрол на изпълнението на договорите*. Те предоставят възможност за осигуряване на стандартизирани грижи на здравноосигурените граждани. Анализът на съпоставими клинични пътеки по години показва *положителни резултати*, свързани с подобряване на основни качествени показатели на болничната дейност.

От друга страна, *клиничните пътеки не отчитат наличието на придружаващи заболявания и усложнения*, в резултат на което изпълнителите на болнична помощ нямат стимул за цялостно (комплексно) лечение на случаите. *Нехомогенността на клиничните пътеки и включването в тях на разнородни по отношение на ресурсоемкостта диагнози* доведе до *нереално усредняване на цените*, което се отразява неблагоприятно върху възпроизводствения процес на болничните лечебни заведения – контрагенти на НЗОК. За следващи рамкови договори е необходимо да се *подберат по-точни механизми за групиране на диагнозите, отчитащи тяхната клинична и ресурсна хомогенност, а също и тежестта на лекуваните случаи*.

## **КОНТРОЛ НА ДОГОВОРНИТЕ ПАРТНЬОРИ**

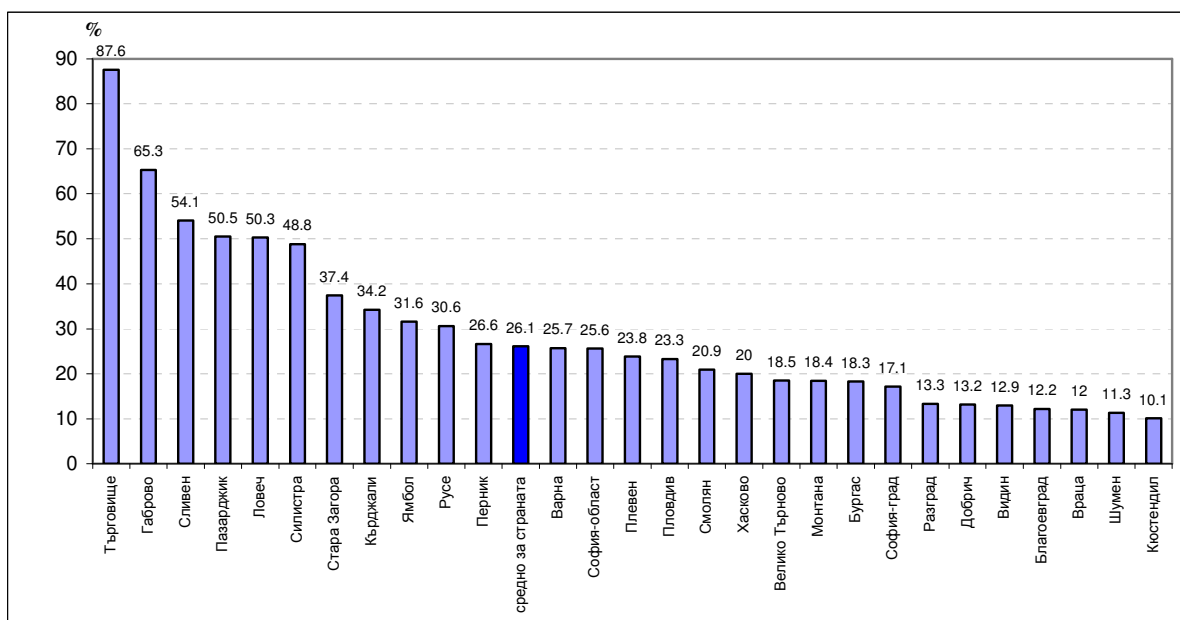
### **МЕДИЦИНСКИ КОНТРОЛ**

За периода на действие на НРД 2003 през 2003 година бяха извършени общо 5 061 медицински проверки. Проверени бяха общо 3 560 договорни партньори, т.е. обхванати бяха *26.1% от сключените договори* (фиг.17).

*Преодолява се формалният подход в контролната дейност*, характерен за предходните години. Проверките по изписване на лекарства по НРД 2003 се съсредоточават основно върху нарушения по *реда на предписване и отпускане на лекарствени продукти* (81%), а не върху “технически” грешки.

Недостатъчният брой на *лекарите-контрольори и липсата на стоматолози-контрольори* в някои РЗОК са причина за по-ниския брой стоматологични проверки. Не се търси активното съдействие на съответната РК на ССБ за включване в проверките на стоматолог-експерт, според изискванията на чл. 333 ал.3 от НРД 2003. Необходимо е *повишаване на мотивацията на контролиращите органи* във връзка с нерегламентиране на възможността за запазване на лекарските права при осъществяване на трудовата дейност на лекарите-контрольори в рамките на НЗОК.

**Фиг.17. Относителен дял на проверените договорни партньори  
за периода 1 април - 31 декември 2003 година (в %)**



*Нарушение № 1 в извънболничната медицинска помощ* е неспазването на установения в НРД 2003 ред за предписване на лекарства, заплащани напълно или частично от НЗОК – 41.2% от всички нарушения.

При проверките в лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗ за БП) все още се констатира *неспазване на заложените в КП индикации за хоспитализация по част от клиничните пътеки*. Не се изпълнява пълният обем дейности, предвидени в клиничните пътеки. Това нарушение е свързано не само с некоректност от страна на договорните партньори, но и с необходимост от прецизиране на самите клинични пътеки.

Най-честото нарушение *при изпълнителите на стоматологична помощ* се отнася до *вида и обема на договорената стоматологична помощ* – 112 бр., което представлява 48% от всичките нарушения.

При сравняване на медицинския контрол за 2002 и 2003 година се налага изводът за *повишаване на ефективността му*, изразяваща се в:

- Повишаване на процента извършени проверки спрямо сключените договори – от 27.9% на 37%.
- Увеличение на средната натовареност на лекарите-контрольори от РЗОК за НРД 2003 – 21.7 броя.
- Подобряване на структурно-организационните показатели на проверяваните практики, както и документиране на извършените дейности.

- Извеждане на основните нарушения в НРД 2003 и създаване на стандарти при санкционирането им – факт, който спомага за обективизиране на контролната дейност.
- Повишаване на прецизността на медицинския контрол при извършване на съвместни проверки с участието на експерти от ЦУ на НЗОК, при което се избягва местният субективен фактор при вземане на решения за санкции, обвързване на тежестта на нарушенията с финансовата санкция и методологична полза от такива проверки.

Затрудненията при обработване на информацията налагат необходимостта от *разработване на софтуерен продукт*, улесняващ дейността на медицинския и финансов контрол, начините за събиране и анализиране на данни, което би довело до оптимизиране и увеличаване на ефективността на контрола върху договорните партньори.

#### ФИНАНСОВ КОНТРОЛ

През 2003 година се *отчита увеличение на извършените финансови проверки* – с 813 бр. повече. Проверени бяха в повече 514 договорни партньори. Значително е *нараснал броят на извършените проверки в стоматологичната помощ* – с 823 бр. и при ПИМП – с 389 бр. Относителният дял на *финансовите проверки от сключените договори* за страната е 45.47%. През отчетния период средно за страната *един финансов инспектор е извършил 25 проверки*.

#### Сключени договори, извършени финансови проверки и наложени санкции по видове изпълнители на извънболнична медицинска помощ по НРД 2003

Вид изпълнител	Брой сключени договори	Брой финансови проверки	Констатираны нарушения	Наложени санкции (в лв.)	Проверени договорни партньори (в %)
ПИМП	4 713	2 018	942	287 050 лв.	37.22%
СИМП и МДД	2 955	924	329	140 791 лв.	40.82%
Стоматолози	5 649	2 358	1 801	111 789 лв.	31.46%
Аптеки	2 135	1 519	850	118 105 лв.	60.37%
Болници	344	364	364	247 000 лв.	84.72%
<b>ОБЩО</b>	<b>15 796</b>	<b>7 183</b>	<b>4 286</b>	<b>904 735 лв.</b>	<b>40.00%</b>

Организацията на *финансовия контрол* в някои РЗОК се нуждае от *по-висока активност* на финансовите контролатори. Отбелязва се *общ спад на извършените проверки при аптеките* - с 391 бр. по-малко. Въпреки завишената средна активност на финансово-контролните органи и увеличени брой проверки, бяха *констатираны по-малко нарушения* по изпълнение на договорите с ИМП в сравнение със същия отчетен период на 2002 година. Вертикалният структурен анализ на данните от контролната

дейност показва, че едва при 59.6 % от направените проверки са били констатирани нарушения.

Поради промените в размера на санкциите по НРД 2003 *намалява средната стойност на наложена санкция за едно нарушение*: през отчетния период тя е 211 лв., а за същият период на 2002 година средната стойност на една наложена санкция е 318.60 лв. През 2003 година по изпълнение на НРД 2003 в резултат на контролната дейност са *начислени за възстановяване неправомерно взети суми в размер на 490 152 лв., или с 205 381 лв. повече от 2002 година, т.е. - 1.5 пъти повече*. В същото време са *наложени санкции по заповеди на директорите на РЗОК в размер на 904 735 лв., или с 865 035 лв. по-малко – 51% спрямо предходния отчетен период*.

Анализът на резултатите от наложените санкции и установените неоснователно платени суми показва, че финансовите контролни органи установяват *нарушения, свързани с отчитане на извършената медицинска и стоматологична помощ, както и отчитане на услуги, които не са извършени*, но са отразени в отчетната документация, като за тези нарушения *не са били наложени санкции*, а само са удържани неоснователно платените суми.

Направените изводи налагат *оптимизиране на контролните функции* на НЗОК/РЗОК. В тази връзка е целесъобразно при извършване на проверки отделите “Контрол” да насочат усилията си към следните проблемни области:

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



## АДМИНИСТРАТИВНА ДЕЙНОСТ НА НЗОК

През 2003 година НЗОК продължи да развива своя кадрови, технологичен, комуникационен и административен потенциал при изпълнението на поставените й задачи, произтичащи от Закона за здравното осигуряване и правната среда.

### ***Положителни страни***

Националната здравноосигурителна каса *съхрани своя опитен екип*, познаващ задължителното здравно осигуряване от самото му създаване и участвал в създаването на няколко рамкови договора. Дейността по *управление на човешките ресурси* беше свързана основно с укрепването на новата организационна структура на ЦУ на НЗОК, както и с повишаване на квалификацията на служителите чрез обучителни курсове и семинари.

*Финализиран* бяха *преговорите* и беше *подписан НРД 2003*, влязъл в сила от 01.04.2003 година. Своевременно бяха подготвени методични указания и типови индивидуални договори с изпълнителите и договорните партньори. С Българския лекарски съюз и със Съюза на стоматолозите в България бяха договорени и приложени за първи път корекции в нивата на заплащане от НЗОК за стоматологични услуги, в цените на клиничните пътеки и други дейности в зависимост от усвояването на бюджетните средства.

Своевременно бяха *администрирани сключените договори* с лечебни и здравни заведения - 13 065 към 31.12.2003 година, при увеличение с 6.4% спрямо 2002 година, като се обхваща дейността на над 20 000 лекари и стоматолози. Сключените договори с аптеки през 2003 година са 2 087, като увеличението спрямо 2002 година е 11.36%. Ритмично и последователно беше извършено *бюджетно, счетоводно, логистично, информационно, аналитично, контролно и административно осигуряване* на необходимата поддръжка и дейности за изпълнение на задълженията на НЗОК, приети в НРД 2003 и в други законови разпоредби.

В областта на *бюджетната приходна дейност* НЗОК подобри своята оперативност и координираност на действията по текущата работа на ангажираните в процеса институции, отговорни за задължителното здравно осигуряване – НОИ, Главна данъчна дирекция, Агенция по заетостта, Агенция за социално подпомагане, Министерство на образованието и науката, за получаване на обективна информация за броя здравноосигурени лица по основните категории, което от своя страна се отрази върху ритмичността на постъпленията и разясняване на проблемите във връзка със събираемостта на здравноосигурителните вноски. НЗОК успя да постигне и

регламентиране на статута на здравноосигурените лица с нарушени здравноосигурителни права.

В областта на *бюджетирането на здравноосигурителните разходи* НЗОК постигна напредък при изграждане на базата данни, при регулиране на здравноосигурителните разходи чрез механизмите на регулативните стандарти и корекции на цените в зависимост от усвоените средства, за подобряване осведомеността на РЗОК в процеса на бюджетиране и създаване на по-динамична система за съвместни действия с всички институции, ангажирани в сферата. Предоставените средства бяха усвоявани, без да се отчитат отклонения от лимитираните бюджетни сметки.

През 2003 година НЗОК започна да *изгражда и въвежда Система на финансово управление и контрол* и да подготвя *нова програма за по-ефективен вътрешен контрол*. Съблюдаваше се стриктно и законосъобразно финансовата дисциплина и целесъобразността при изпълнение на бюджета на НЗОК чрез засилване и усъвършенстване на системата на вътрешния контрол.

Въведен беше *нов интегриран подход в одитирането на договорните партньори*, базиран върху обединението на финансовия и медицински контрол, сформиранието на екипи и рационалното използване на индивидуалния капацитет на експертите. В края на 2003 година беше експериментирана *формата на междинния одит* по изпълнението на клиничните пътеки, която дава добри резултати.

Беше извършена своевременна експертна, техническа, методическа и финансово-разчетна *подготовка за НРД 2004* - разработени бяха медицинските и финансовите параметри, методиките за остойностяване на извънболнични и болнични дейности, алгоритми и стойности по 3 алтернативни метода на 229 клинични пътеки, покриващи почти цялата болнична помощ. Договорени и подготвени бяха текстове и приложения за рамков договор, който беше представен за обсъждане от Лекарския събор и от Конгреса на Съюза на стоматолозите в България.

*Институционализиран беше кейс-микс офис* като дирекция "Анализи, моделиране и остойностяване на дейности" в НЗОК с основни задачи по подготовка и въвеждане на кейс-микс подхода и диагностично-свързаните групи като метод на заплащане на болниците. Съвместно с експерти на Министерството на здравеопазването беше изготвен Протокол за разпределяне на ангажиментите за поетапна промяна на системата на финансиране на болничната помощ в България. Бяха реализирани първите стъпки по Протокола и времевата програма. До края на 2003 година бяха събрани 106 387 персонални записи за преминали болни с техните медицински и икономически характеристики.

За пръв път от създаването на НЗОК бяха *изградени национални регистри на ЗЗОЛ и ОПЛ*. Беше проектиран и реализиран механизъм за извършване на проверка на здравната осигуреност на ЗЗОЛ на базата на подадени пациентски листи към НОИ, което предизвика редица обществени дебати и законови промени.

Беше осъществен реален *напредък в дейността по изграждане на информационна система*. Разработени бяха цялостни системи или отделни модули за информационно осигуряване. Екип от НЗОК участва в подготовката и разработването на техническо задание за бъдеща интегрирана информационна система на НЗОК, съвместно с швейцарската фирма IDS Scheer - ИТ консултант на НЗОК, и извърши подготовка и разработване на техническо задание за Мениджърска информационна система на НЗОК по технологията Data Warehouse.

Дейността в областта на *медийната политика и публичните комуникации през 2003 година очерта тенденции за прозрачност и активност* в политиката на НЗОК. В резултат на проведената PR-кампания “Моите права и задължения на здравноосигурен” беше провокиран широк обществен отзвук и независимо от социалното напрежение, свързано с неточностите в персоналните регистри на НОИ за здравноосигурителния статус на гражданите, се увеличи събираемостта и съответно приходите на НЗОК. Кампанията провокира общественото внимание и съвместните действия на НЗОК и НОИ успяха да инициират законодателни промени в ЗЗО с възможност за разсрочено плащане на здравните вноски.

В областта на *международното сътрудничество*, във връзка с приоритетите на страната за членство в ЕС, НЗОК предприе действия за включване на въпросите на здравното осигуряване в обхвата на новите двустранни спогодби за социално осигуряване.

### ***Проблеми***

В административната дейност на НЗОК през 2003 година се очертах слаби страни и проблеми в няколко направления. Идентифицирането им определи насоките за бъдеща работа и наложи промени с оглед повишаване на ефективността и социалната резултативност.

*Отчетена беше липсата на екипност, интегриран подход и добра комуникативност с институциите* и главно с Министерство на здравеопазването при решаването на сложните социални задачи в здравеопазването и здравното осигуряване.

*Налице беше нестабилна вътрешно-институционална и организационно-структурна среда* - структурни и кадрови промени, чести смени на ръководството на

НЗОК, недобра координация между отделните структурни звена, слаба комуникативност между ЦУ на НЗОК и РЗОК.

*Финансовите ограничения доминираха над социалните и здравните цели на системата* - неадекватно бяха планирани средствата за здравноосигурителни плащания, неотчитащи влошаването на здравето състояние на населението и националните реалности в склонността и обръщаемостта към специализирана и болнична помощ.

*Липсваше достоверна здравно-статистическа информация за заболяемостта на населението* по диагнози или рубрики на МКБ-9. Това създаде проблем при прогнозирането и мониторинга на медицинските и стойностни параметри, подлежащи на заплащане от НЗОК, както и при определянето на ясни критерии за оптимални обеми на предоставените услуги на ЗЗОЛ с цел подобряване на здравето състояние на населението. В работата по *информационното обслужване* е необходимо да бъде преодолян и проблемът с осигуряването на чистота на обработваните данни.

В областта на *лекарствената политика* на НЗОК останаха някои *нерешени проблеми*, които могат да се групират основно в две насоки: *контрол на разходите и информираност на общественото*. Към неосъществените мерки, които биха повишили ефективността на контрола, могат да се причислят: обезпечаване с актуална информация на национално ниво за регистрацията на хронично болните чрез системата на рецептурните книжки. Във връзка с контролната дейност остана нереализиран разработеният от НЗОК проект за усъвършенстване на системата на отличаващата маркировка върху опаковките, отпускани по линия на НЗОК поради отказа на някои търговци на едро и аптеки да приемат новата система. Не се реализира и идеята за създаване на отделна връзка в интернет страницата на НЗОК, в които да бъде изнасяна специализирана информация по всички проблеми и данни за лекарствата, което би могло да се превърне в действащ механизъм, провокиращ съпричастност и нетърпимост на общественото и лекарските колегии към нарушаването на законодателните и договорни норми, водещи до нецелесъобразно разходване на средства.

В областта на *одитирането на договорните партньори* е необходимо да се засили ефикасността и резултатността на *превантивните и текущите форми на контрол* чрез провеждане на одит и реодит на дейността на изпълнителите на медицинска помощ с анализ на резултатите и отчитане степента на въздействието на одитните действия върху дейността на изпълнителите. Акцент в предстоящата работа ще бъде въвеждане на *междинния одит като постоянна дейност* на отделите "Контрол на болничната помощ", предвид добрите резултати от проведения междинен

одит в края на 2003 година. Необходимо е да се разработят и приемат в рамковите договори *по-ясни и точни критерии на базата на утвърдени стандарти за сключване на договори и за контрол над качеството* на различните видове медицински и стоматологични дейности. Уместно би било *размерът на санкциите и условията за санкциониране, медицински и финансов контрол да се изведат в закон*. Необходимо е *да се регламентира процедурата за междинен одит* по време на изпълнение на договорените дейности, както и *правото на одитни екипи от ЦУ на НЗОК да правят проверки и да санкционират* договорните партньори. За *повишаване на заинтересоваността на контрольорите* и свързаните с контрола звена от по-продуктивна и резултативна дейност, както и за решаване на *проблема с недостига на лекари и стоматолози* в много от РЗОК за одитна работа би трябвало да се развие система от стимули, включително и на основание на чл. 108, ал. 3 от ЗЗО.

Медийният анализ показва *незадоволителен обществен имидж* на институцията НЗОК, която се олицетворява с неудачите на здравната реформа. Все още в *публичните комуникации* на НЗОК остават *нерешени няколко важни проблема в областта на връзките на институцията с медиите и обществените групи*. По отношение на медиите е необходимо поддържането на по-близък контакт с ресорните журналисти и адекватни реакции за предотвратяване на тиражирането на необосновани критични публикации - информации и коментари. За целта е необходимо провеждането на редовни обучителни семинари, работни срещи, здравно-информационни курсове. Резултатите от социологичните изследвания показаха, че обществените групи в лицето на пациентите, имали достъп до медицинска и стоматологична помощ, и лекарствено лечение, осигурени от НЗОК, както и на хората, ползвали рядко предоставените от институцията услуги, имат нагласата да получават директна информация от НЗОК/РЗОК или от лекарите и стоматолозите. Ето защо през 2004 година е необходимо да бъдат реализирани повече директни контакти с целеви групи от обществото и да бъдат рационално използвани залегналите в Стратегията за публични комуникации на НЗОК информационни техники като "пътуващи" открити приемни за граждани на територията на РЗОК, издаване на информационни материали за пациенти и договорни партньори, организиране на дискусии и срещи с асоциации на хронично болни, неправителствени организации и сдружения в областта на здравеопазването, научни медицински дружества и национални консултанти на НЗОК.

Основен проблем в *международната дейност* би могло да бъде недостатъчното финансиране на здравния сектор, което би възпрепятствало нормалното обезпечаване на ангажиментите на НЗОК по международни договори и бъдещите плащания за медицински услуги на територията на Европейския съюз. Необходимо е

*обособяването на административно звено, което да извършва парични трансфери за здравна помощ от 2005 година по смисъла на международните спогодби, които ще влязат в сила. Различията на българското и европейското здравно законодателство са в начина на събиране на здравните вноски и в придобиването на осигурителни права.*

**\*\*\***

**С цялостната си дейност през 2003 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 2003 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

БЛС	Български лекарски съюз
БП	Болнична помощ
ВСМДИ	Високоспециализирани медико-диагностични изследвания
ВСД	Високоспециализирани дейности
ДВ	Държавен вестник
ЕС	Европейски съюз
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗЗОЛ	Задължително здравноосигурено лице
ИМП	Изпълнител на медицинска помощ
ИТ	Информационни технологии
КАТ	Компютърна аксиална томография
ЛЗ	Лечебни заведения
ЛЗБП	Лечебни заведения за болнична помощ
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МДД	Медико-диагностични дейности
МЗ	Министерство на здравеопазването
МКБ	Международна класификация на болестите
МКБ-9КМ	МКБ – 9та ревизия-клинична модификация
МКБ-10	МКБ – 10та ревизия-клинична модификация
НЗК	Национална здравна карта
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НОИ	Национален осигурителен институт
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
РК на БЛС/ССБ	Районна колегия на БЛС/ССБ
РС	Регулативен стандарт
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
ССБ	Съюз на стоматолозите в България
СФУК	Система за финансово управление и контрол
ЦСМП	Център за спешна медицинска помощ
ЦУ на НЗОК	Централно управление на Националната здравноосигурителна каса
ЯМР	Ядрено-магнитен резонанс
IDC Scheer	Швейцарска фирма (ИТ-консултант на НЗОК)
PR	Връзки с обществеността