

**ОТЧЕТ**  
**ЗА ДЕЙНОСТТА**  
**НА НАЦИОНАЛНАТА**  
**ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА**  
**ЗА**  
**2001 Г.**

## Съдържание:

I. Въведение.....	3
II. Органи на управление на НЗОК.....	4
1. Събрание на представителите:.....	4
1.1 Представители на осигурените.....	4
1.2 Представители на работодателите.....	4
1.3 Представители на държавата.....	4
2. Управителен съвет на НЗОК.....	5
3. Контролен съвет на НЗОК.....	5
4. Директор на НЗОК.....	5
III. Организационна структура на НЗОК.....	6
1. Структура.....	6
2. Районни здравноосигурителни каси (РЗОК).....	8
IV. Правна и макроикономическа среда.....	13
1. Правна среда.....	13
2. Макроикономическа среда.....	13
V. Здравно-демографска характеристика на населението.....	15
VI. Регистрирани здравноосигурени лица.....	19
1. Регистрирани здравноосигурени лица при общопрактикуващ лекар.....	19
2. Регистрирани здравноосигурени лица при стоматолог.....	20
VII. Правно-нормативна дейност на НЗОК.....	21
VIII. Дейност на НЗОК по изпълнение на НРД 2001.....	22
1. Първична извънболнична медицинска помощ.....	22
2. Специализирана извънболнична медицинска помощ.....	30
3. Медико-диагностична дейност (МДД).....	40
4. Първична извънболнична стоматологична помощ (ПИСП).....	43
5. Специализирана извънболнична стоматологична помощ (СИСП).....	47
6. Лекарства за извънболнична помощ и скъпоструващо лечение.....	49
6.1 Динамика на изразходваните средства за периода 01-12.2001г. ....	51
6.2 Структура на потреблението по области.....	52
6.3 Разпределение на стойността на разходваните средства по анатомо-терапевтични групи.....	53
6.4 Разпределение на стойността на разходваните средства за лекарствени продукти /без животоспасяващи и животоподдържащи/ съгласно реда на предписване и отпускане за 2001 г.....	54
6.5 Разпределение на стойността на разходваните средства за лекарствени продукти /без животоспасяващи и животоподдържащи/ по търговци на едро с лекарства за 2001г.....	56
6.6 Средно ниво на реимбурсиране от НЗОК.....	56
7. Болнична медицинска помощ.....	57
7.1 Клиничните пътеки като механизъм за осигуряване на качество.....	63
7.2 Изводи.....	65
7.3 Проблеми за решаване.....	66
IX. Контрол на дейността на изпълнителите на извънболнична медицинска помощ и аптеките.....	68
1. Структура на извършените проверки на изпълнители на извънболнична помощ.....	70
2. Основни нарушения.....	70
X. Информационни системи и дейности.....	79
1. Изграждане на приложния софтуер на информационната система на НЗОК.....	79
1.1 Регистри на национално ниво.....	79

1.2 Регистри на регионално ниво.....	80
1.3 Система за финансово управление.....	80
2. Изграждане, поддръжка и развитие на системните програмно-технически средства /технологична инфраструктура/ на информационната система на НЗОК.....	81
XI. Връзки с обществеността.....	83
1.1 Информационна кампания.....	83
1.2 Работа с клиенти.....	85
1.3 Международно сътрудничество.....	86
1.4 Проекти на НЗОК с международно финансиране.....	87
1.5 Развитие на човешките ресурси.....	88
XII. Изводи.....	92

## I. Въведение

Здравната реформа е един от основните елементи на цялостното обновяване на България. Това е необратим процес, успореден на развитието на обществото по пътя му към придобиване на демократични и европейски ценности.

В този момент повече от всякога здравеопазването в България се нуждае от широк политически и граждански консенсус, от стабилитет и инвестиции, за да може реформата да се съобрази с реалните здравни потребности на нацията.

Дейността на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) като вече утвърдена обществена институция е от изключително важно значение за ефективното функциониране на здравноосигурителната система. Тя е гаранция за правилния ход на реформата и за постигане на ценностите, които са в основата на здравната политика – плурализъм, демократичност, достъпност, равнопоставеност, солидарност, споделена отговорност за здравето.

Здравната политика на НЗОК се осъществява при спазването на редица възлови принципи. Моделът на здравната система отчита българските: култура, история, традиции, цели, интереси и реалности. Промените са социално-ориентирани и гарантират общодостъпност и качество на медицинската помощ за всички граждани на Република България. Системата се основава на европейските организационни традиции в здравеопазването и е съпричастна към стратегията на Световната здравна организация "Здраве за всички през XXI век". От особена важност е, че при разпределяне на ресурсите в здравеопазването се прилагат пазарните механизми, чрез които се създава конкурентна среда в здравеопазването и стремеж към повишаване на качеството на медицинската помощ. Отговорността за здравето на гражданите се разпределя между институциите ( НЗОК, МЗ и общини и др.) от една страна и от друга - между задължително здравноосигурените лица и медицинските професионалисти.

Ролята на НЗОК в цялостния процес е основна, тъй като концентрира голяма част от материалните и финансовите ресурси от системата на здравеопазването. Това ѝ отрежда ролята на основна административна и финансово-оперативна структура – водещ фактор за утвърждаване на здравноосигурителната система в Република България.



## II. Органи на управление на НЗОК

Съгласно чл. 6, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване органи на управление на НЗОК са:

### 1. Събрание на представителите:

#### 1.1 Представители на осигурените

д-р Нейчо Зюмбюлев	Варна
д-р Стоян Калоянов	Варна
г-н Николай Пенчев	Хасково
проф.Александър Воденичаров	София
д-р Байчо Байчев	София
д-р Валентин Пеев	София
г-жа Маргарита Серафимова	Приморско
г-жа Екатерина Цанкова	Свищов
г-н Аргил Генчев	Садово
г-н Николай Енев	Пловдив
г-жа Стефка Александрова-Вутова	Монтана
д-р Желязко Христов	София
д-н Емил Папазов	София
г-н Чавдар Христов	София
д-р Евгени Душков	София
г-жа Параскева Ачкова	София
г-н Владимир Бояджиев	София

#### 1.2 Представители на работодателите

г-жа Галя Божанова	София
г-н Петър Денев	София
г-жа Румяна Георгиева	София
г-жа Анастасия Енчева	София
доц. Серафим Петров	София
г-н Христо Григоров	София
г-н Владимир Найденов	София
г-жа Симона Балканджиева	София
г-жа Марияна Стефанова	София
г-жа Здравка Георгиева	София
д-р Красимир Балев	София
д-р Красимир Цветков	София
г-н Николай Леонтиев	София
г-н Цветан Манчев	София
г-н Димо Дичев	София
г-жа Анелия Неделева	София
г-н Ангел Кондев	София
г-н Даниел Колев	София

#### 1.3 Представители на държавата

доц. Петър Тенчев	София
д-р Илко Семерджиев	София
г-н Кирил Ананиев	София
д-р Татяна Василева - Димитрова	София
доц. Цанко Пеевски	София
г-жа Веска Тодорова-Янева	София
г-жа Антоанета Панова	София
г-жа Надежда Генева	София
г-н Христо Василев	Хасково
д-р Борислав Борисов	София
доц. Християн Грива	София
г-жа Емилия Миланова-Цанчева	София

д-р Димитър Илиев  
доц. Евгения Делчева  
д-р Станчо Фийков  
г-н Яшар Хаджимустафа  
проф.презвитер д-р Рядко Поптодоров

София  
София  
София  
Кърджали  
София

## 2. Управителен съвет на НЗОК

Председател: г-н Стефан Софийски  
Членове: г-н Александър Караминков  
д-р Желязко Христов  
г-н Кирил Ананиев  
г-жа Мариела Ненова  
г-н Петър Денев  
доц. Петър Тенчев  
д-р Татяна Василева

## 3. Контролен съвет на НЗОК

Председател: д-р Валентин Пеев  
Членове: г-жа Веска Янева  
д-р Евгени Душков  
д-р Стоян Калоянов  
доц. Цанко Пеевски

## 4. Директор на НЗОК

д-р Бойко Пенков до октомври 2001 г.  
доц. Никола Василев и.д. директор от октомври 2001 г.

### III. Организационна структура на НЗОК

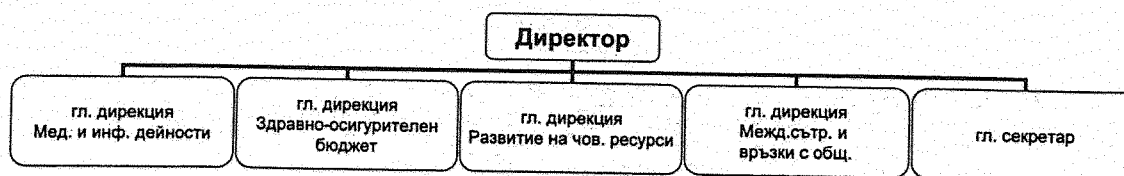
#### 1. Структура

Устройството на НЗОК е регламентирано в чл.6, ал.2 от ЗЗО и в Правилника за устройството и дейността на НЗОК (обн. ДВ., бр.74 от 1999г.; изм. и доп. бр.64 от 2000г.; бр.45 от 2001г.).

Националната здравноосигурителна каса се състои от централно управление (ЦУ) и районни здравноосигурителни каси (РЗОК) със седалища и териториален обхват съгласно приложение към чл.6, ал.2 от ЗЗО, и техните поделения със седалища по общини съгласно ПМС №240/2000г.

Ръководството на НЗОК през 2001 г. е представено на Фиг. 1.

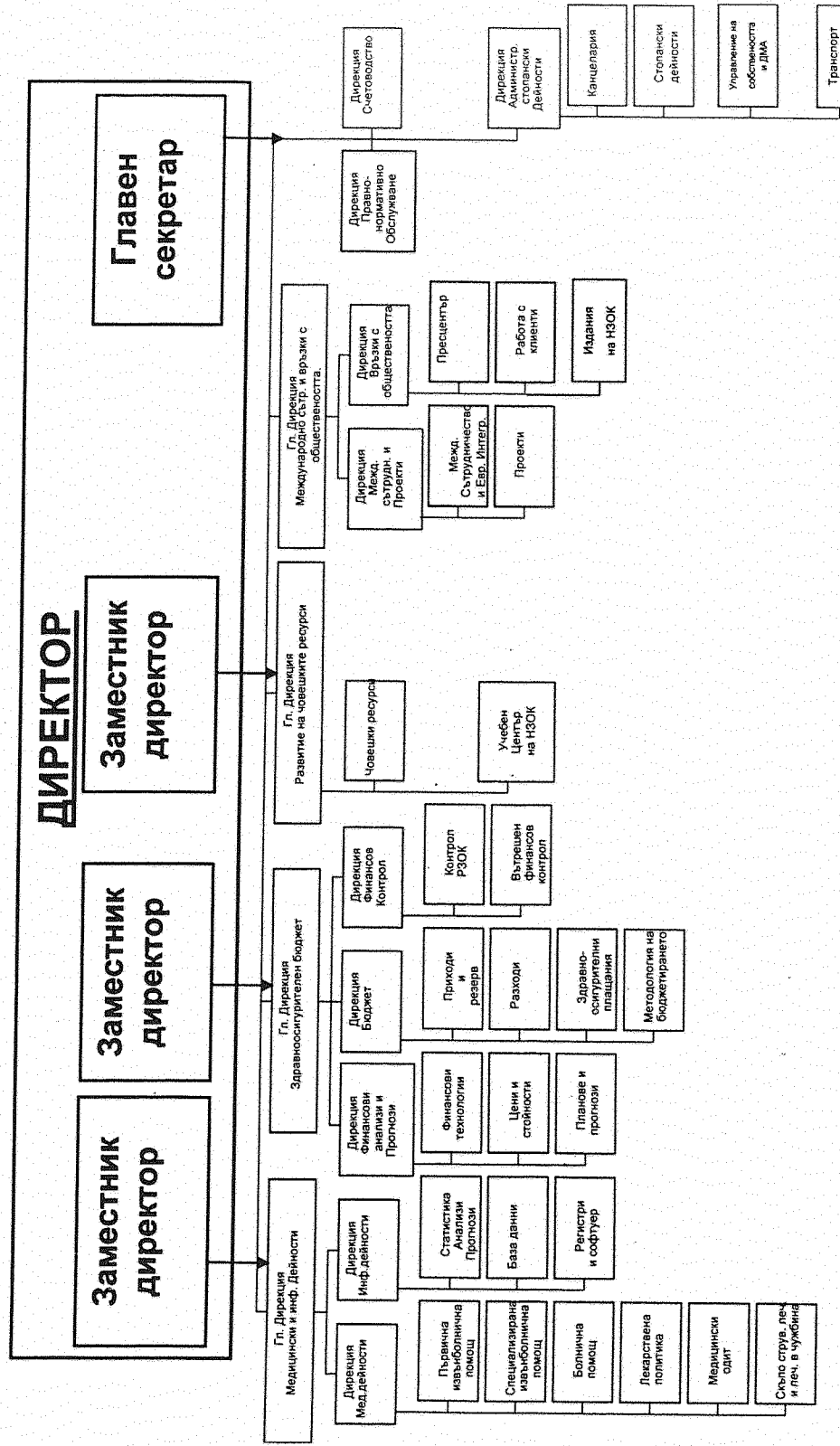
Фиг. 1 Ръководство на НЗОК



Администрацията на ЦУ на НЗОК през 2001г. (Фиг. 2) е организирана в главни дирекции, осъществяващи дейността си чрез дирекции, развити в направленията по чл.5, ал.2 от Правилника за устройството и дейността на НЗОК.

заместник-директор	д-р Руслан Валерианов от октомври 2001 г. – проф. Генчо Начев
заместник-директор	д-р Димитър Илиев от октомври 2001 г. – г-жа Надежда Генева
заместник-директор	д-р Христо Хинков – до октомври 2001 г.
заместник-директор	г-жа Мария Георгиева – от октомври 2001 г до декември 2001г.
главен-секретар	д-р Красимир Николов от октомври 2001 г. – г-н Теодор Василев от ноември 2001 г. – д-р Веселин Иванов

Фиг. 2 Административна структура на НЗОК за 2001 г.



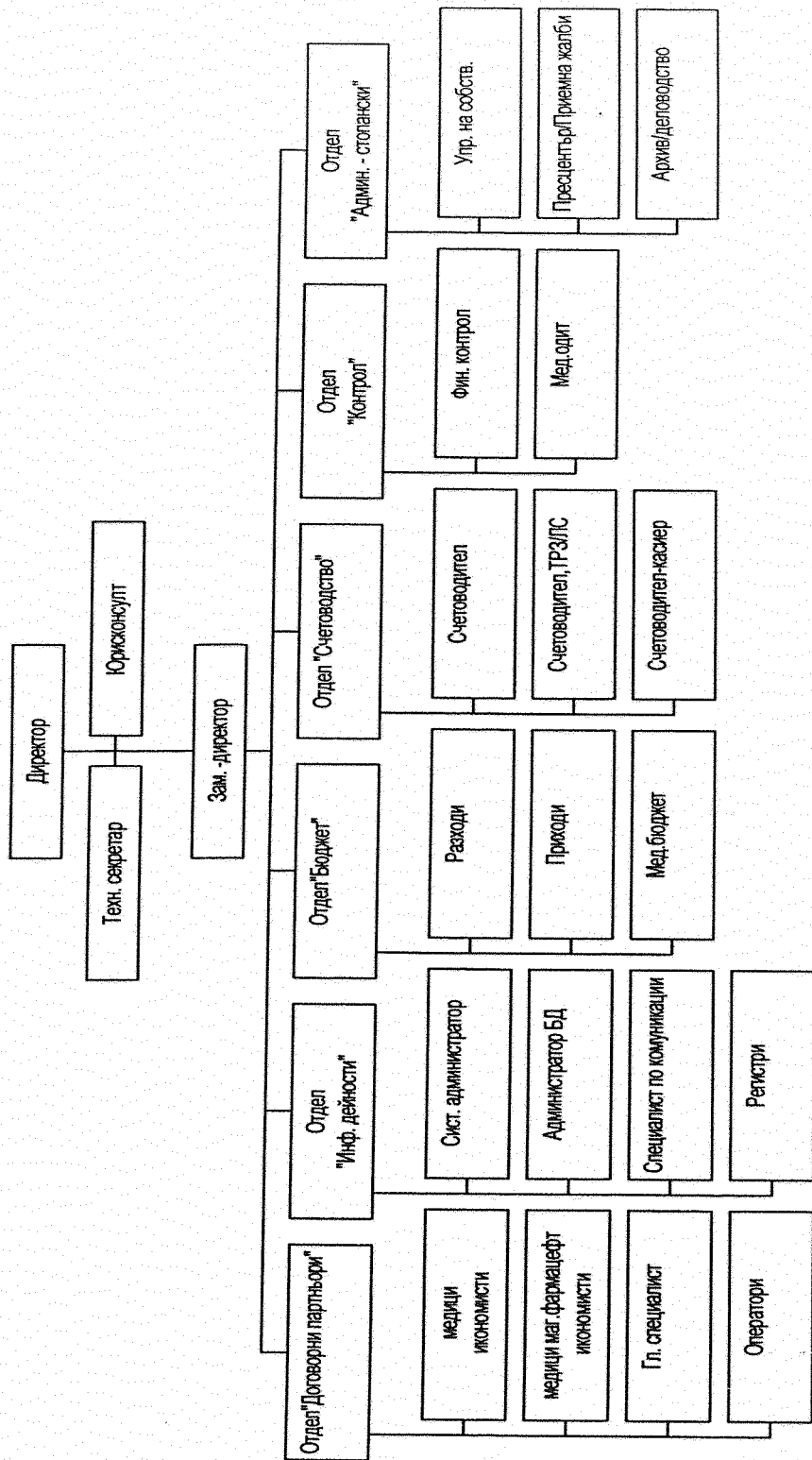
## 2. Районни здравноосигурителни каси (РЗОК)

Администрацията на РЗОК е организирана в отдели съгласно правилника за устройство и дейността на РЗОК (Фиг. 3).

### Директори та РЗОК

Благоевград	д-р Петър Календерски
Бургас	д-р Чавдар Карабаджаков
Варна	д-р Жанета Габровска
Велико Търново	г-жа Елена Казанджиева
Видин	д-р Владимир Вълчев
Враца	д-р Александър Семков
Габрово	г-н Захари Дошков
Добрич	д-р Станимир Киряков
Кърджали	г-н Михаил Гайдарджиев
Кюстендил	д-р Сашо Котев
Ловеч	г-н Георги Стефанов
Монтана	д-р Иван Иванов
Пазарджик	и.д. г-жа Анета Шопова
Перник	д-р Николай Петков
Плевен	д-р Петър Керемедчиев
Пловдив	г-н Лазар Кузев
Разград	д-р Камелия Якимова
Русе	д-р Орлин Геров
Смолян	д-р Кузман Гелов
Сливен	д-р Светослав Славов
Силистра	д-р Снежана Нончева
София-област	д-р Цонко Цолев
София-град	д-р Веселин Иванов, от ноември 2001 г. г-н Теодор Василев
Стара Загора	д-р Стоянка Моллова
Търговище	г-н Иван Китанов
Хасково	и.д. д-р Павлина Куюмджиева
Шумен	д-р Явор Смиленов
Ямбол	д-р Светлозар Кривошиев

Фиг. 3 Административна структура на РЗОК



На основание чл.6, ал.2 от Закона за здравното осигуряване с ПМС №240/21.11.2000г. е утвърден списък на поделенията на Районните здравноосигурителни каси със седалища по общини. Основна функция на тези структурни единици на НЗОК е да подпомагат законоустановената дейност на НЗОК, респективно на РЗОК - осъществяване на задължително здравно осигуряване. В изпълнение на заповед № РД-09-179/19.03.2001г. на директора на НЗОК започна изграждането и създаването на организация за функциониране на поделенията на РЗОК.

За да се създадат условия за нормално функциониране на поделенията на РЗОК със седалища по общини (121 бр.) са отпуснати средства в размер на 363 000 лв. и изразходвани 266 963.92 лв. както следва:

РЗОК:	поделенията на РЗОК със седалища по общини:
Благоевград	Гоце Делчев Петрич Разлог Сандански Сатовча
Бургас	Айтос с.Руен Карнобат Малко Търново Созопол Поморие Сунгурларе
Варна	Аксаково Девня с.Долни чифлик Дългопол Провадия
Велико Търново	Горна Оряховица Елена Павликени Полски тръмбеж Свищов
Видин	Белоградчик Кула
Враца	Бяла Слатина Козлодуй Мездра Оряхово
Габрово	Дряново Севлиево Трявна
Добрич	Балчик с.Крушари Тервел Генерал Тошево Каварна
Кърджали	Ардино с. Черноочене с. Кирково

РЗОК:	поделенията на РЗОК със седалища по об- щини:
Кюстендил	Крумовград Момчиловград
Ловеч	Бобов дол Дупница
Монтана	Летница Луковит Тетевен Троян
Пазарджик	Берковица Вълчедръм Лом
Перник	Велинград Панагюрище Пещера Ракитово Септември
Плевен	Радомир
Пловдив	Белене с. Гулянци Долна Митрополия Долни дъбник Левски Червен бряг Кнежа
Разград	Асеновград Карлово Първомай Раковски Садово Хисаря Стамболийски Съединение Пловдив Пловдив
Русе	Исперих Кубрат с. Лозница с. Завет
Силистра	Бяла с. Ветово с. Две могили
Сливен	Главница Дулово Тутракан
Смолян	Котел Нова Загора Твърдица



РЗОК:	поделенията на РЗОК със седалища по об- щини:
София-град	Девин Доспат Златоград Мадан
София-област	район "Люлин" район "Младост-3" район "Подуене" район "Красно село" район "Надежда"
Стара Загора	Ботевград Ихтиман Пирдоп Самоков Своге Сливница
Търговище	Гълъбово Гурково Казанлък Раднево Чирпан
Хасково	Антоново Омуртаг Попово
Шумен	Димитровград Ивайловград Свиленград Тополовград Харманли
Ямбол	Калотино Нови пазар Велики Преслав
	Болярово Елхово Стралджа

## IV. Правна и макроикономическа среда

### 1. Правна среда

Основен принцип в Конституцията на Република България /чл. 52, ал. 1/ е, че "Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон". Съгласно чл. 52, ал. 2 "Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон".

Законът за здравното осигуряване, приет през 1998 година, създава Националната здравноосигурителна каса с предмет на дейност осъществяване на задължително здравно осигуряване. Съгласно чл.3, ал.1 от ЗЗО "задължителното здравно осигуряване е система за социална здравна защита на населението, гарантираща пакет от здравни услуги, и се осъществява от НЗОК и от нейните териториални поделения – районни здравноосигурителни каси".

НЗОК осъществява дейността си и съобразно следните нормативни актове:

1. Конституция на Република България;
2. Кодекс за задължителното обществено осигуряване;
3. Кодекс на професионалната етика;
4. Закон за здравното осигуряване;
5. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2001г.;
6. Закон за лечебните заведения;
7. Закон за народното здраве;
8. Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина;
9. Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите;
10. Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите;
11. Закон за административното производство;
12. Закон за задълженията и договорите.
13. Закон за обществените поръчки.

Законът за бюджета на НЗОК е основен финансов план за събиране и разходване на средствата на НЗОК.

За осъществяване на дейностите, предвидени в ЗЗО, се подписва Национален рамков договор между НЗОК и Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България.

### 2. Макроикономическа среда

И през 2001 г. развитието на здравноосигурителната система у нас беше белязано от общата характеристика на икономическата обстановка в страната:

- ξ режим на валутен борд, който на този етап изигра своята положителна роля, като осигури стабилна парична обстановка, допринесе за намаляване на инфлацията, за укрепване на доверието и увеличаване на инвестиционната активност;
- ξ гъвкава фискална политика, насочена към намаляване на данъчното бреме върху фирмите и гражданите, като в същото време разходите все повече да се насочват към приоритетни сфери като социалното подпомагане и др.;
- ξ структурна реформа в национален мащаб, насочена към създаване на една пълноценно функционираща конкурентноспособна пазарна икономика.

Отчетените икономически индикатори също характеризират нарастваща макроикономическа стабилизация в страната независимо, че икономическият ръст

на БВП за 2001 г. е по-нисък спрямо 2000 г. (4.5% за 2001 г. срещу 5.8% за 2000 г.):

- ξ инфлация – 4.8% за 2001 г. спрямо 11.4% за 2000 г.;
- ξ безработица – 17.3% за 2001 г. спрямо 17.9% за 2000 г.;
- ξ необлагаем минимум по ЗОДФЛ – 100 лв за 2001 г. спрямо 80 лв за 2000 г.;
- ξ осигурителна тежест – 34.3% за 2001 г. спрямо 36.7% за 2000 г.;
- ξ средна работна заплата – 256 лв за 2001 г. спрямо 238 лв за 2000 г.

В рамките на бюджета за 2001 г. разходите за здравеопазване бяха определени на 4.2% от БВП спрямо 3.8% за 2000 г.

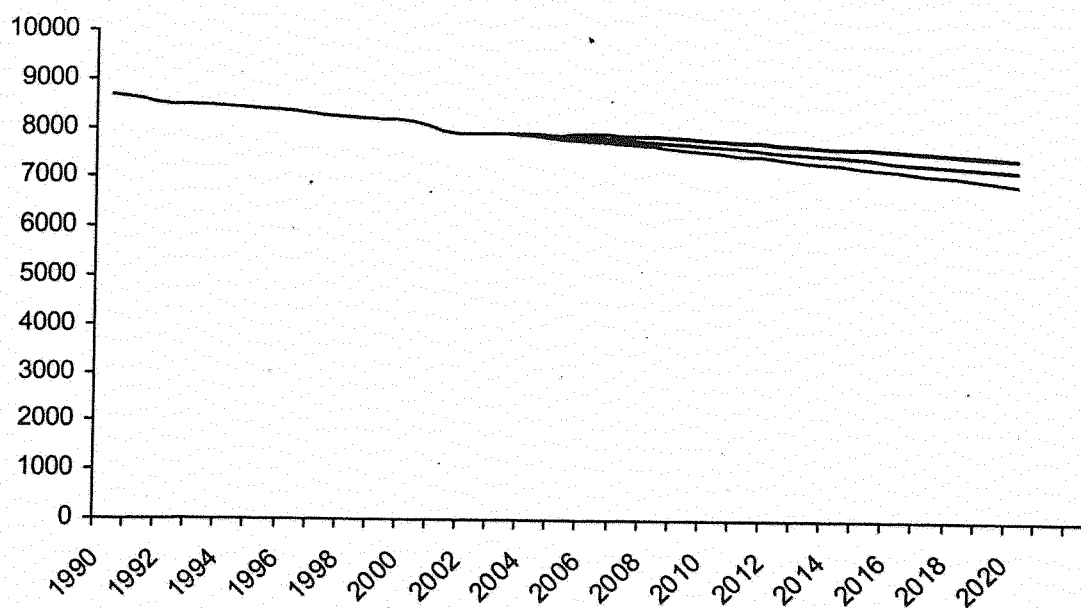
В тази макроикономическа обстановка през 2001 г. усилията на НЗОК бяха насочени към функционирането на една ефективна здравноосигурителна система, чрез която да се гарантира осигуряване на качествена медицинска и стоматологична помощ за задължително здравноосигурените лица.

## V. Здравно-демографска Характеристика на населението

В демографското развитие на България се наблюдава процес на бърз спад на броя на населението и висок темп на демографско остаряване (Фиг. 4). Основният фактор, обуславящ тези тенденции, е намаляването на раждаемостта, достигнала през последните години катастрофално ниски стойности. Забелязва се и задържане на нивото на повъзрастовата смъртност. През последните 10 г. средната продължителност на живот у нас намалю с около 1 година. България чувствително изостава по този показател от напредналите страни. По ниво на средната продължителност на живота на населението към 2000 г. българите живеят с приблизително 8 г. по-малко при мъжете и 7 г. - при жените, в сравнение с жителите на страни като Швеция, Холандия, Франция, Швейцария, Япония и др..

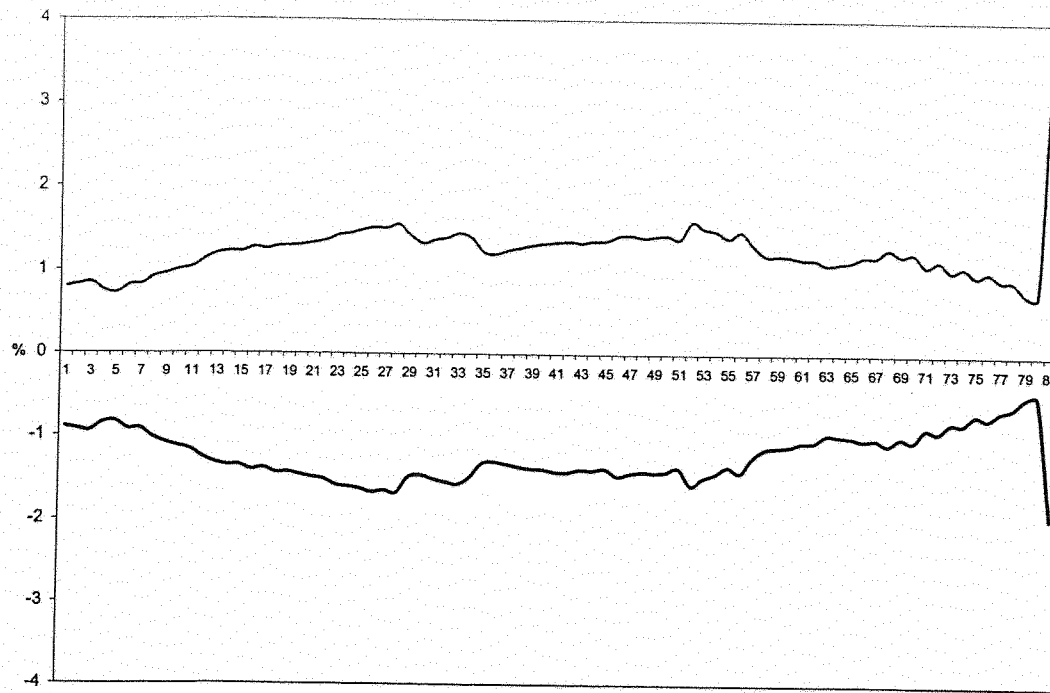
За периода 1989-2001 г. броят на населението на страната е намаляло с повече от 1 млн. души. До 2010 г. се очаква допълнително спад с около 200 хил., а в една по-далечна перспектива (до 2050 г). – с около 1,9 млн. души.

Фиг. 4 Динамика на броя на населението на България

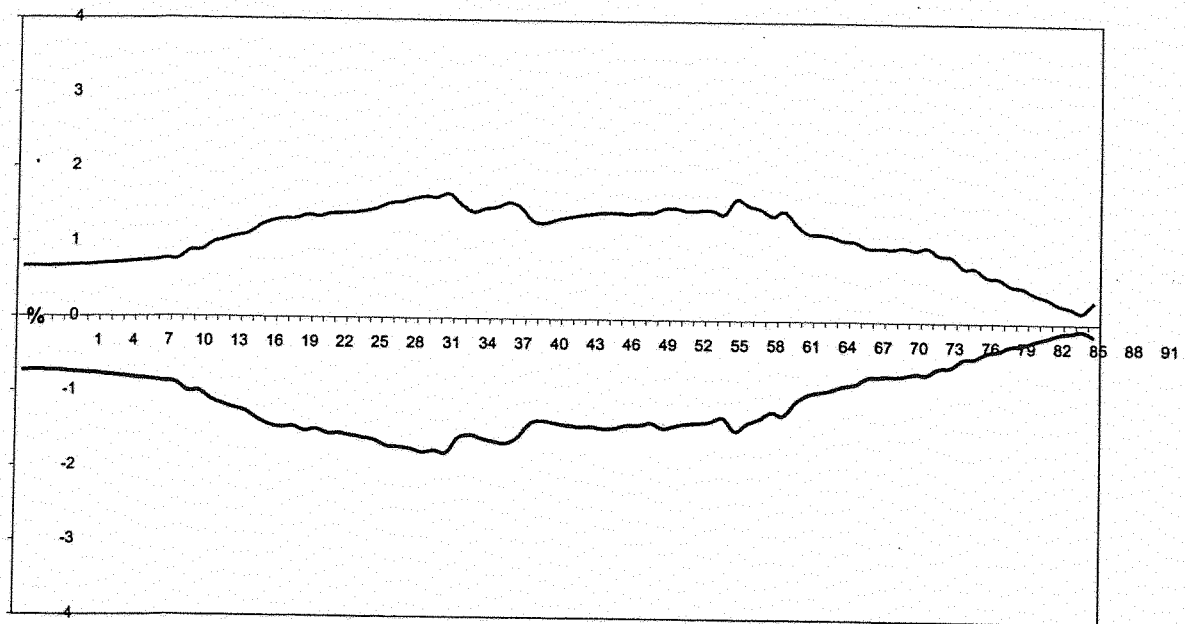


Процесът на демографско остаряване е най-значимият феномен на нашето съвремие, с който се характеризира населението на преобладаващата част от страните в Европа, в т.ч. и на Балканите. Като резултат от този процес в края на 2001 г. относителният дял на лицата на възраст 60 и повече години достигна 21,9% от общия брой на населението с тенденция да продължи да нараства и през следващите години.

Фиг. 5 Възрастови пирамиди на населението на България в края на 2001 г.



Фиг. 6 Възрастови пирамиди на населението на България в края на 2001 г.



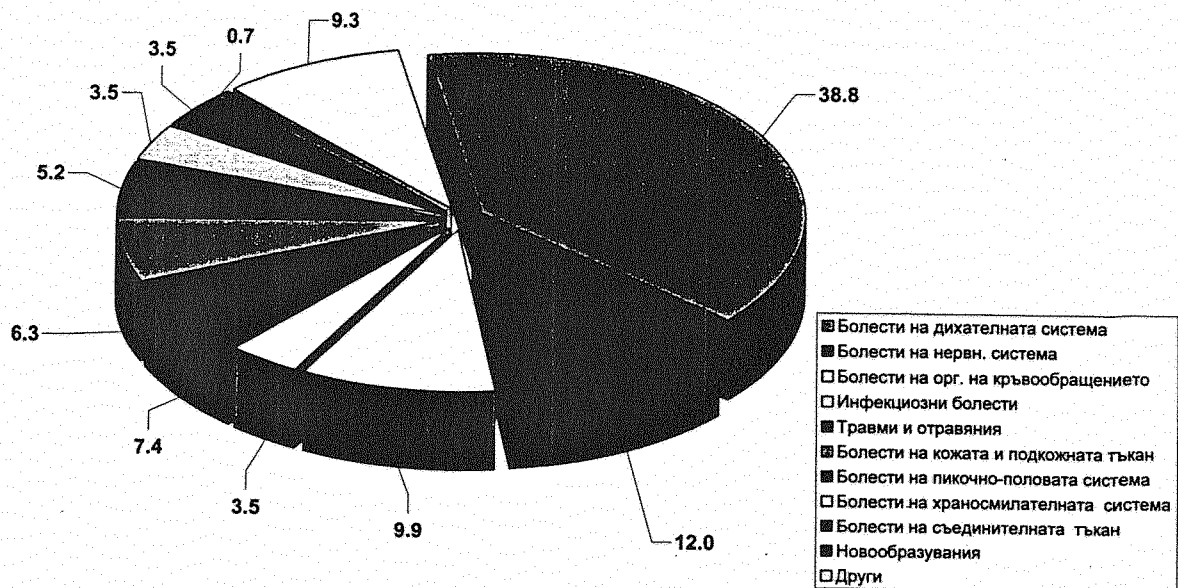
Възрастовата пирамида ще се модифицира непрекъснато, като в още по-голяма степен преобладаващи в нея ще бъдат поколенията в средните и високите възрасти.

Остаряването на населението ще има все по-задълбочаващи се негативни последици за различни сфери на социално-икономическия живот на страната и преди всичко в областта на здравеопазването. Хората в средните и високите възрасти по принцип се нуждаят от повече и по-специални медицински грижи, а процентното им нарастване води до бързо увеличаване на разходите за здравеопазване.

Заболяемостта и смъртността са показатели, чиито нива подлежат на оценка и анализ за причините, които ги обуславят.

Общата заболяемост бележи по-нататъшно увеличение и достига 1375.4 на 1000 души от населението. Сред заболяванията водещи са болестите на дихателната система (38,8% от всички заболявания), на нервната система (12%), на органите на кръвообращението (9,9%), травмите и отравянията (7,4%).

Фиг. 7 Структура на заболяемостта според обръщаемостта за медицинска помощ по класове болести (в%)



Нараства болестността от активна туберкулоза и от психични заболявания. Като трайна тенденция силно се покачва болестността от злокачествени новообразувания (2462,9 на сто хиляди души) при успоредно нарастване на коефициента на случаите на новозаболели (320,1 на сто хиляди души).

С повече от 5 % нараства инвалидизираното население, като едновременно с това се покачват и показателите за първична и вторична инвалидност.

Факторите, характеризиращи заболяемостта на населението в страната, са определящи и при оценката на причините за смъртност. Сред тях водещи са умиранията от болестите на органите на кръвообращението (933,8 на сто хиляди), от исхемична болест на сърцето и мозъчно-съдова болест. Интензитетът на смъртните случаи от новообразувания, които са на второ място по значимост, възлиза на 187,8 на сто хиляди. В структурата на останалите причини за смърт следват симптоми, признаци и недобре определените състояния, травмите и отравянията, болестите на дихателната система и други.

Нивото на детската смъртност се колебае за различните години между 14-16 на 1000 живородени деца без определена тенденция за намаление, което ни отрежда едно от последните места в Европа по този показател.

Демографската и здравната характеристика на населението на страната е важна предпоставка за формулиране на тактиката и стратегията на НЗОК при определяне на здравноосигурителните дейности, които заплаща. Националната зд-

равноосигурителна каса се обръща с лице към предизвикателствата, произтичащи от:

- ξ остаряване на населението като всеобща тенденция на съвременната цивилизация;
- ξ непрекъснато свиващия се брой и относителен дял на икономически активното население, предизвикано от ниската раждаемост и интензивната емиграция на предимно млади хора;
- ξ нарастващата заболяемост като следствие от трудната социално-икономическа конюнктура в страната.

При формулиране на основните акценти в дейността на НЗОК се отчитат изключително отговорно икономическите и социалните въпроси на заболяемостта и на все по - остаряващото общество, с оглед отразяване на възможните им проявления върху жизнения статус на населението и обхвата на потребяваните здравни услуги. На преден план е общата потребност от съобразяване на здравноосигурителната дейност по плащанията и обхвата на оказваните медицински услуги със:

- ξ световните процеси на остаряване на населението и намаляване на раждаемостта;
- ξ промените в трудовите характеристики на хората в трудоспособна възраст и техния здравен профил;
- ξ икономическите, социалните, културните, етническите и религиозните особености на лекуваното население.

Основните цели в здравната политика и здравното осигуряване са създаване и гарантиране на:

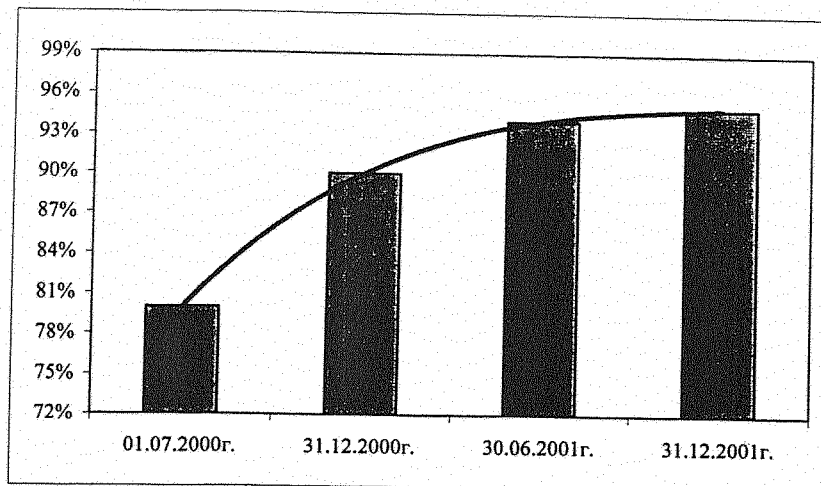
- ξ дългосрочна, комплексна и качествена медицинска закрила на населението;
- ξ висококачествена, безотказна, достъпна и навременна медицинска помощ, която да поддържа здравния (физически и психически) статус на всички граждани на страната;
- ξ стабилен финансов ресурс като първостепенно условие за решаване на проблемите на обществото.

## VI. Регистрирани здравноосигурени лица

### 1. Регистрирани здравноосигурени лица при общопрактикуващ лекар.

Нивото на регистрация на населението при ОПЛ през 2001 г. е нараснало с 5 пункта (Фиг. 8). Към 31.12.2001 г. достига 95% от общото население и показва тенденция към стабилизиране.

Фиг. 8 Ниво на регистрация на ЗЗОЛ при ОПЛ

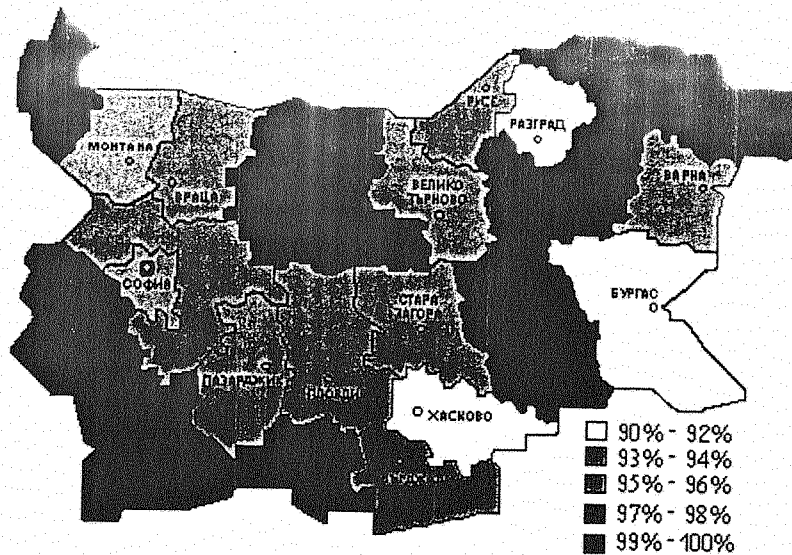


Тази положителна тенденция показва нарастването на потенциалния и на реалния брой лица, които ползват медицинска помощ, заплащана от НЗОК. Все по-остро обаче назрява проблемът за "гратисчиите", т.е. лица, които не са заплатили вноски или са нередовни платци, а са регистрирани при ОПЛ и ползват медицинска помощ и лекарства, заплащани от НЗОК.

В регионален аспект се наблюдават намаляващи различия в нивото на регистрация на населението при ОПЛ (Фиг. 9). Например в областите Кърджали, Бургас, Хасково, които са изоставали от средното за страната ниво през 2000 г., се забелязва по-интензивна регистрация на населението през 2001 г. Към края на 2001 г. нивото на регистрация е най-високо в областите Търговище, Видин и Габрово - 99%. Най-ниско е нивото на регистрация в област Хасково - 90%, следвана от Разград и Бургас - 91%.



Фиг. 9 Ниво на регистрацията на ЗЗОЛ при ОПЛ по области

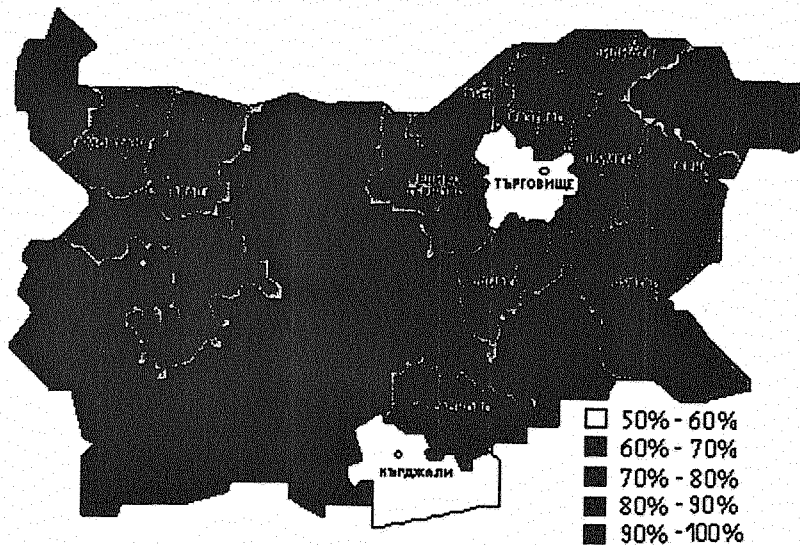


## 2. Регистрирани здравноосигурени лица при стоматолог.

Нивото на регистрацията на населението при общопрактикуващ стоматолог (ОПС) е повишено от 63% към края на 2000 г. до 70% за 2001 г. (Фиг. 10). Наблюдава се и по-ускорена регистрацията на детското население при семеен стоматолог.

В регионален аспект все още се наблюдават съществени различия в нивото на регистрацията на населението при ОПС. Например в областите Кърджали и Търговище при ОПС е регистрирано под 60% от населението, докато регистрацията в София-област надхвърля 90%.

Фиг. 10 Ниво на регистрацията на ЗОЛ при ОПС



## VII. Правно-нормативна дейност на НЗОК

През 2001 г. правно-нормативната дейност на НЗОК се осъществяваше в две основни насоки:

- ξ вътрешна – участие в изготвянето на проекти или становища по законосъобразността на проекти за правилници, инструкции, заповеди и други вътрешни актове, регламентиращи определена част от дейността на НЗОК; дейност по спазване и законосъобразното прилагане на трудовото законодателство; дейност, свързана с управлението и стопанисването на собствеността на НЗОК;
- ξ външна – работа в пряко сътрудничество с държавни и обществени институции в страната, както и решаване на правни проблеми на здравноосигурените лица, обърнали се към институцията НЗОК; осъществяване на процесуално представителство по съдебни и извънсъдебни производства.

Най-важен дял от правно-нормативната дейност е изработване на Националния рамков договор за 2001 г. и договора за изменение и допълнение на НРД за 2001г. с оглед спазване на действащото в страната законодателство. Приетият Национален рамков договор е основание за сключване на индивидуални договори за оказване на извънболнична и болнична медицинска или стоматологична помощ от изпълнители на медицинска и стоматологична помощ, за които бяха изготвени образци на типови договори.

Външната насока в правно-нормативната дейност на НЗОК се осъществяваше в няколко направления:

- ξ участие в изработването на проекти за промяна на закони и подзаконовни нормативни актове в областта на здравеопазването и здравето осигуряване и по-конкретно Закона за здравето осигуряване, Закона за лечебните заведения, Наредба за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ;
- ξ съвместна работа с Националния осигурителен институт и Главна данъчна дирекция за изработването на предложения за промени в ЗЗО и данъчното законодателство;
- ξ съвместна работа с други институции, участващи в процесите на осъществяване на задължителното здравно осигуряване – Национален статистически институт, Министерство на финансите, Министерство на труда и социалната политика, Национално сдружение на общините;
- ξ участие в изработването на спогодби в областта на социалната защита и в по-дългосрочен порядък - на позиция на българската страна по обема и заплащането на медицинската помощ за чужди граждани в България и български граждани в чужбина, в рамките на нови споразумения, по които България е страна. В тази връзка се проведеха срещи с представители на Република Македония, Република Хърватска и Република Унгария относно проектите на двустранни спогодби между България и посочените страни в областта на здравето и социалното осигуряване.

Като важна част от правно-нормативната дейност на НЗОК следва да се отбележи и предоставянето на правни консултации във връзка с различни проблеми и въпроси от страна на здравноосигурени лица или изпълнители на медицинска и стоматологична помощ.

## VIII. Дейност на НЗОК по изпълнение на НРД 2001

## 1. Първична извънболнична медицинска помощ

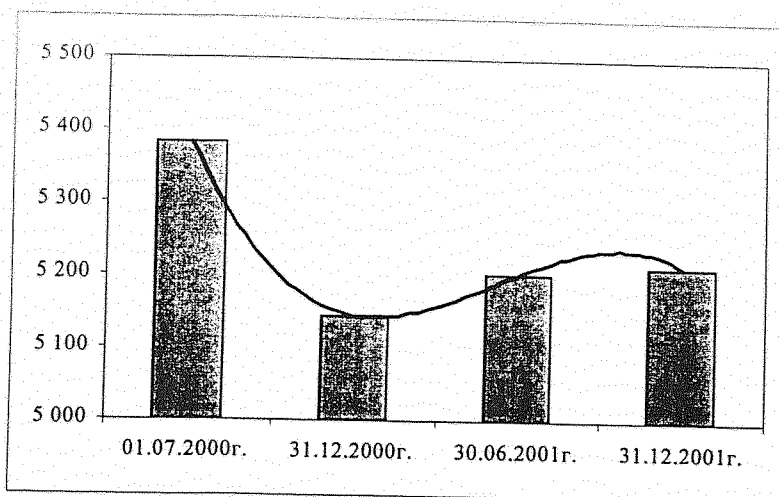
Първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП) и изграждането на институцията на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) са отправни точки в провежданата здравна реформа. Ролята на ОПЛ като "пазач на входа" на системата за медицинска помощ, предоставяна на задължително здравноосигурени лица е съществен регулатор на здравните разходи и средство за постигане на по-голяма адекватност на ползваното медицинско обслужване. Чрез договореностите в Националния рамков договор 2001 НЗОК си постави като цели в областта на първичната медицинска помощ:

- ξ Разширяване на достъпа на здравноосигурените лица до медицинска помощ, заплащана от НЗОК, чрез по-висока регистрация при ОПЛ, включително и чрез въвеждане на служебен избор на лекар за определени контингенти.
- ξ Стимулиране на разкриването на повече групови практики за ПИМП, които са по-крупни и по-гъвкави структури и имат икономически и организационни преимущества в системата на предлагане на медицинска помощ.
- ξ Прилагане на политиката за намаляване на броя на незаетите практики за първична медицинска помощ, разположени в малки, отдалечени и труднодостъпни населени места с неблагоприятна инфраструктура чрез система от стимули.
- ξ Мотивиране на дейността на ОПЛ чрез създаване на система от финансови стимули, особено в областта на националните здравни приоритети - грижи за деца, майки и възрастни; сърдечно-съдови, онкологични, белодробни заболявания, диабет и психични зависимости.
- ξ Осигуряване на качеството на предоставяните медицински услуги от ОПЛ, чрез създаване на алгоритми на клинично поведение при различни заболявания и правила за добра медицинска практика
- ξ Упражняване на ефективен финансов контрол и контрол на медицинските параметри и качеството на извършваната от ОПЛ медицинска дейност.
- ξ Осигуряване на взаимодействие и синхрон в дейността на лекарите от първичната и специализираната извънболнична и болнична помощ с цел подобряване на профилактичната, лечебно-диагностичната дейност и продължителното наблюдение на рискови групи и хронично болни лица.
- ξ Преструктуриране на системата на заплащане на ОПЛ чрез завишаване на относителния дял на заплащането за действително извършена дейност.
- ξ Предоставяне на директен достъп на диспансеризирани лица и лица, включени в специализирани програми за управление на здравни приоритети, към специализираната медицинска помощ.
- ξ Осигуряване на изпълнението на дейностите по клинични пътеки в частта им за първичната извънболнична помощ преди хоспитализацията и след дехоспитализацията на ЗЗОЛ.

В процеса на договаряне, изпълнение на договореностите и заплащане на първичната медицинска помощ през 2001г. повечето от поставените цели бяха изцяло или частично реализирани.

Броят на ОПЛ, работещи в лечебни заведения за ПИМП в договорни отношения с НЗОК (Фиг. 11), се увеличава през първото полугодие на новата договорна година с 58 лекари или с 1% в сравнение с края на 2000г. През второто полугодие се повишава с още 12 лекари.

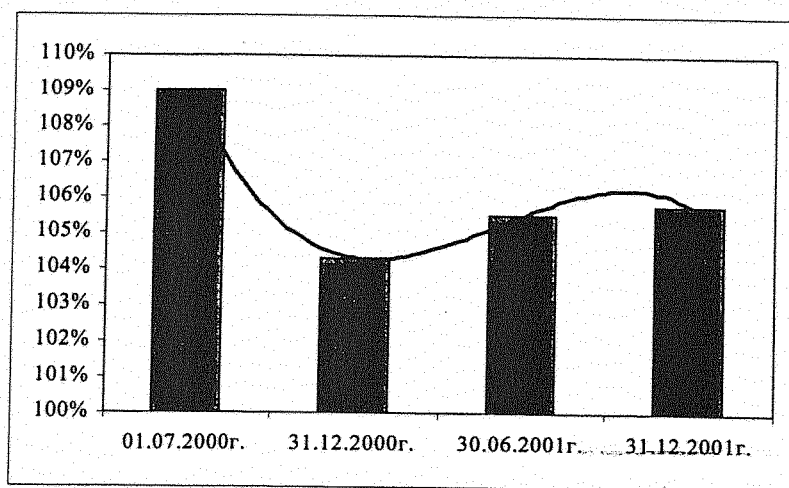
Фиг. 11 Брой ОПЛ в лечебни заведения, сключили договор с НЗОК



Броят на лечебните заведения за ПИМП остава относително постоянен през 2001 г., което се дължи на вече установените отношения между лекарите и здравноосигурените лица. Новите условия за договаряне през 2001г. бележат **положителна тенденция** – наблюдава се **окупняване и прегрупиране на индивидуалните практики за ПИМП**, като към 31 юни увеличението на груповите практики е с 6% спрямо 31.12.2000г., докато при индивидуалните практики – само с 1%. Индивидуалните практики към 31.12.2001г. намаляват с 2% (64 броя) спрямо 30.06.2001г., докато груповите практики остават непроменени като брой. Към 31.12.2001г по договор с НЗОК работят 4180 индивидуални практики и 163 групови практики на ОПЛ. Освен регистрираните по ЗЛЗ като лечебни заведения - груповата практика, в страната функционират и около 70 граждански сдружения от индивидуални практики за ПИМП, които изпълняват условията на рамковия договор.

Фактическият брой разкрити практики на ОПЛ спрямо броя им в Националната здравна карта (НЗК) показва (Фиг. 12) преизпълнение на изискванията на МЗ за минимален брой ОПЛ, сключили договор с НЗОК.

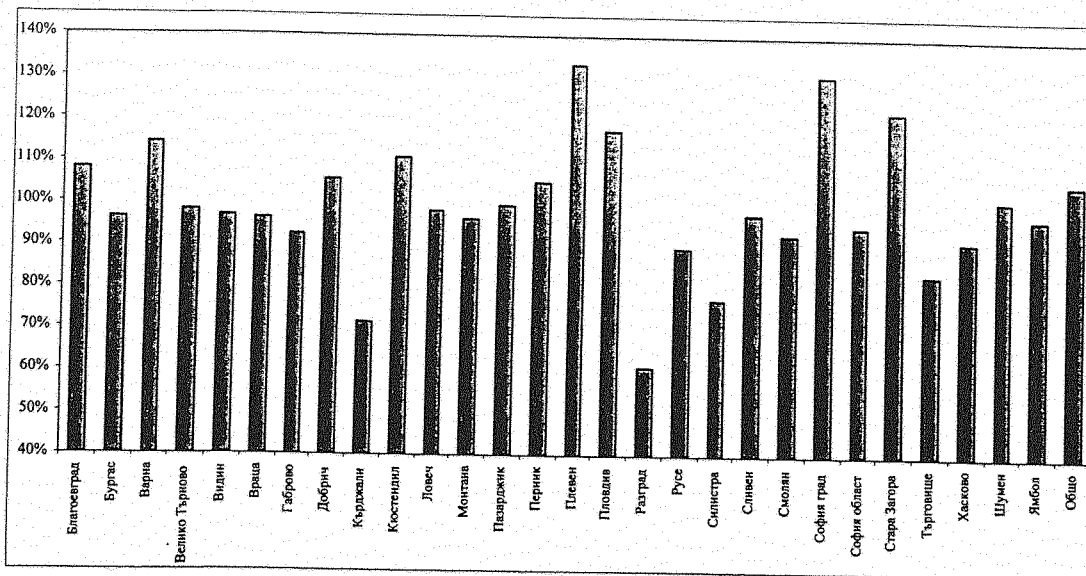
Фиг. 12 Изпълнение на НЗК за ПИМП



Нивото на изпълнение на НЗК в регионален аспект варира значително (Фиг. 13). Това се дължи на **недостига на лекарски кадри в дадени области като цяло или на неравномерното им разпределение в отделните селища**. Например такива "проблемни области" са Разград и Кърджали, следвани от Силистра и Търговище. В същото време концентрацията на общопрактикуващи лекари в най-

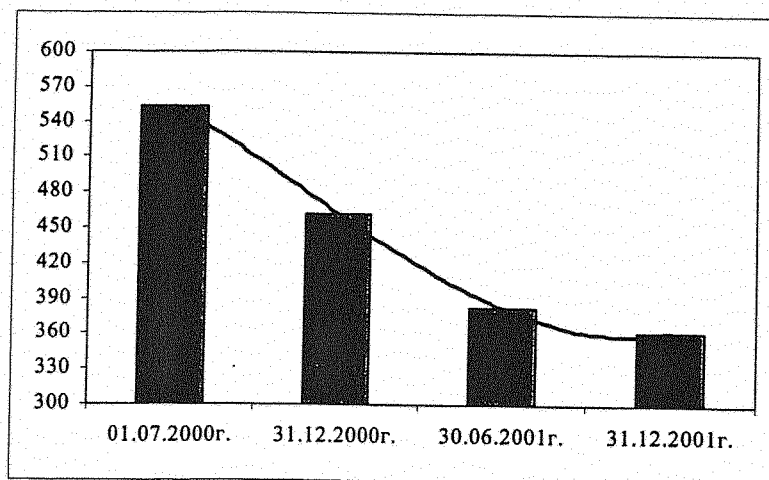
големите областни центрове с медицински университети като София-град, Плевен, Варна, Стара Загора и Пловдив продължава. Към края на 2001г. най-ниско ниво на изпълнение на НЗК се наблюдава в област Разград (61%), а най-високо - в област Плевен (133%).

Фиг. 13 Изпълнение на НЗК за ПИМП по области



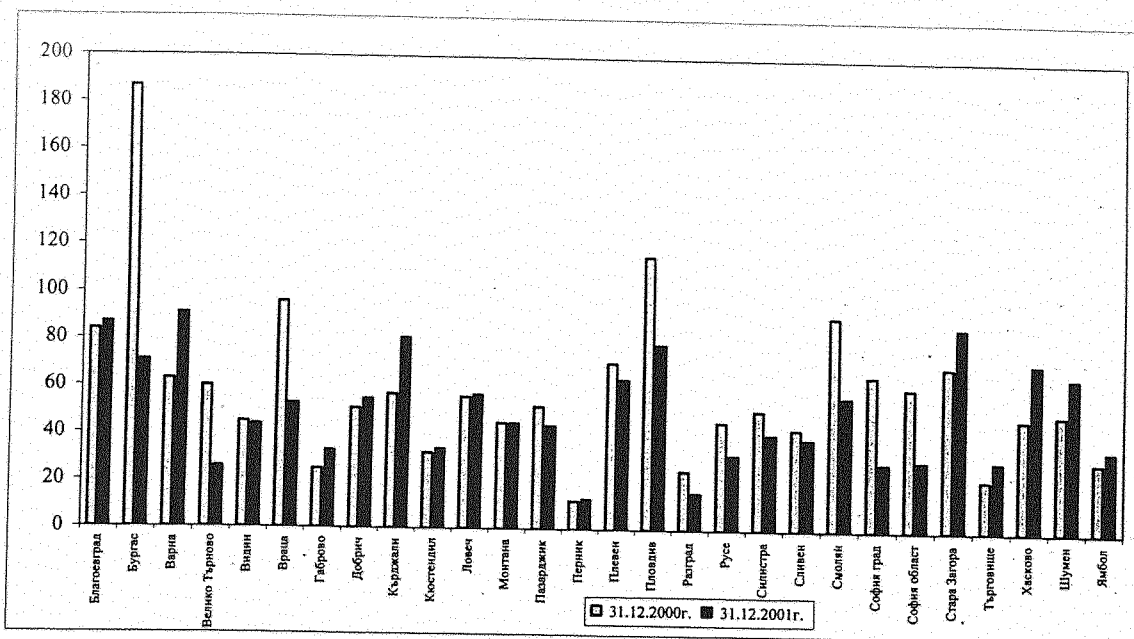
Броят на незаетите практики (Фиг. 14) намалява през 2001 г. с 80 или със 17% спрямо края на 2000 г. Към 31.12.2001г. броят им намалява с още 19 спрямо 30.06.2001г.

Фиг. 14 Брой незаети практики на ОПЛ



Практиките с неблагоприятни условия през 2001 г. намаляват в някои региони спрямо 2000 г., докато в други се увеличават, което се дължи на промяна в методиката на договаряне и заплащане (Фиг. 15).

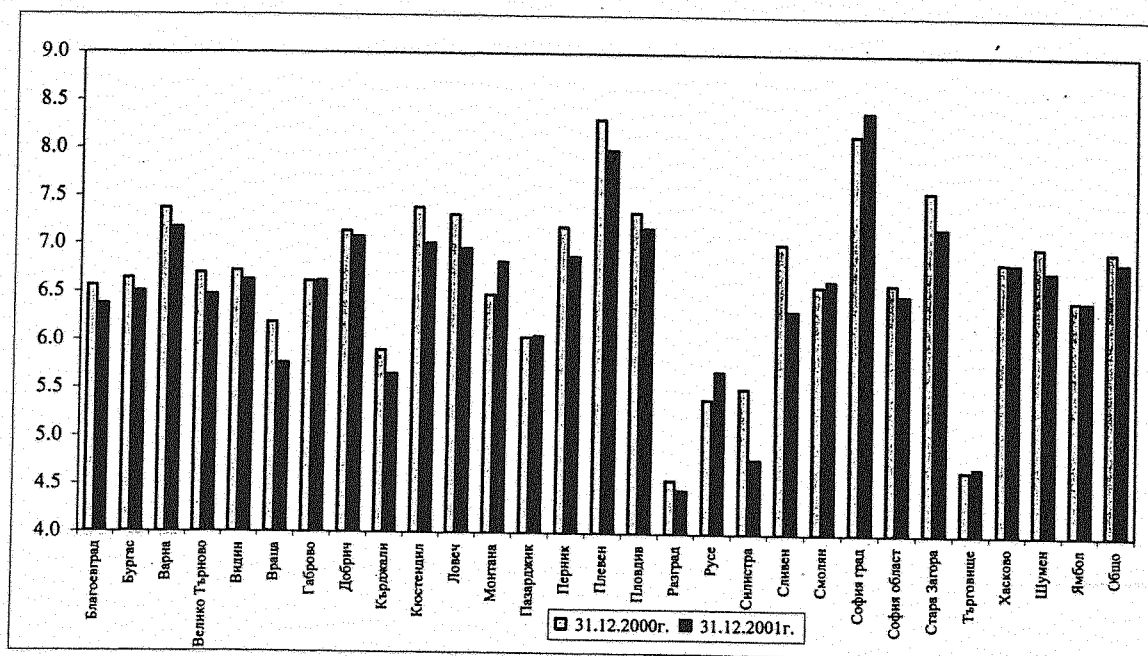
Фиг. 15 Брой на практиките на ОПЛ с неблагоприятни условия



Броят на ОПЛ на 10 000 регистрирани здравноосигурени лица намалява незначително - с 0,01 към 30.06.2001г., спрямо 31.12.2000г. (Фиг. 16). През второто полугодие на 2001г. намалява с още 0,02, което се дължи на по-високия темп на нарастване на броя на обхванатите чрез регистрация при общопрактикуващ лекар здравноосигурени лица в страната.

**В област София-град съществуват най-много ОПЛ на 10 000 регистрирани ЗЗОЛ - 8.4, а най-ниската осигуреност с изпълнители на ПИМП има в област Разград - 4.46.**

Фиг. 16 Брой ОПЛ на 10 000 ЗЗОЛ по области

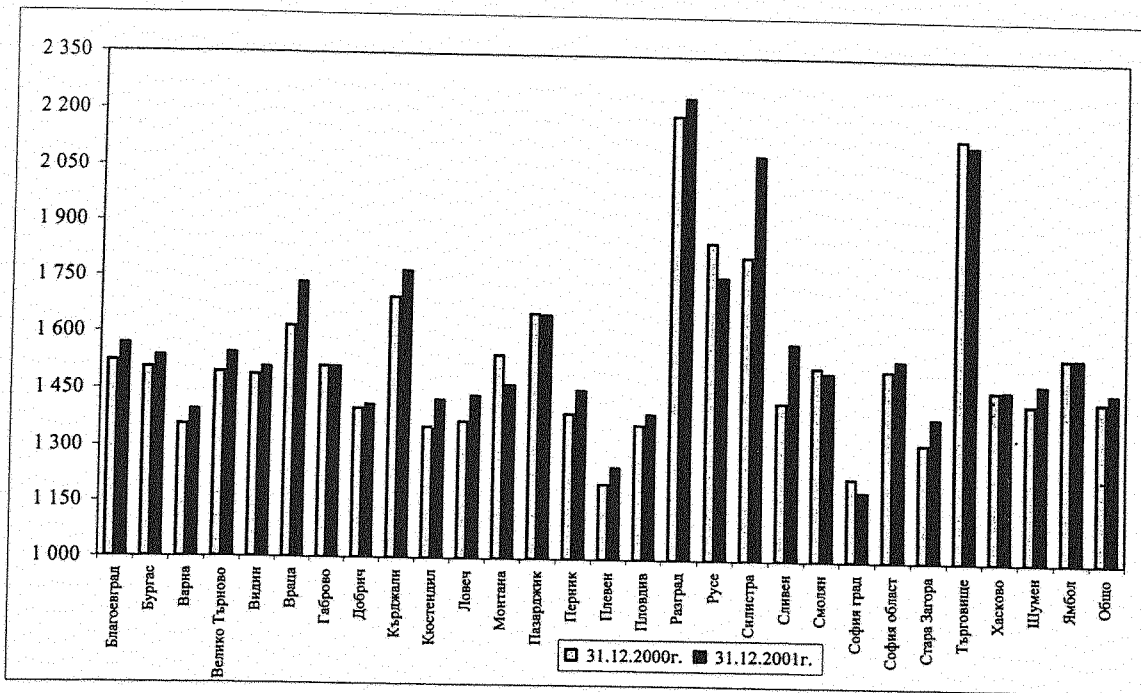


Средният брой ЗЗОЛ, регистрирани при един ОПЛ, се повишава незначително (Фиг. 17). Натовареността на ОПЛ се увеличава през 2001г., в т.ч. и през второто полугодие в сравнение с първото. В повечето области се наблюдава нараства-



не на натовареността на ОПЛ, което се дължи на нарастване на обръщаемостта на ЗЗОЛ към ПИМП и на подобряване работата на ОПЛ по отношение попълване на първичната отчетна документация, по програми за здравни приоритети и по регистрация на заболяемостта. Показателят за натовареност на общопрактикуващите лекари е съизмерим с този на страните от европейската общност.

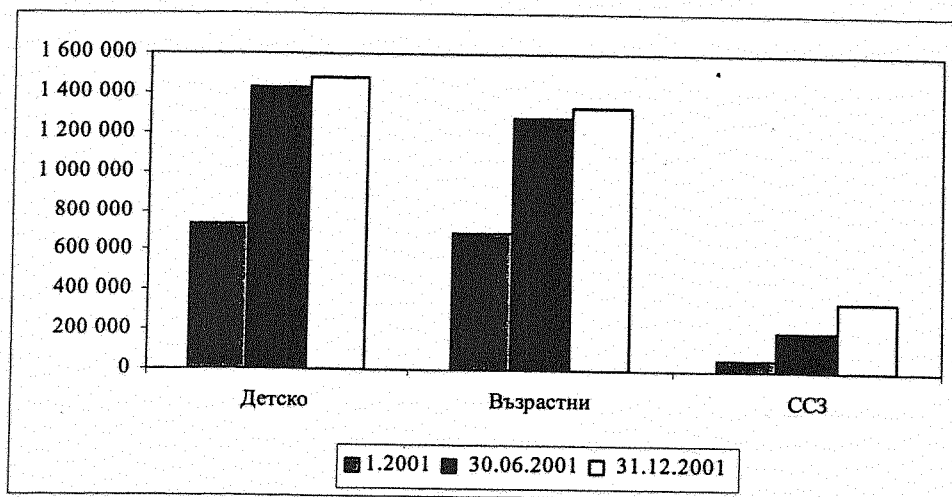
Фиг. 17 Среден брой на ЗЗОЛ на един ОПЛ по области



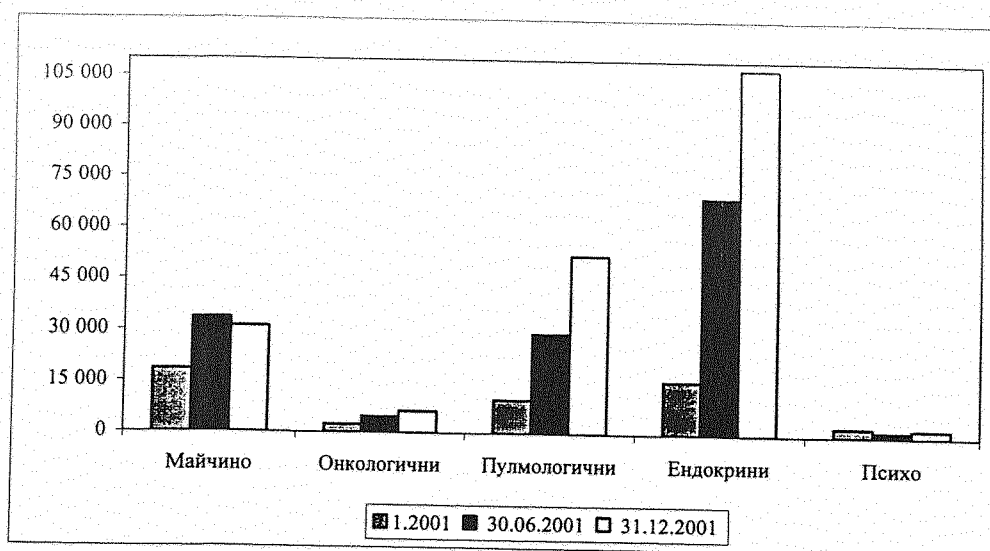
Дейностите по програми за управление на здравни приоритети се извършваха и контролираха през цялата 2001 г. Броят на обхващане на ЗЗОЛ в общи и специализирани програми за управление на здравни приоритети нарастваше целогодишно (Фиг. 18).

От графиката е видно, че през второто шестмесечие на 2001 г. броят на включените ЗЗОЛ в програми за управление на здравни приоритети се увеличава.

Фиг. 18 Брой ЗЗОЛ, обхванати по приоритетни програми на ОПЛ



Фиг. 19 Брой ЗЗОЛ, обхванати по видове приоритетни програми на ОПЛ



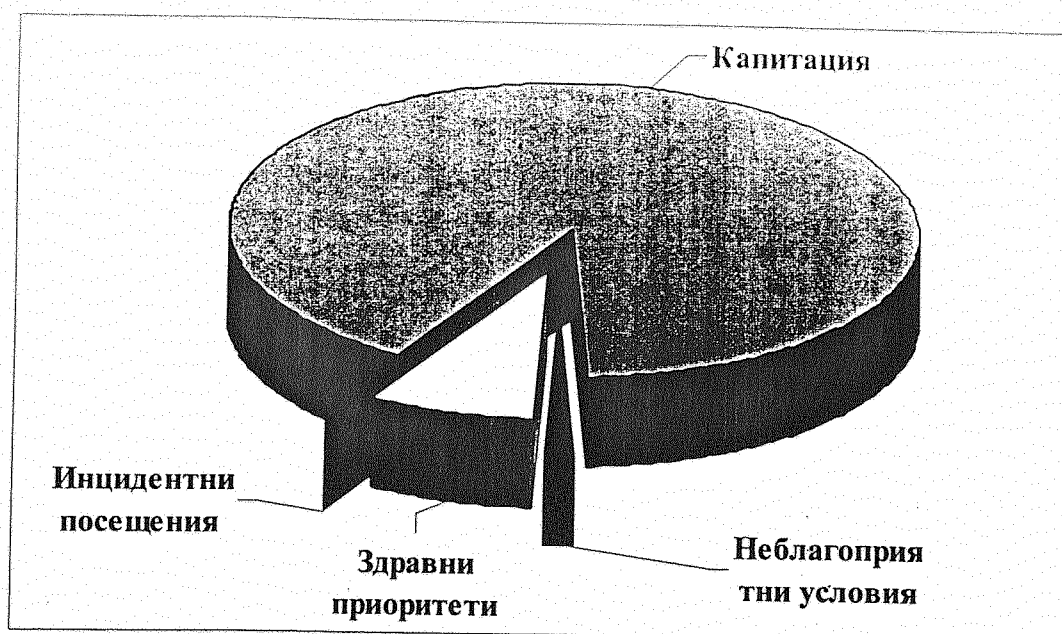
През 2001 г. ОПЛ работиха по 3 общи програми и 5 специализирани програми за управление на здравни приоритети. В резултат на повишените изисквания на НЗОК към ОПЛ за комплексност и качество на дейността им в частта по програми степента на изпълнение на програмите в края на 2001 г. се повиши от 76% за първо шестмесечие на 94% за годината (Фиг. 19). Най-ниско годишно изпълнение имат програмите “Онкологични заболявания” – 75%, “Белодробни заболявания” – 81%, и “Детско здравеопазване – деца на възраст до 1 г”- 84%, а най-високо – “Психични заболявания”- 100%, следвана от програма “Детско здравеопазване – деца на възраст от 1 до 18 г”- 96%. Сумата от 1 967 136 лева бе удържана за неизпълнението на дейността по програми от заплащането на ОПЛ. С най-висок процент на годишно изпълнение на програмите са областите Русе и Силистра - с 98%, а с най-ниско – Кюстендил – 84%, и Добрич – 85% (Табл. 1).

Табл. 1 Изпълнение на приоритетните програми

Програми	Бюджет за програмите за периода	Сума за възстановяване от ОПЛ по неизпълнение на програмите	Процент изпълнение на програмите
Детско здравеопазване – деца до 1 г.	884 783.47	145 555.14	84%
Детско здравеопазване – деца от 1 до 18 г.	16 569 305.75	580 893.56	96%
Майчино здравеопазване	327 023.53	53 275.11	84%
Грижи за лица над 65 г.	12 546 492.74	1 065 982.82	92%
Сърдечно-съдови заболявания	989 417.82	61 977.75	94%
Онкологични заболявания	23 772.80	6 009.59	75%
Белодробни заболявания	149 783.51	28 368.58	81%
Ендокринни заболявания	334 750.91	25 035.33	93%
Психични заболявания	8 452.40	38.38	100%
<b>ОБЩО</b>	<b>31 833 782.92</b>	<b>1 967 136.27</b>	<b>94%</b>

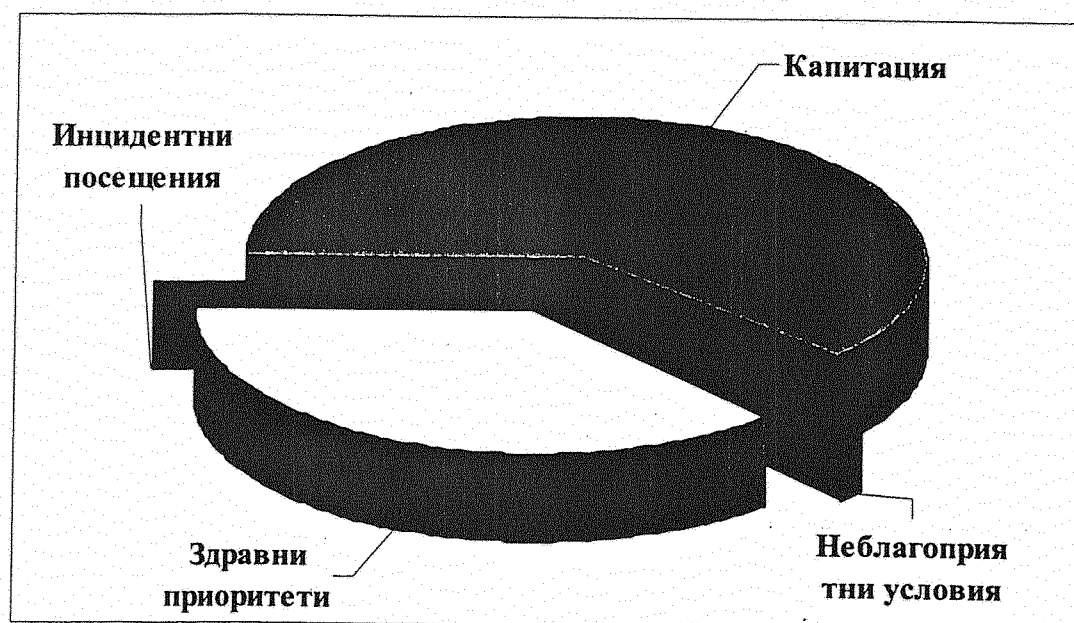


Фиг. 20 Структура на приходите от НЗОК на ОПЛ за 2000 г.

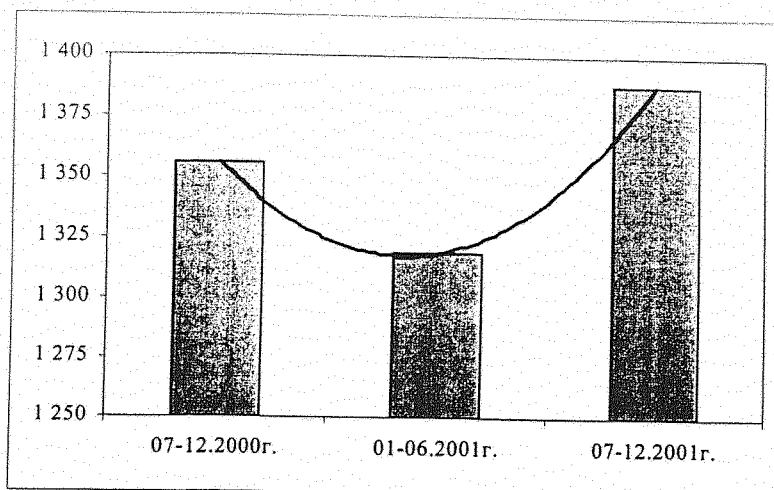


Структурата на приходите на ОПЛ за 2001 г. (Фиг. 21) се различава от тази за 2000 г. (Фиг. 20) и показва по-добри показатели: относителният дял на капитационното заплащане се редуцира с около 1/3 при петкратно нарастване на тежестта на заплащането за дейността по управление на приоритетните здравни програми.

Фиг. 21 Структура на приходите от НЗОК на ОПЛ за 2001 г.



Фиг. 22 Средномесечен приход от НЗОК на един ОПЛ



Средномесечният приход от НЗОК на ОПЛ намалява с 2,7% през първо полугодие поради осъществените удръжки за неизпълнение на програмите за здравни приоритети (Фиг. 22). През следващия период (7–12.2001г.) се забелязва леко увеличение в резултат на увеличаване брой ЗЗОЛ, включени в приоритетни програми. През 2001 г. един ОПЛ е получавал средно по 1388 лева на месец.

#### Изводи:

1. Подобрен е достъпът на здравноосигурените лица до първична извънболнична медицинска помощ, заплащана от НЗОК, чрез подобряване на системата на регистрация при ОПЛ и въвеждане на служебен избор; намаляване на броя на незаетите практики и осигуряване на първична медицинска помощ в населени места с неблагоприятни условия; съответствие между сключените договори между НЗОК и ОПЛ и задължителния минимален брой по Националната здравна карта.
2. Нерешен остава проблемът с неравномерното разпределение по области и здравни райони на осигуреността с първична медицинска помощ (брой ОПЛ) на 10 000 здравноосигурени лица. От една страна се наблюдава концентрация на ОПЛ в Плевен, София, Пловдив, Варна, Стара Загора, а от друга – недостатъчна осигуреност на населението с ОПЛ в области – Разград, Кърджали, Видин, Търговище. През 2001г. се забелязва известна тенденция към нормализиране на обезпечеността с първична медицинска помощ в отделните райони на страната, което се дължи на бонификациите, предоставени от НЗОК на изпълнителите на ПИМП, работещи в практики с неблагоприятни условия, оборудването на практиките по заем на Световната банка и регулацията, която се налага от пазарните механизми на търсене и предлагане на медицински услуги в областта на ПИМП.
3. Промените в структурата на заплащане на ОПЛ през 2001 г. - повишаване на заплащането за действително извършена дейност по приоритетни здравни програми и прилагането на методика за корекция на заплащането на шестмесечие, съобразно реално извършения обем на заложените дейности по всяка приоритетна програма, мотивираха ОПЛ да повишат качеството на работата с рискови групи и лица, страдащи от социално значими приоритетни заболявания. За изпълнение на цялостния обем дейности по програмите НЗОК осигури необходимия финансов ресурс за обезпечаване на всички консултации и медицински изследвания на ЗЗОЛ.

4. Поради ограничената финансова рамка на НЗОК през 2001г. не всички нуждаещи се ЗЗОЛ получиха необходимата специализирана консултативна медицинска помощ и медико-диагностични изследвания.
5. Основен проблем в областта на ПИМП през 2001г остана забавеният достъп до ОПЛ (с опашки за чакане) за ЗЗОЛ, нуждаещи се от навременна помощ. Причини за това са големият брой записани ЗЗОЛ при някои ОПЛ, както и недобрата организация и мениджмънт на практиката.

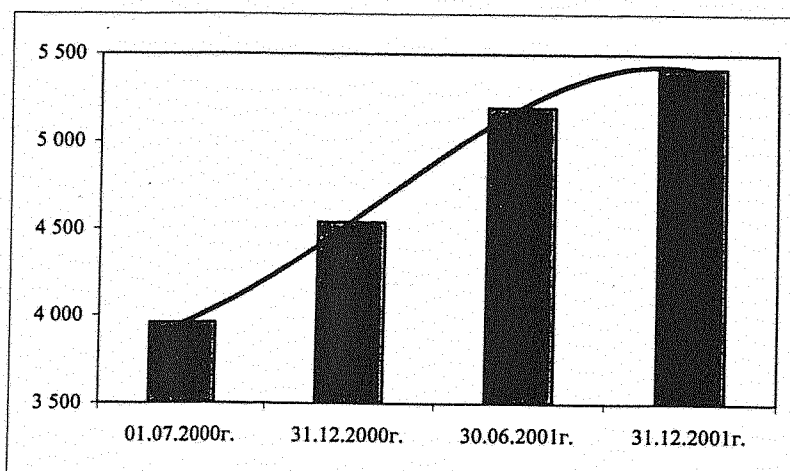
## 2. Специализирана извънболнична медицинска помощ

Дейността на НЗОК по договаряне и заплащане на специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) през 2001г. бе насочена към изпълнение на следните цели:

- ξ Повишаване на нивото на осигуреност на ЗЗОЛ със СИМП по основните медицински специалности и намаляване на междуобластните различия.
- ξ Подобряване на достъпа на ЗЗОЛ, обхванати от националните здравни приоритети и други диспансеризирани контингенти, до специализирана помощ, включително и чрез изнасяне на специализирана помощ в малки населени места по съвместна програма с ОПЛ.
- ξ Подобряване на баланса в областта на заплащането между ОПЛ и специалисти чрез разширяване на дейността и повишаване на цените на медицинска помощ, оказвана от специалистите.
- ξ Въвеждане на икономически стимули за специалистите за предоставяне на висококонсултативни дейности на ЗЗОЛ по 6 нови профилни специалности и квалификации.
- ξ Диференцирано заплащане на специалистите за експертна дейност, предоставяна на ЗЗОЛ.
- ξ Осигуряване на широк достъп на ЗЗОЛ до високоспециализирани медицински дейности чрез отделно договориране и заплащане на 28 високоспециализирани дейности.
- ξ Изработване на алгоритми за поведение на специалистите по социалнозначими заболявания, утвърдени на консенсусни конференции, проведени съвместно с научните медицински дружества.

През 2001 г. специалистите продължиха постепенно да се включват в системата на здравното осигуряване, в резултат на което се увеличи нивото на попълване на НЗК със специалисти (Фиг. 23).

Фиг. 23 Брой специалисти, работещи по договор с НЗОК



В Табл. 2 се наблюдава разнообразието от лечебни заведения, които са в договорни отношения с НЗОК. Лечебните заведения, които предоставят специализирана медицинска помощ, са нараснали с 30% спрямо началото на годината. Най-голямо е нарастването спрямо 31.12.2000г. при груповите практики -170%. При индивидуалните практики то е 37%.

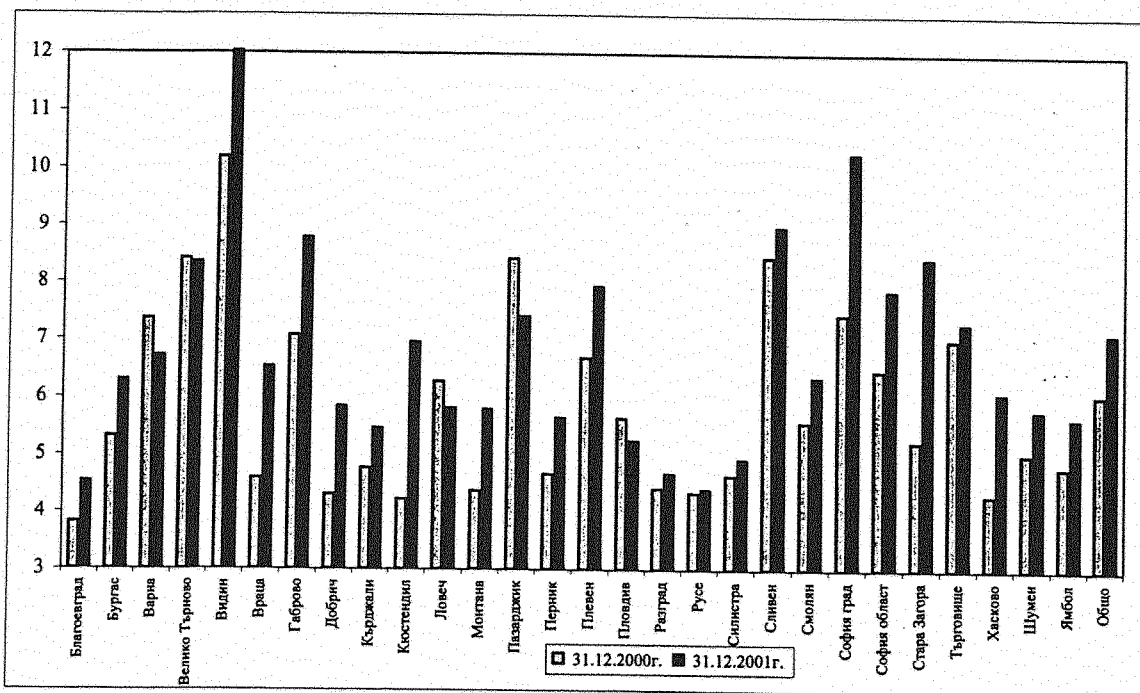
Табл. 2 Лечебни заведения за СИМП, работещи по договор с НЗОК

	Индив. практики	Груп. практики	Мед. центрове	ДКЦ	МБАЛ	Други ЛЗ	Общо ЛЗ
31.12.2000	951	7	157	89	0	9	1 259
30.06.2001	1 217	15	188	97	5	11	1 533
31.12.2001	1 305	19	197	97	5	13	1 636

Броят специалисти на 10 000 регистрирани ЗЗОЛ нараства със 17% през 2001 г. спрямо 2000 г.

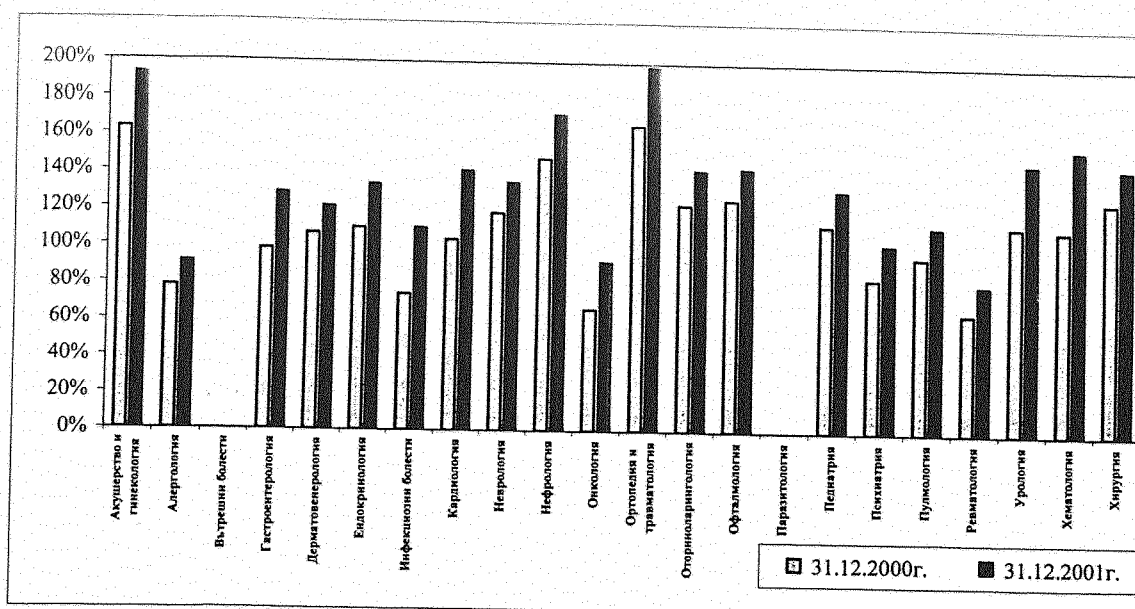
Осигуреността по области през 2001 г. е показана на Фиг. 24. В регион Видин съществува най-висок брой от специалисти по чл. 86, т. 1 на 10 000 регистрирани при ОПЛ задължително здравноосигурени лица. Нивото на осигуреност за страната е 7.1 към 31.12.2001 година.

Фиг. 24 Брой специалисти на 10 000 ЗЗОЛ по области



Осигуреността на 10 000 задължително здравноосигурени лица със специалисти от отделните специалности е различна (Фиг. 25). При специалности неврология (0.7) и хирургия (0.6) се наблюдава най-висока осигуреност със специалисти, докато при ревматология (0.05) и онкология (0.04) показателят е най-нисък.

Фиг. 25 Изпълнение на НЗК по специалности



Изпълнението на НЗК през 2001 г. показва нарастване на национално ниво с 24 % при всички специалисти. Към 31.12.2001 г. броят на специалистите, работещи по договор с НЗОК, надхвърля с 53% общия минимален брой по НЗК.

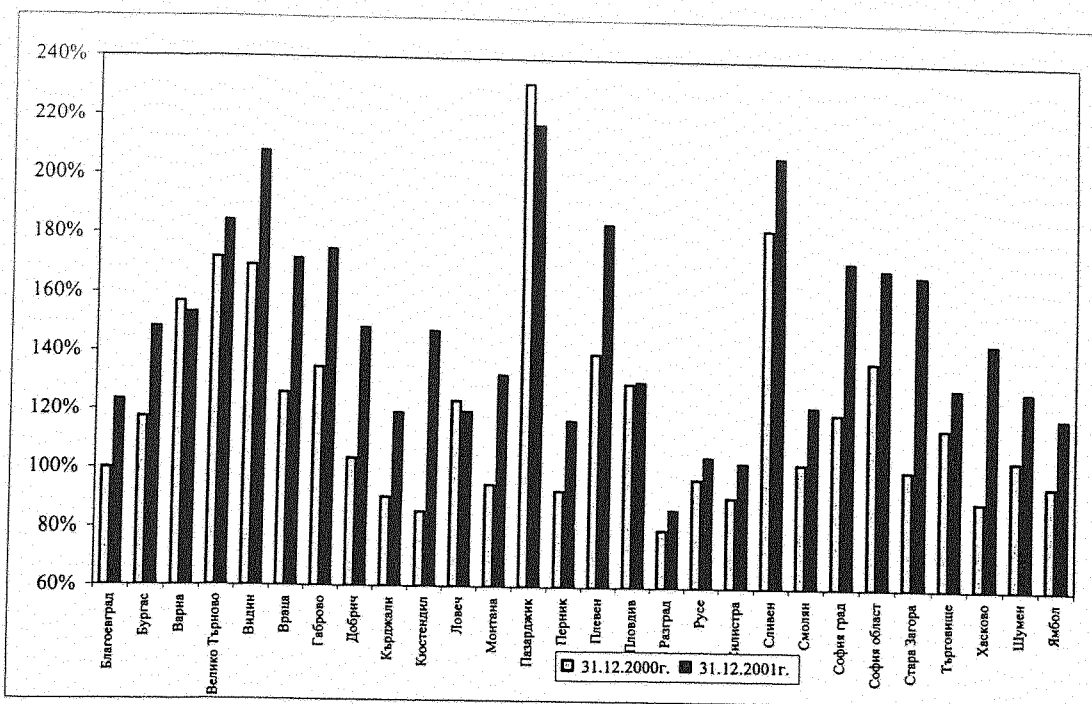
Най-високо изпълнение към 31.12.2001 г. има при специалност ортопедия и травматология (222%), акушерство и гинекология (206%), и физиотерапия и рехабилитация (203%). Най-ниско изпълнение показват специалностите алергология (102%) и ревматология (95%).

За специалности вътрешни болести и паразитология няма посочено ниво на изпълнение на НЗК, тъй като те не фигурират в списъка за минимални пакети на МЗ за 2001г.

Изпълнението на НЗК по области се повишава през 2001 спрямо 2000г. Регионалните различия продължават да бъдат значими, което се вижда и на графиката. Разликата между най-високото ниво на изпълнение на НЗК и най-ниското е над 100 пункта.

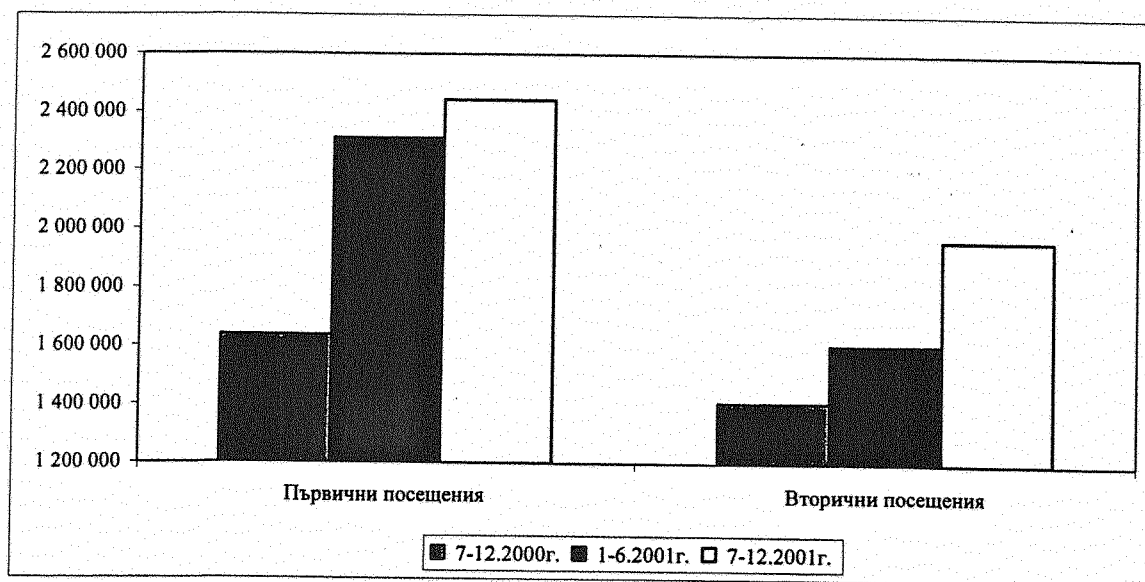
Пълната картина на изпълнението е показана на графиката (Фиг. 26). От нея се вижда, че единствено в РЗОК - Разград изпълнението на НЗК е под 100 на сто.

Фиг. 26 Изпълнение на НЗК по области



Реализираните и отчетени посещения при специалистите показват значително увеличение. През 2001 г. са реализирани над 8 милиона прегледа от специалистите по чл. 86, т. 1, които представляват основната маса от специалистите в договорни отношения с НЗОК, както и основната част от търсените в извънболничната помощ лекари.

Фиг. 27 Първични и вторични посещения при специалист

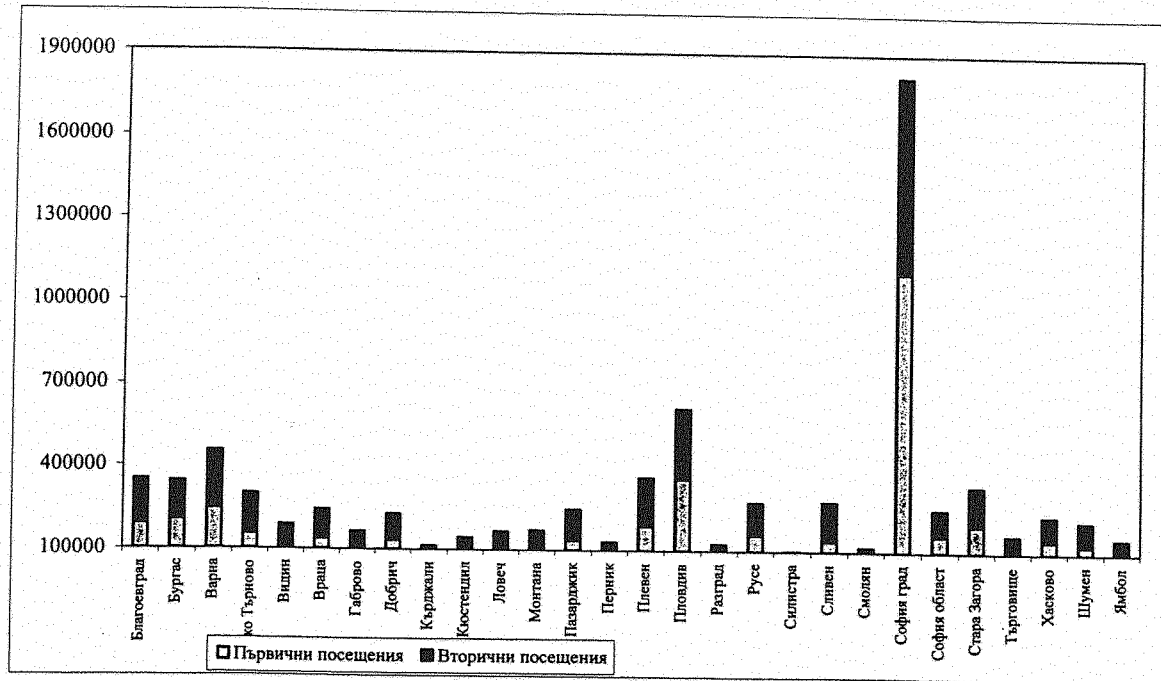


На Фиг. 27 се наблюдава нарастване с 5,6 на сто на броя първични посещения през второто шестмесечие на 2001 г. Нарастването на обема вторични посещения през второто полугодие на 2001 г. в сравнение с първото е 22 на сто. Следва да се подчертае, че през второто полугодие на 2001 г. са извършени с 44 на сто повече посещения на задължително здравноосигурените лица в сравнение със същия период на 2000 година. Положителен е фактът, че през второто

полугодие на 2001г. по-интензивно нарастват вторичните посещения, необходими за системно наблюдение и лечение на ЗЗОЛ с остри и хронични заболявания.

Специалистите в различните области са реализирали и отчетели различен брой посещения (Фиг. 28). На територията на РЗОК София-град са проведени най-много посещения, които представляват 22 на сто от всички посещения в страната (над 1.8 млн. посещения), докато най-малък дял посещения има в РЗОК-Силистра (1.22%, което представлява малко над 100 хиляди).

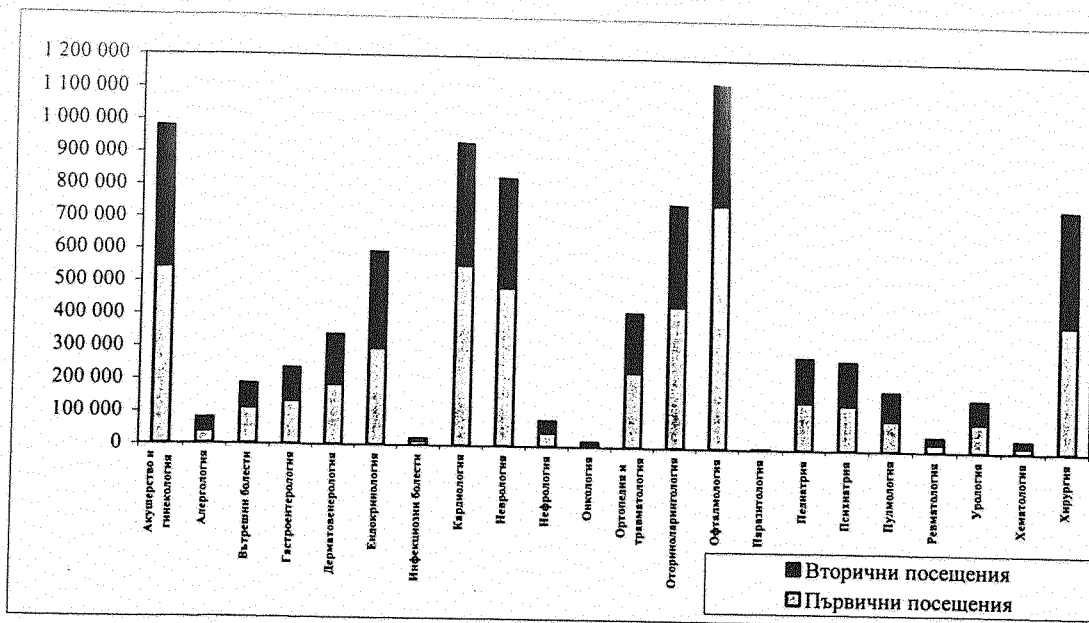
Фиг. 28 Първични и вторични посещения при специалист по области за 2001г.



Най-голям дял при отчетените посещения имат специалностите офталмология (13%), акушерство и гинекология (12%), и кардиология (11%) (Фиг. 29). В другата крайност - специалности с най-нисък дял в отчетените от специалисти в договорни отношения с НЗОК посещения – са специалностите паразитология (0.03%), онкология (0.21%) и инфекциозни болести (0.26%). Освен изброените 3 специалности с най-нисък относителен дял са още 4 специалности, които имат дял под 1%, докато останалите специалности варират между 1% и 10%.

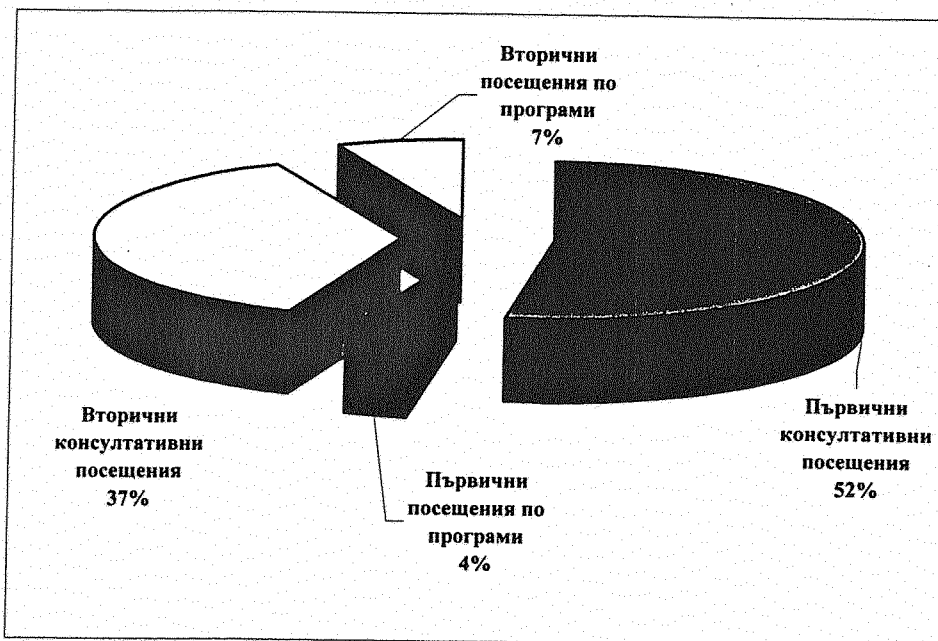


Фиг. 29 Първични и вторични посещения при специалист за 2001 г. по специалности



Дейностите на специалистите от извънболничната медицинска помощ през 2001г. бяха обвързани с действията по специализирани програми за управление на здравни приоритети (Фиг. 30). Посещенията по програми в сравнение с тези, свързани с консултации и съвместно лечение, са с незначителен дял – едва 12 на сто.

Фиг. 30 Структура на посещенията при специалист за 2001г.

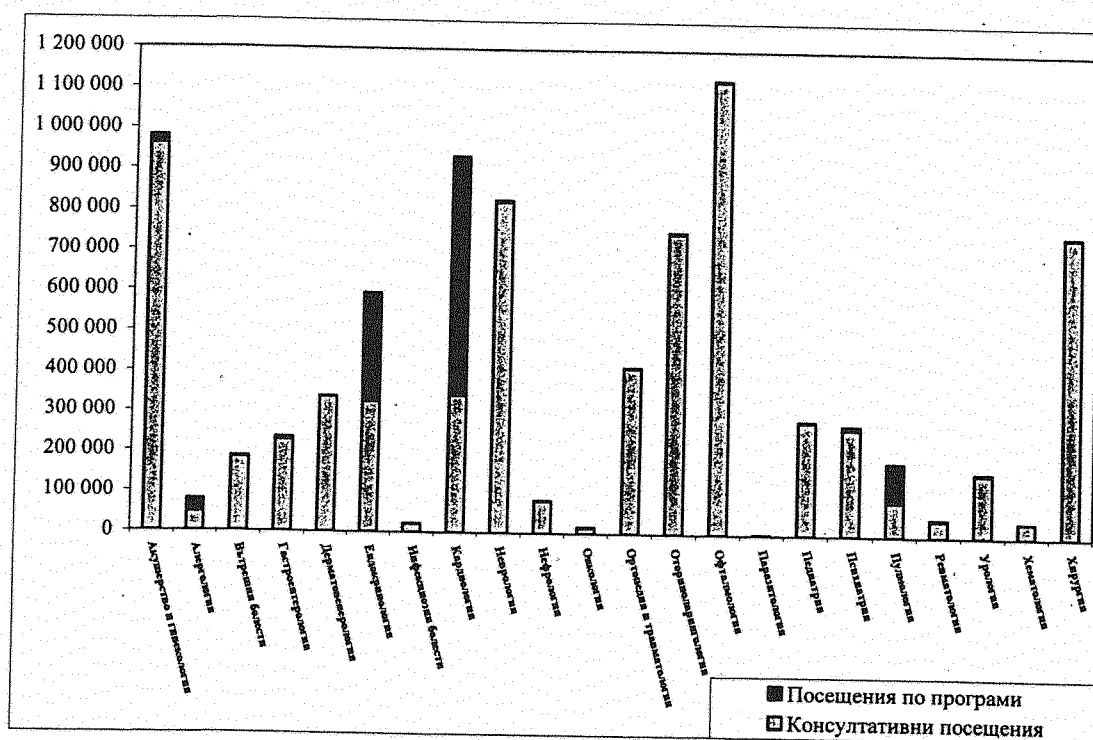


Реализираните посещения от специалисти по приоритетни програми се увеличават през второто полугодие на 2001 г. със 72 на сто (Фиг. 31). Това се дължи на включването в програмите на лица основно след първите месеци на годината и на стремежа както на ОПЛ, така и на специалистите да изпълняват изискванията на програмите за здравни приоритети.



Някои от специалностите реализират значителна част от дейността си по програмите за управление на здравни приоритети. Така например 63% от отчетените посещения от специалистите със специалност кардиология са по програми. При специалистите- пулмολози този процент е 53. Други две специалности, които са основни при приоритетните програми, с дял на посещенията по програми близък до 50% са ендокринология (45%) и алергология (40%). За специалност кардиология следва да се отбележи, че специалистът покрива дейностите по специализираната програма "Сърдечно-съдови заболявания" и – освен това - провежда консултации на пациенти с други приоритетни заболявания. Други две от посочените специалности – пулмologia и алергология, са свързани с приоритетната програма по белодробни заболявания (астма), а специалност ендокринология е обвързана тясно с програмата по диабет. При останалите специалности дялът на посещенията по приоритетните програми е незначителен като се изключи специалност онкология с 19%, при която дейността в извънболничната помощ е сравнително ниска.

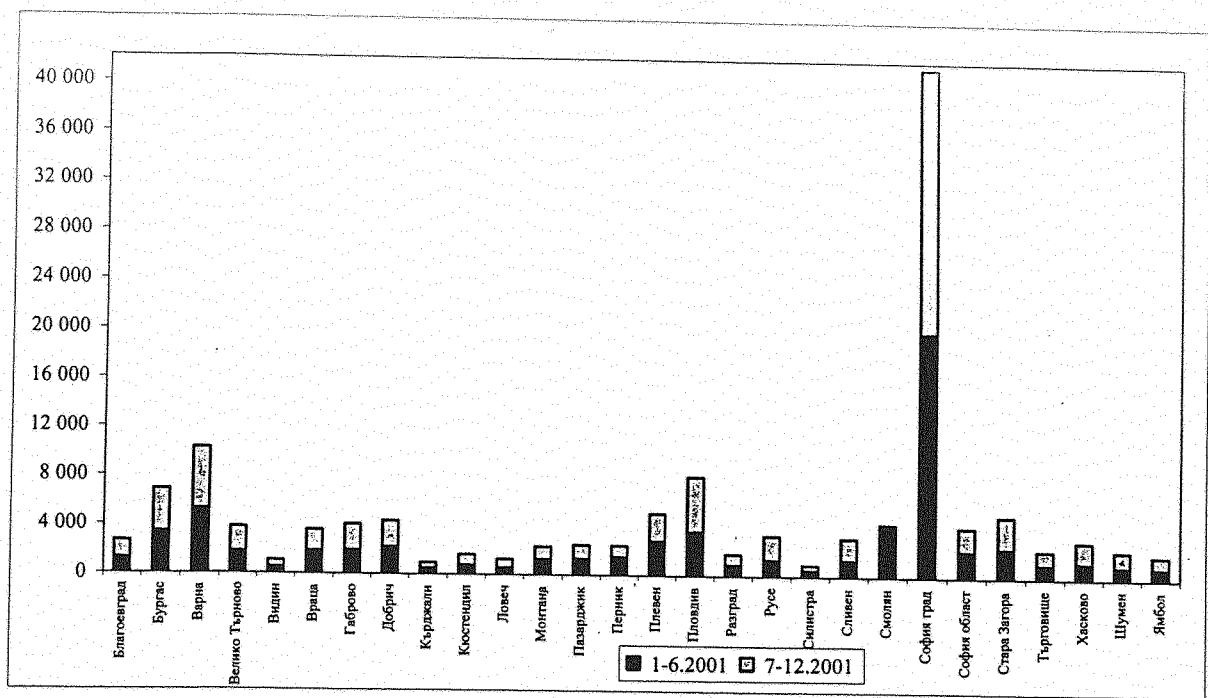
Фиг. 31 Посещения по програми и за консултация по специалности за 2001г.



Реализираните физиотерапевтични курсове на лечение се запазват относително постоянни при условието на лимитиран месечен брой курсове за един физиотерапевт.

Рамковото договаряне наложи тясната корелация на договаряната и заплатената дейност с броя на лекарите – физиотерапевти. От графиката (Фиг. 32) проличава, че струпването на лекари със специалност физиотерапия и рехабилитация в София, Пловдив, Варна и Бургас е основен фактор за извършването на по-голям брой дейности.

Фиг. 32 Брой физиотерапевтични курсове по области



През 2001г. бяха сключени договори със специалисти от извънболничната помощ или при недостиг на такива – с лечебни заведения за болнична помощ, за изпълнение на 28 високоспециализирани дейности (Табл. 3). Най-голямо потребление се наблюдава при ехокардиография, следвана от фиброгастроскопия, ЕЕГ, пункция на стави и други. Твърде незначително е потреблението на бронхопровокационен тест, повечето видове биопсии, бронхоскопия, трансуретрална дилатация.

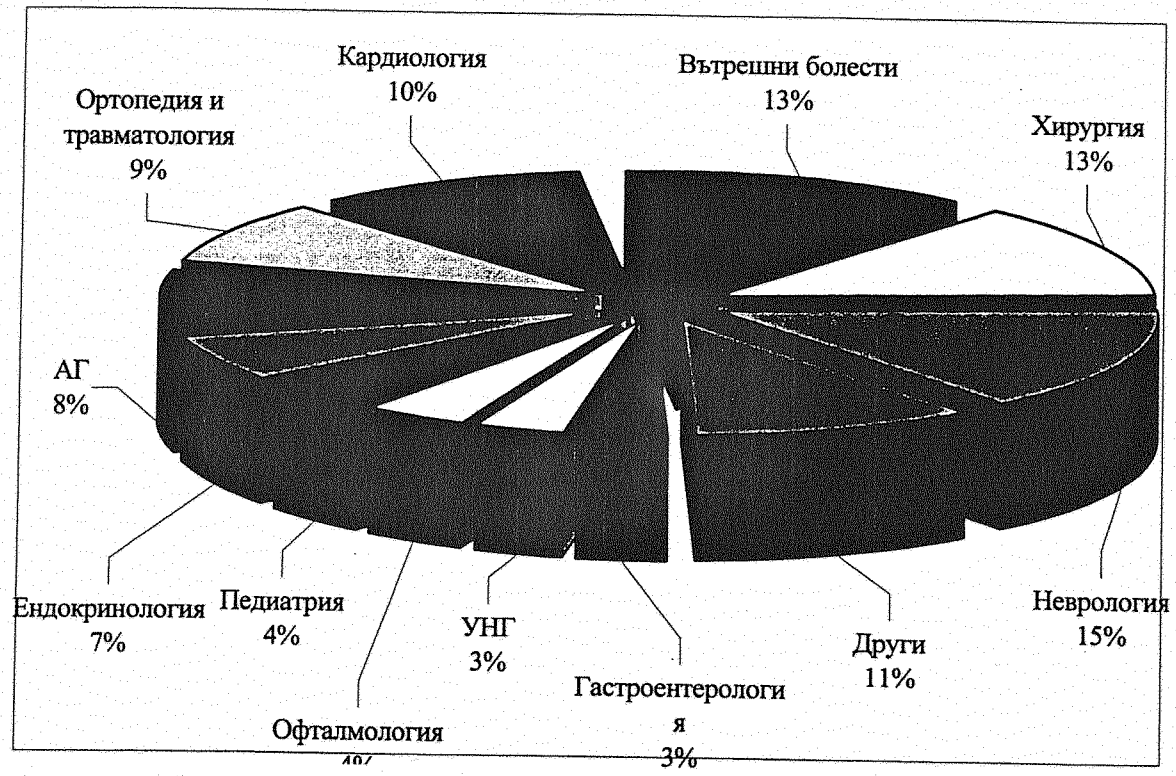
Табл. 3 Заплатени високоспециализирани дейности през 2001г.

Високоспециализирана дейност	Отчетен брой за периода януари-декември	Средства, изразходвани за заплащане на ВСД
Марсупиализация или екстирпация на Бартолинова киста или абсцес	294	5 203
Вземане на биопсичен материал от гърда, кожа, penis, лимфен възел	2 612	20 308
Вземане на биопсичен материал от кост	41	661
Пункционна биопсия на кистозни формации под ехографски контрол (панкреас, черен дроб, бъбрек)	21	630
Пункционна биопсия на щитовидна жлеза	27	258
Бронхопровокационен тест с медиатори	17	287
Бронхоскопия с трансbronхиална белодробна биопсия	28	840
Изследване на вестибуларен анализатор	4 359	79 136
Дерматоскопия	496	2 490
Доплерова сонография на артерии и вени	6 451	63 244
Електроенцефалограма	9 721	109 470
Електромиография	2 837	31 527
Ехографско изследване на стави при деца	176	1 518
Ехокардиография	24 997	277 726
Лигиране на хемороиди	426	6 310
Назален провокационен тест с алергени	110	1 072
Диагностична и терапевтична пункция на стави	8 188	52 230
Сесия в екип за интервенция по случай	1 820	36 170

Високоспециализирана дейност	Отчетен брой за периода януари-декември	Средства, изразходвани за заплащане на ВСД
Стернална пункция с вземане на материал за цитологичен анализ и допълнителни цитохимични изследвания	435	3 480
Трансуретрална балонна дилатация на балонната част на уретрата	85	1 258
Ултразвуково изследване на очна ябълка, вкл. и биометрия	1 397	13 192
Диагностичен ултразвук на щитовидна жлеза	5 732	48 037
Фибробронхоскопия с ендоскопска биопсия на трахея, плевра, бронх	717	17 865
ФГС +/- биопсия, полипектомия	10 609	158 685
ФКС +/- биопсия, полипектомия	451	10 913
ФСС +/- ендоскопска ексцизия, полипектомия	1 152	13 750
Сърдечно мониториране с холтер-апарат	2 529	41 103
Шев на сухожилно влагалище	187	3 434
Общо	85 915	1 000 795

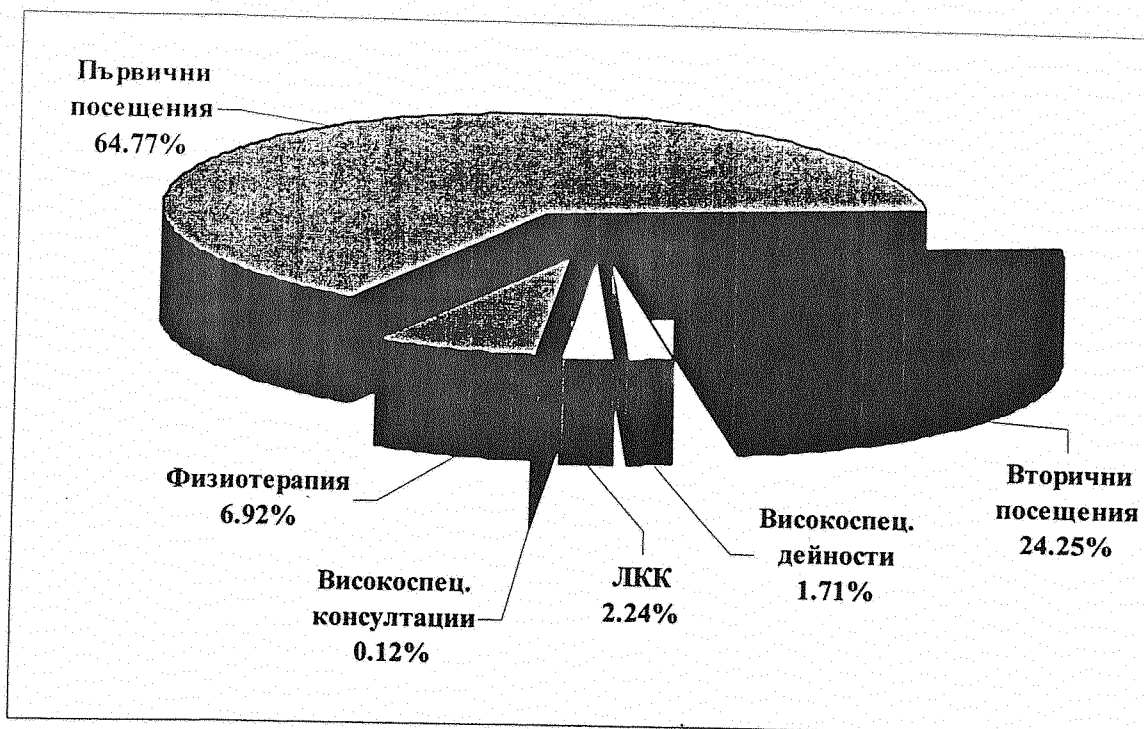
Експертизната дейност, извършвана от специалисти за подготовка на пациенти за ЛКК и участие в ЛКК, представлява нов елемент в заплащането на специалистите. Участието на специалистите в този вид дейност е представено на Фиг. 33.

Фиг. 33 Структура на специалностите, извършващи експертизна дейност през 2001г.



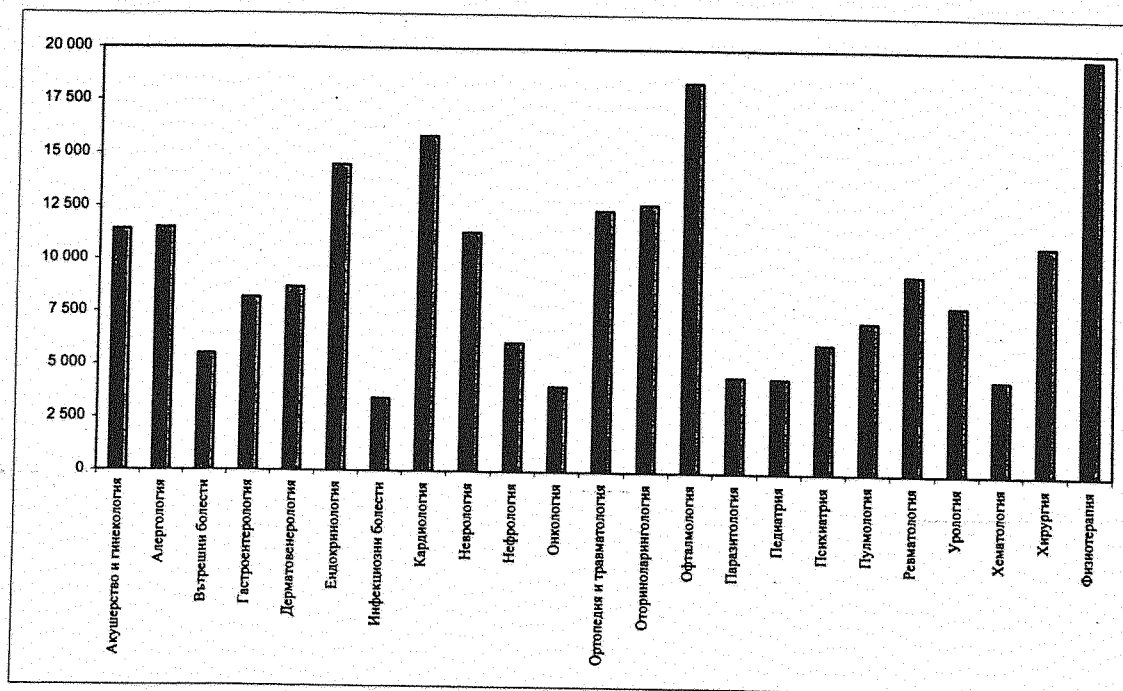
Основно перо в разходите на НЗОК за специализирана извънболнична медицинска помощ представлява заплащането за консултация и специализирано лечение - първични, вторични посещения и физиотерапия. Новите елементи в заплащането на специалиста заемат малък дял от 4 % от всички разходи на НЗОК за СИМП (Фиг. 34).

Фиг. 34 Структура на разходите на НЗОК за специализирана извънболнична медицинска помощ през 2001г.



Приходите от НЗОК на един специалист през 2001г нарастват спрямо 2000г. с 44%. Разгледани по различни специалности, те са твърде неравномерни поради различията в потреблението на специализирана медицинска помощ. Най-висок приход от НЗОК за годината е получил специалистът по физиотерапия и рехабилитация – близо 20 000 лв., следван от специалиста по офталмология и кардиология. Най-нисък приход от НЗОК е реализирал специалистът по инфекциозни болести – около 3000лв. (Фиг. 35)

Фиг. 35 Приходи от НЗОК на 1 специалист през 2001 г. по специалности



## Изводи:

1. Специализираната извънболнична медицинска помощ, заплащана от НЗОК в полза на ЗЗОЛ, получи по-добро развитие през 2001г, което се дължи на задължително насочване от ОПЛ на пациентите по здравни приоритети към специалиста, както и на ценови подобрения и нови стимули.
2. Броят на първичните и вторичните посещения при специалисти, работещи по договор с НЗОК, нараства спрямо 2000 г., което е положителна тенденция. Особена роля в тази посока изигра включването на специалисти в работата по специализирани здравни програми. Ценовите стимули за първично посещение са причина за често връщане на пациента за ново направление и за твърде малкия брой вторични посещения включително и на лица, обхванати в специализирани приоритетни програми.
3. Изнасянето на квалифицирани консултативни и високоспециализирани дейности извън болничните лечебни заведения осигури качество и по-широк достъп на ЗЗОЛ до специализирана медицинска помощ. Този процес има и друг икономически ефект - разтоварване на лечебните заведения за болнична помощ от излишни разходи по болничен престой на пациенти, при които се извършват тези дейности.
4. Броят на специалистите, работещи по договор с НЗОК, от някои специалности е прекалено голям както спрямо НЗК, така и спрямо реалните регионални потребности от СИМП. Това неминуемо води до "индуцирано от лекарите търсене" и до голям финансов натиск върху НЗОК.
5. Приходите на специалистите от НЗОК се повишават значително през 2001г. в сравнение с 2000г., което е илюстрация на подобрен баланс между СИМП и ПИМП.
6. Основен проблем за здравноосигурените лица през 2001г. бе затрудненият достъп до специалист поради лимитирания брой медицински направления и ограничената финансова рамка на бюджета на НЗОК.

### 3. Медико-диагностична дейност (МДД)

Целите на НЗОК в областта на медико-диагностичната дейност (МДД), договаряна и заплащана от здравната каса през 2001г., са:

- ξ Ценови и организационни стимули за по-доброто усвояване на средствата за МДД;
- ξ Въвеждане на нови видове изследвания, заплащани от НЗОК – кръвни групи, паразитологични и вирусологични изследвания, както и редица нови високоспециализирани изследвания като туморни маркери, хормонални изследвания и изследвания на лекарствена концентрация.
- ξ Балансирано договаряне и предоставяне на видовете МДД, включително и високоспециализирани изследвания, за осигуряване на равнопоставеност на ЗЗОЛ от различните региони.

Данните за структурата на изпълнителите на МДД за 2001 г. показват **огромния интерес за разкриване на лаборатории и двукратно преизпълнение на здравната карта при лабораторните лекари**. При специалистите по рентгенология обаче все още не е изпълнена здравната карта с 30%. Сравнение с предходния период не може да се даде поради липса на отчетна информация в този аспект.

Табл. 4 Брой лаборатории по видове към 31.12.2001г.

Област	Вид на лечебното заведение							ОБЩО
	ДКЦ	ИП	МСЦ	МЦ	СМДЛ	СМЦ	ДРУГИ	
Благоевград	2		2		6		5	15
Бургас	5			6	6		5	22
Варна	9	3		7	5	2	1	27
Велико Търново	2	2		3	6		2	15
Видин	1	3	1	3	1		2	11
Враца	1			1			3	5
Габрово	1	3		2	2		4	12
Добрич	2	2		3			4	11
Кърджали	1	4			1		5	11
Кюстендил	2	1		2	1		2	8
Ловеч	1			2			3	6
Монтана	2	1		2	2		2	9
Пазарджик	8			2			2	12
Перник	1	1		1	1		4	8
Плевен	4			4			4	12
Пловдив	9	1		10	2	1	11	34
Разград	1	2			3		3	9
Русе	3			2	2		6	13
Силистра		4		1	1		4	10
Сливен	3			9	7		2	21
Смолян							6	6
София град	28	7	2	11	18		8	74
София област	2	2		14	2		4	24
Ст.Загора	3			5	5		8	21
Търговище	1			2	5		4	12
Хасково	1			4	6		9	20
Шумен	1			2	4		5	12
Ямбол	1			1	2		3	7
ОБЩО	95	36	5	99	88	3	121	447

Табл. 5 Лаборатории - първо полугодие на 2001г.

Пакет	Брой лаб. лекари	Структура на лекарите	Разходи за МДД на 1000 ЗОЛ
Клинична	402	53,32%	798,45
Микробиология	81	10,74%	88,32
Рентген	185	42,54%	728,23
Вирусологична	3	0,40%	20,47
Паразитологична	3	0,40%	30,00
Серологична	5	0,66%	6,93
Патоанатомична	38	5,04%	21,42
Високоспециализирани	37	4,91%	158,22

Табл. 6 Лаборатории - второ полугодие на 2001г.

Пакет	Брой лаб. лекари	Структура на лекарите	Разходи за МДД на 1000 ЗОЛ
Клинична	378	45,7%	880
Микробиология	96	11,6%	163
Рентген	250	30,2%	690
Вирусологична	5	0,6%	25
Паразитологична	9	1,1%	
Серологична	5	0,6%	



Патоанатомична	40	4.8%	43
Високоспециализирани	45	5.4%	310

Извършените изследвания по договор с НЗОК нарастват през второто полугодие на 2001 г. при всички видове лаборатории (Табл. 7). Отчетеният обем се увеличава с над 20% спрямо първото полугодие на 2001 г., както и броят изследвания на 1000 ЗЗОЛ, които се увеличават с 18%.

Табл. 7 Извършени изследвания по договор с НЗОК

група	отчетен обем		брой изследвания на 1000 осигурени	
	1-6.2001	7-12.2001	1-6.2001	7-12.2001
Клинична	8 166 537	9 873 213	1093	1 297
Микробиология	236 485	280 425	32	37
Рентген	695 351	704 664	93	94
Вирусологична	25 711	30 827	3	4.05
Патоанатомична	58 819	123 903	8	16.3
Високоспециализирани	73 139	116 632	10	15.3
Общо	9 256 042	11 129 664	1239	1 464

Най-масовите видове изследвания - клинично-лабораторни и рентгенологични, се отличават с огромна вариация между областите и между трите полугодия. Броят клинично-лабораторни изследвания на 1000 ЗЗОЛ, заплатени от НЗОК, е особено висок в областите Шумен, София-град, Сливен и Видин. Забелязва се във всички области увеличаване на броя на клинично-лабораторните изследвания на 1000 ЗЗОЛ към края на 2001 г. – (Фиг. 36).

Фиг. 36 Брой на клинично-лабораторните изследвания на 1000 ЗЗОЛ.



При рентгенологичните изследвания на 1000 ЗЗОЛ се наблюдават по-малки различия между двете полугодия на 2001 г. – (Фиг. 37). С изключение на няколко области, към края на 2001г. се отчита известно намаляване в броя на изследванията на 1000 лица.

Фиг. 37 Брой на рентгенологичните изследвания на 1000 ЗЗОЛ

**Изводи:**

1. Наблюдава се значително подобрене на достъпа и използваемостта на МДД, заплатена от НЗОК, от ЗЗОЛ.
2. Броят на изпълнителите, които имат право да сключат договори, нараства лавинообразно за разлика от бюджетния ресурс, което води до недоволство от ниски договорени обеми и недостиг на средства за заплащане на всички изследвания с направления за МДД.
3. Договарянето на годишни и месечни обеми дейност на РЗОК с изпълнителите е един от сериозните проблеми в хода на изпълнение на НРД 2001. Това води до неудобства за пациентите, които биват пренасочвани към други лаборатории с неизчерпани обеми.

**4. Първична извънболнична стоматологична помощ (ПИСП)**

Основни цели в договорните отношения и осигурителната политика на НЗОК през 2001г. в областта на първичната извънболнична стоматологична помощ (ПИСП) бяха:

- ξ Повишаване на нивото на регистрация на здравноосигурените лица при общопрактикуващ стоматолог (ОПС) като основна институция в предоставянето на базисни стоматологични услуги и насочването на пациентите към специализирана помощ;
- ξ Подобряване на осигуреността на задължително здравноосигурените лица със стоматологична помощ чрез сключване на договори с изпълнители на такава помощ, превишаващи изискуемия минимум по Националната здравна карта, и попълване на незаети практики в малки населени места;
- ξ Стимулиране на договарянето и въвеждането на разширен пакет стоматологични услуги за деца на възраст до 18 години (вместо до 14 години както през 2000г.);
- ξ Опростяване на финансовите взаимоотношения със стоматолози чрез въвеждане на заплащане за отработени дейности в рамките на договорени часове.



Табл. 8 Основни показатели за първична извънболнична стоматологична помощ по договор с НЗОК за 2000 и 2001 г.

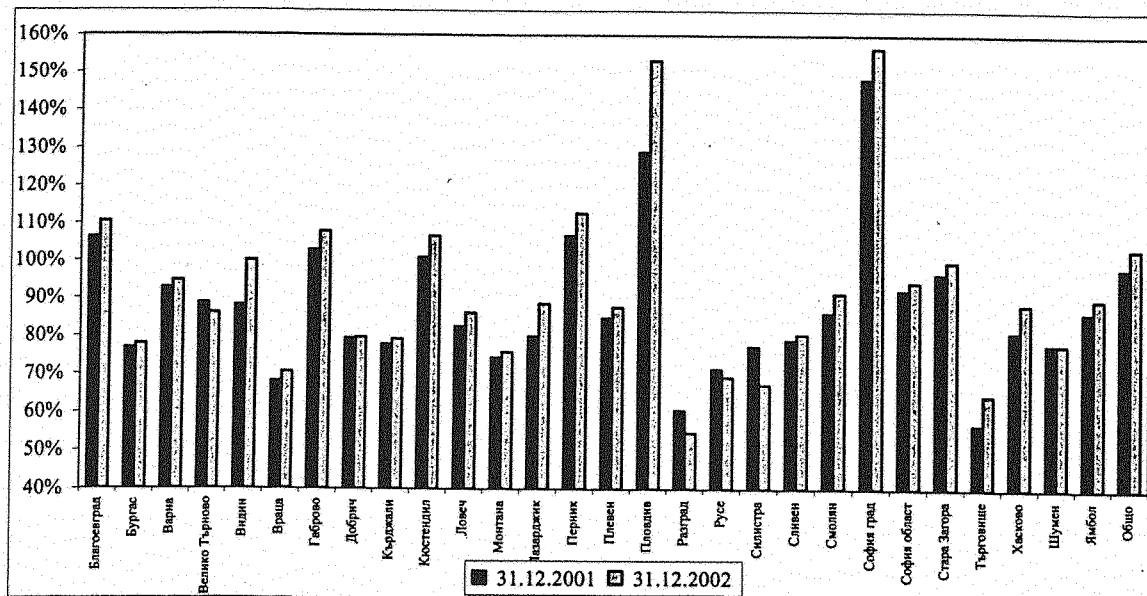
Показател	7-12.2000г.	1-6.2001г.	7-12.2001г.
Брой стоматолози	5 388	5 628	5 662
Изпълнение на НЗК	99%	103%	104%
Незаети практики	976	843	834
Брой часове на 1000 регистрирани ЗОЛ	144	114	130
Изплатени суми от НЗОК на 1000 ЗОЛ (за 6 месеца)	3 312	3 151	3316
Брой часове на стом. (за 6 месеца)	137	113	148
Приходи от НЗОК на 1 стом. (за 6 месеца)	3 171	3 131	3449

### Броят на лечебните заведения за ПИСП (

Табл. 8), работещи по договор с НЗОК през 2001г. (5 564), нараства с 2% спрямо 2000г. (5 463). Увеличение се наблюдава, както при индивидуалните практики - с 2% (от 5 431 през 2000г. на 5 528 през 2001г.), така и при груповите практики - с 6% (от 32 през 2000г. на 34 през 2001г.).

Броят на стоматолозите, работещи в лечебни заведения за ПИСП, се е увеличил през 2001 г. с 4 на сто. Незаетите практики са намалели със 142 (14,5%). Наблюдава се увеличение на стоматологичните часове на 1000 ЗОЛ за второто полугодие на 2001 г. спрямо първото. На национално ниво това увеличение е от 14% или от 114 на 130 часа. Въпреки това за второто полугодие на 2001 г. не може да се достигне нивото от второто полугодие на 2000 г. – 144 часа. Има сериозни различия и между отделните РЗОК – например София - град със 193 часа, и София област с 99 часа (Фиг. 38).

Фиг. 38 Изпълнение на НЗК за ПИСП.

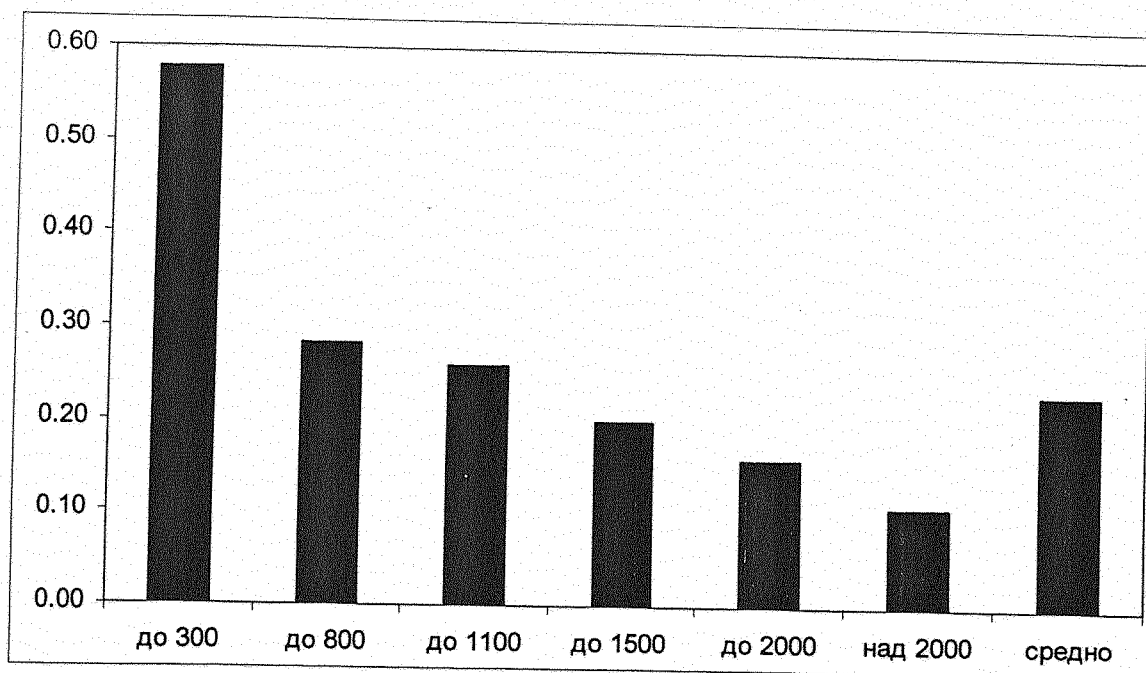


Осигуреността с ПИСП, заплащана от НЗОК, по области е твърде неравномерна. Това се отразява и върху степента на изпълнение на НЗК (фиг. 38). Броят на общопрактикуващите стоматолози, сключили договор с НЗОК, в 20 области е под минималния брой по здравна карта, но през 2001г. се забелязва тенденция към увеличаване. В същото време броят на общопрактикуващите стоматолози в София и Пловдив надвишава с 1/3 изискванията на НЗК при увеличаване на разликата през 2001г. в сравнение с 2000г.

В НРД-2001 се приложи принцип на стъпаловидно, почти уравниловъчно разпределение на оскъдните ресурси от работни часове, които НЗОК заку-

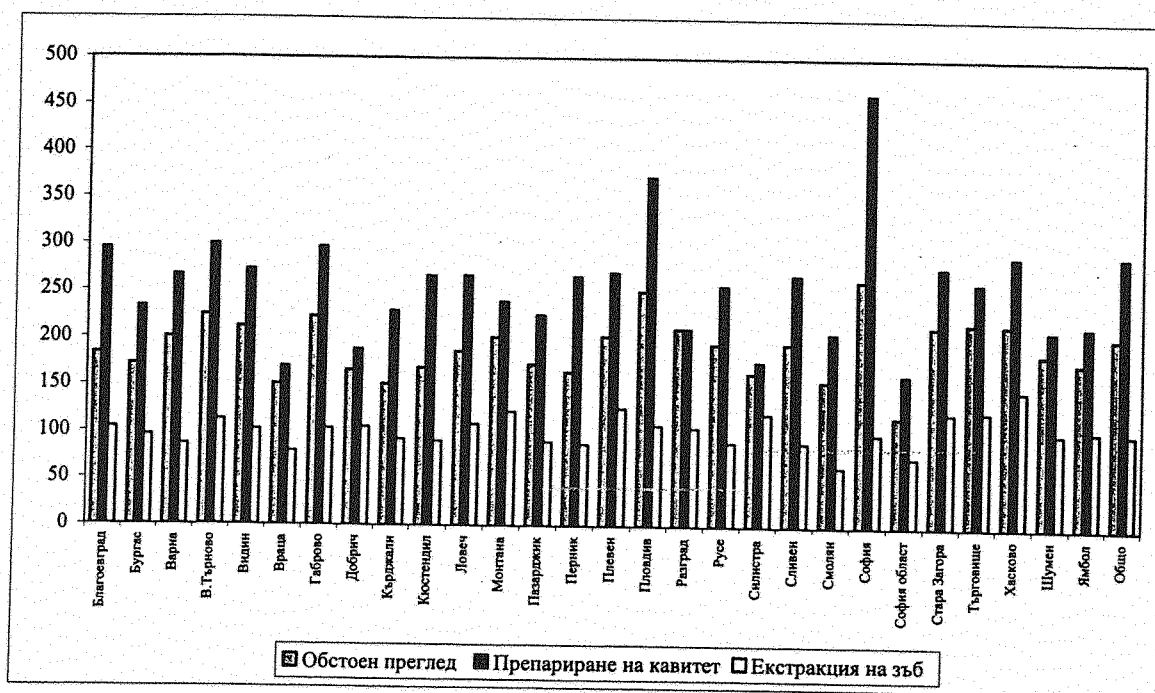
пува от стоматолози, което не беше пропорционално на броя на регистрираните ЗЗОЛ при 1 стоматолог. В резултат на това в най-благоприятно положение – с най-много часове, заплатени от НЗОК на едно лице, бяха малките практики с регистрирани до 300 ЗЗОЛ в пациентската листа (Фиг. 39).

Фиг. 39 Заплатени часове на 1 ЗЗОЛ в различни стоматологични практики (групираны според броя на ЗЗОЛ в една практика).

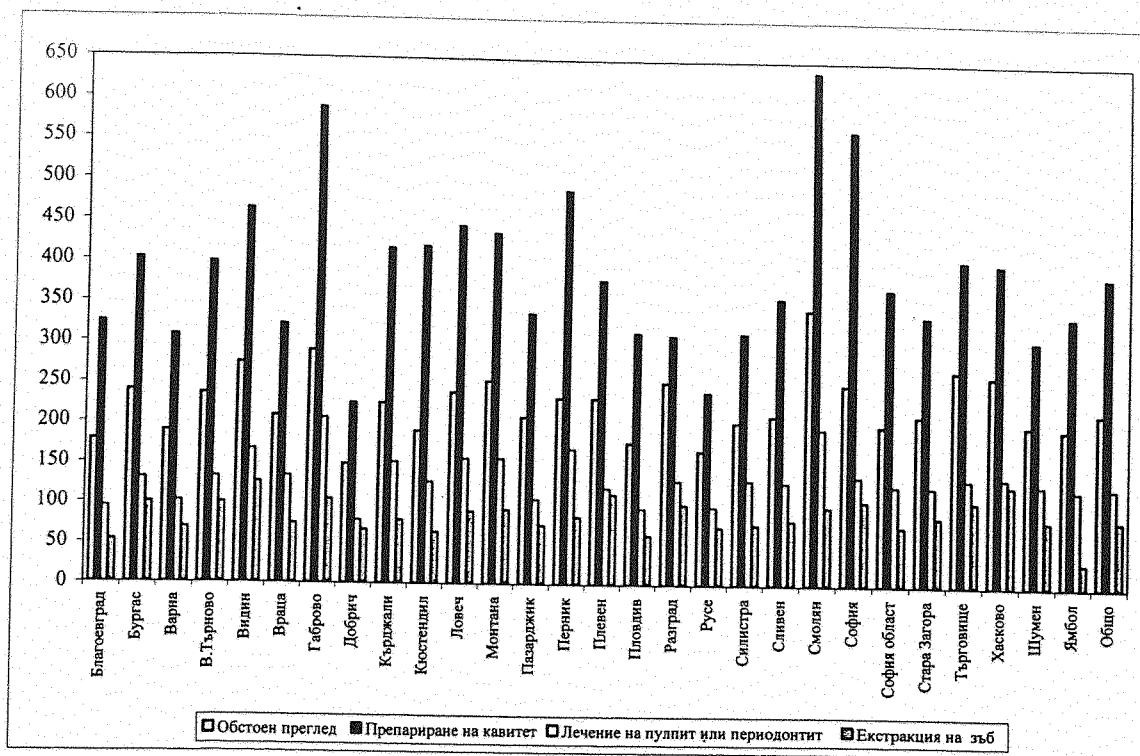


Основните данни за изпълнението на дейностите по пакети за възрастни и деца в рамките на отчетеното и заплатеното работно време са илюстрирани във Фиг. 40 и Фиг. 41. Най-голям дял във всички области заемат дейностите по препариране на кавитет, следвани от обстоен преглед.

Фиг. 40 Брой стоматологични дейности по видове за лица на възраст над 18 години по области през 2001 г.



Фиг. 41 Брой стоматологични дейности по видове за лица на възраст под 18 години по области през 2001 г.



#### Изводи:

1. Регистрацията на ЗЗОЛ при общопрактикуващ стоматолог продължава да се повишава, но изостава от нивото на регистрацията при ОПЛ. Положително явление е по-интензивната регистрацията на детското население, което е приоритет в НРД- 2001г.
2. Общата осигуреност с първична стоматологична помощ по договореност с НЗОК в страната отговаря на изискванията на НЗК. Продължава процесът на намаляване на броя на незаетите практики, но все още около 15% от общите практики в малки населени места остават незаети.
3. Наблюдава се недостатъчна осигуреност на 20 области с ПИСП – от една страна, а от друга - концентрация на кадри в София, Пловдив и други големи градове.
4. Разпределението на работните часове в съответствие с НРД-2001 се извърши уравниловъчно, без пряка корелация с броя на записаните при даден стоматолог лица. В най-привилегировано положение (с най-много часове на 1 ЗЗОЛ) са били малките практики с до 300 души регистрирани ЗЗОЛ, а в най-неблагоприятно – практиките с над 2000 записани лица. Това доведе до демотивиране и на стоматолози от работа със ЗЗОЛ, и на пациенти, които не получиха своевременно нужната им помощ.
5. Оскъдността на финансовия ресурс за стоматологична помощ през 2001 г. е причина за лек спад в броя на заплатените работни часове на 100 души ЗЗОЛ. Само около 22% от ЗЗОЛ са получили стоматологични услуги, заплатени от НЗОК през 2001г. Очевидно е, че стоматологичната помощ се нуждае от много по-сериозно финансиране за извършена дейност.

## 5. Специализирана извънболнична стоматологична помощ (СИСП)

Целите при договаряне и заплащане за специализирана извънболнична стоматологична помощ (СИСП) от НЗОК през 2001г. бяха:

- ξ Осигуряване на по-голям брой договори с лечебни заведения, осъществяващи специализирана стоматологична помощ за ЗЗОЛ.
- ξ Разширяване на видовете специализирани услуги, заплащани от НЗОК, с въвеждане на консултативни прегледи за хирурзи и разширен пакет за деца на възраст до 18 години за специалисти по детска стоматология.

**Броят на лечебните заведения за СИСП, работещи по договор с НЗОК, нараства общо със 7% (от 61 през 2000г. на 64 през 2001г.)** като се забелязва индивидуализация на дейността – индивидуалните практики нарастват два пъти (от 9 през 2000г. на 18 през 2001г.) за разлика от стоматологичните центрове, които намаляват с 12% (от 52 през 2000г. на 46 през 2001г.).

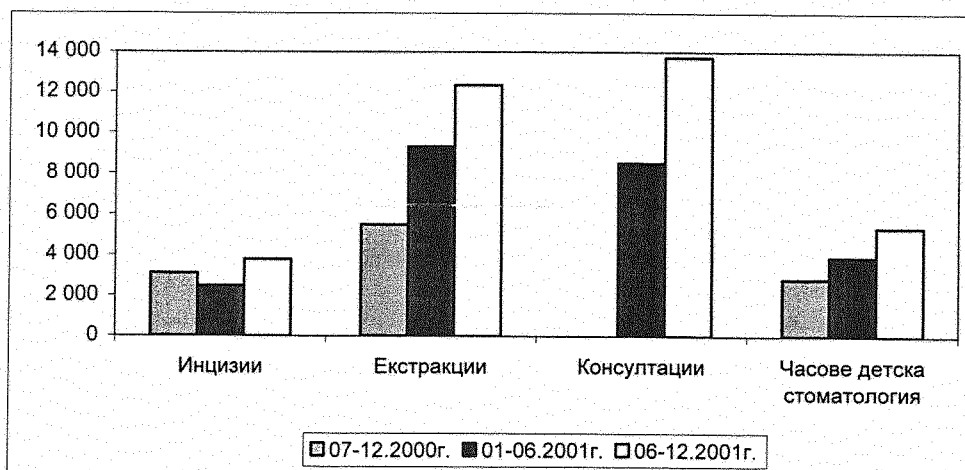
**Структурата на специалистите-стоматолози се е изменила през 2001 г. спрямо 2000 г.** Повишен е интересът за договор с НЗОК сред хирурзите-стоматолози (от 76 през 2000г. на 94 през 2001г.), докато броят на специалистите по детска стоматология, работещи по договор с НЗОК, е намалял с 13% (от 96 през 2000г. на 84 през 2001г.). Трябва да се има предвид, че детските стоматолози работят основно на обща практика.

**Изпълнението на НЗК за детска стоматология е в рамките на изискванията на МЗ, а при специалистите по стоматологична хирургия показателят се подобрява през новата договорна година (69%).** За двете специалности показателят има общо увеличение през 2001 г. Все още обаче 3 области – Разград, Силистра и Благоевград, нямат нито един сключен договор със специалисти – стоматолози, а в други области липсват специалисти в областта на стоматологичната хирургия или на детската стоматология. В тези случаи средствата се преразпределят към общопрактикуващи стоматолози, които поемат по-голям дял от стоматологичните здравни потребности на задължително здравноосигурените лица.

**Броят специалисти на 1000 регистрирани при стоматолози лица е намалял незначително,** поради по-високия темп на нарастване на регистрираното при семеен стоматолог население.

На национално ниво се забелязва спад в броя на инцизиите за първите шест месеца на 2001 г. спрямо второто полугодие на 2000 г., но след това те драстично нарастват през последните шест месеца на 2001г. Средно за двете полугодия на 2001 г. броят на инцизиите нараства с 1.2% спрямо 2000г. (Фиг. 42).

Фиг. 42 Брой специализирани стоматологични дейности през 2000 г. и 2001 г.

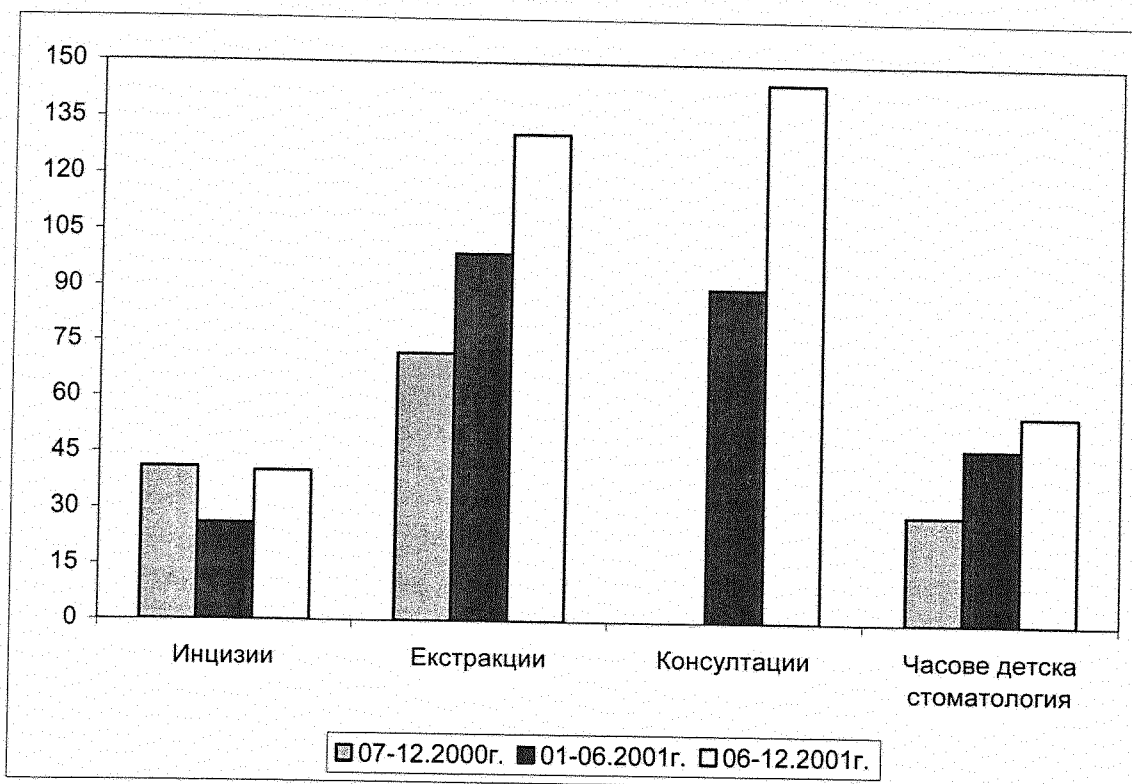


Поради по-голямата необходимост от извършване на усложнени екстракции през 2001 г. бе значително увеличен техният брой спрямо 2000 г. За второто полугодие на 2001 г. са извършени над 2 пъти повече усложнени екстракции спрямо второто полугодие на 2000 г. и 33% увеличение спрямо първото полугодие на 2001 г.

При контролните прегледи имаме още по-голямо нарастване през разглежданите шестмесечия, отколкото при екстракциите. Увеличението на тези прегледи през второто полугодие на 2001 г. спрямо първото е 61%. Часовете за детска стоматология през второто полугодие също се увеличават спрямо първото полугодие със 37%, а спрямо 2000г. – с 89%.

Дейностите, реализирани средно от 1 специалист-стоматолог, показват също нарастване (Фиг. 43).

Фиг. 43 Брой дейности, заплатени от НЗОК на един специалист-стоматолог.

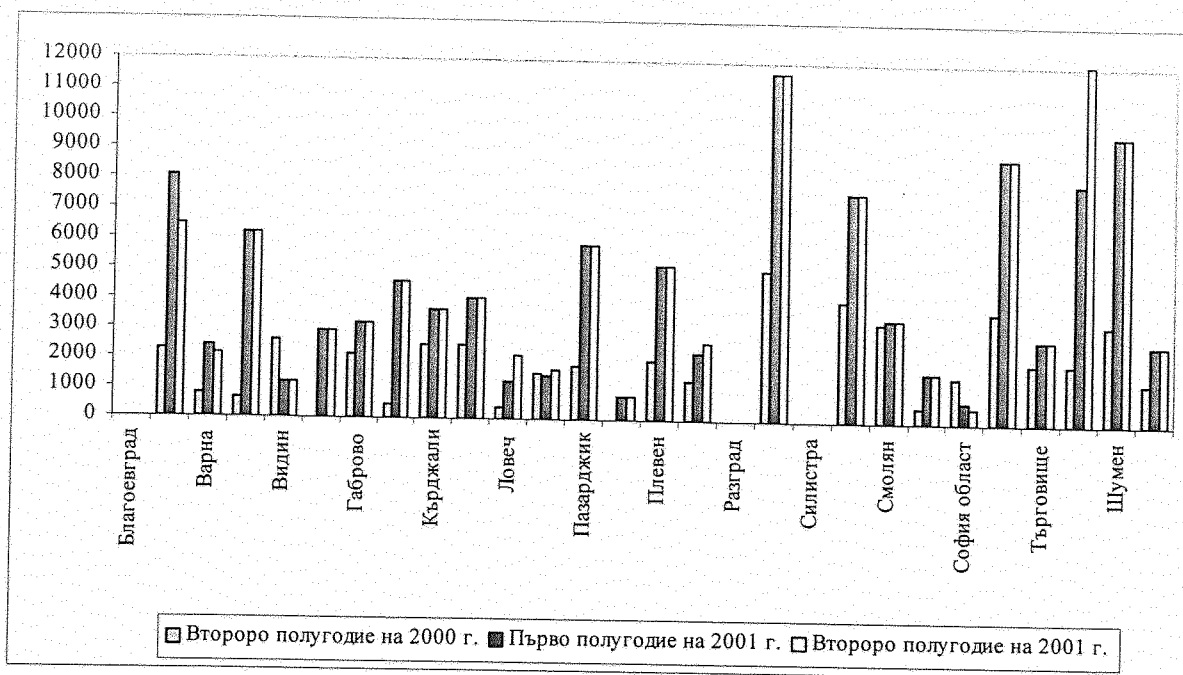


**Сумите, изплатени за специализирана стоматология на 1000 ЗЗОЛ, регистрирани при стоматолог, са нараснали със 166 на сто.** Сумите, които 1 специалист-стоматолог е получавал средно, са се увеличили с 69 на сто (Фиг. 44).

За повечето РЗОК има сериозно увеличение на средствата, изплатени на един стоматолог - специалист за първото полугодие на 2001 г. спрямо предходното полугодие. За второто полугодие на 2001 г. спрямо първото няма такова драстично увеличение на изплатените суми на стоматолозите-специалисти. Въпреки спада в броя на специалистите увеличението на средствата, изплатени на един специалист, е значително по-голямо. Това е резултат от увеличаване на извършения от специалистите обем дейност.

Липсата в отделни региони на сключени договори със специалисти – стоматолози се дължи на отсъствието на специалисти в областта или на нежелание на специалисти, които са единствени с дадена специалност в региона, да сключат договори с НЗОК поради по-високото заплащане, което изискват от пациентите в частните си кабинети.

Фиг. 44 Приходи от НЗОК за полугодие на един стоматолог-специалист по области.

**Изводи:**

1. Специализираната стоматологична помощ, заплатена от НЗОК, получи по-добро развитие през 2001г. , което се дължи както на нарасналия интерес от страна на специалисти да работят по договор с НЗОК, така и на увеличената обръщаемост на ЗЗОЛ към изпълнители на тези видове помощ.
2. Броят на заплатените от НЗОК специализирани стоматологични услуги в полза на ЗЗОЛ се повишава особено в частта на усложнените екстракции и консултативните прегледи след всяка хирургична дейност. Почти двойно се увеличава обемът услуги, предоставяни от детски стоматолози-специалисти на деца на възраст до 18 години.
3. Все още има области (Разград, Силистра, Благоевград ) без договори с лечебни заведения за СИСП, което се дължи на липсата на такива специалисти на територията им.

**6. Лекарства за извънболнична помощ и скъпоструващо лечение**

Лекарствената политика на НЗОК е насочена към гарантиране на достъпна медицинска помощ за задължително здравноосигурените лица на принципа на солидарност при ползване на средствата и равнопоставеност при ползване на медицинска помощ. Стремехът е постигане на баланс между нуждите на задължително здравноосигурените лица и обезпечеността със средства в бюджета и интересите на участниците във фармацевтичния сектор.

В Националния рамков договор за 2001 г. залегнаха 6 базови принципа, гарантиращи равнопоставен и постоянен достъп до необходимите лекарства на всички задължително здравноосигурени лица, съответствие между здравни цели и реални нужди на по-широки групи от населението, безопасно, ефективно и качествено медикаментозно лечение.

Основни цели при изпълнението на НРД-2001 в областта на лекарствената политика бяха:

- ξ Изработване на списъците на лекарствата, консумативите и лечебните храни, за които НЗОК напълно или частично заплаща;



- ξ Изготвяне на "Списък на заболяванията", чието медикаментозно лечение се заплаща напълно или частично от НЗОК, на основата на дефинираните здравни цели и приоритети на НЗОК и приетите консенсусни решения. Той трябва да бъде съобразен и с показателите заболяемост, смъртност и социална значимост на заболяванията. Влошеният здравен и социален статус на българското население обуслови необходимостта от разширяване на списъка включително и със заболявания от стоматологичната практика;
- ξ Разработване на обективна методика за определяне нивото на заплащане на лекарствата от страна на НЗОК;
- ξ Подобряване на организацията на търгове и договаряния с производители, търговци на едро и аптеки, и на експертната работа и организацията при отпускане на скъпоструващи медикаменти по протокол.

През 2001г. в списъка на заболяванията бяха включени с 20.45% повече видове заболявания в сравнение с 2000 г. (Табл. 9), увеличен бе и броят диагнози като за първи път бяха включени и лекарствени продукти за лечение в стоматологичната практика, и на трудно зарастващи рани.

Табл. 9 Увеличение на броя заболявания включени в списъка.

Видове заболявания	Брой диагнози 2000 г.	Брой диагнози 2001 г.	Увеличение брой	Увеличение в %
Инфекциозни заболявания	10	12	2	20.00%
Новообразувания (доброкачествени)	0	1	1	100.00%
Болести на ендокринните жлези, на храненето, обмяната и разстройствата на имунитета	27	31	4	14.81%
Болести на кръвта и кръвотворните органи	0	3	3	300.00%
Психични смущения	6	7	1	16.67%
Болести на нервната система	13	15	2	15.38%
Болести на сензорните органи	4	4	0	0.00%
Болести на кръвообращението	18	21	3	16.67%
Болести на дихателната система	8	9	1	12.50%
Болести на храносмилателната система	16	18	2	12.50%
Болести на пикочо-половата система	21	23	2	9.52%
Усложнения на бременността и раждането	0	1	1	100.00%
Болести на кожата и подкожната тъкан	2	5	3	150.00%
Болести на костно-мускулната система	3	4	1	33.33%
Рани	0	1	1	100.00%
Грижи за изкуствени отвори	3	3	0	0.00%
Други	1	1	0	0.00%
<b>Общо</b>	<b>132</b>	<b>159</b>	<b>27</b>	<b>20.45%</b>

Съобразявайки се с препоръките на националните консултанти, позитивният лекарствен списък за 2001г. включва 304 международни непатентни наименования /с три повече от списъка през 2000 г.

Броят на търговците на едро с лекарства (Табл. 10), гарантиращи доставките на лекарства по линия на НЗОК, е увеличен съответно с 48.15%.

Табл. 10 Брой на търговците на едро с лекарства

Показател	Брой договори НРД 2000 г.	Брой договори НРД 2001 г.	Разлика в брой договори	Увеличение в %
Български производители	9	12	3	33.33%
Чуждестрани производители	72	89	17	23.61%
Основни дистрибутори	27	40	13	48.15%

В резултат на проведените конкурси и подписаните договори с участниците на лекарствения пазар бе изготвен "Списък на лекарствата, които НЗОК напълно или частично заплаща, на основание чл.55, ал.2, т.7 от ЗЗО и чл.140 от НРД 2001г. В сравнение с предходната година броят на лекарствените позиции е увеличен - от 750 на 1058, с цел покриване на по-широк спектър от необходимото медикаментозно лечение за утвърдените диагнози.

Задължително здравноосигурените лица през 2001г. са имали възможност да се снабдяват с предписаните им необходими лекарствени продукти от 1507 аптеки на територията на страната, сключили договори с РЗОК, което като брой представлява с 39.67% повече от 2000 г.

**През 2001г. е завишено нивото на заплащане за частично платените лекарствени продукти.** Напълно се заплаща основното лечение на: диабет, паркинсон, безвкусен диабет, психични заболявания, епилепсия и туберкулоза (шест месеца след откриване на заболяването), хипопаратиреоидизъм, ендометриоза и др. Напълно заплащани са и всички сиропни антибиотични форми за деца и за лечение на респираторни заболявания, както и широка гама от лечебни храни за веществообменни заболявания. Напълно заплащана е и цялата гама от консумативи за лечение на стомирано болни. Броят на напълно заплащаните лекарствени продукти е увеличен от 260 през 2000 г. на 284 през 2001 г.

Анализът на разходваните средства за лекарствени продукти – по вид, количество и стойност за 2001 г. показва, че действащата за периода методика е гарантирала практическото осъществяване на приетите с НРД 2001 г. здравни приоритети и тяхното медикаментозно обезпечаване от една страна, но от друга – в течение на годината е направен значителен преразход на планувания бюджет в частта му за лекарства.

Потреблението на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК през 2001 г., може да се разгледа в следните основни аспекти:

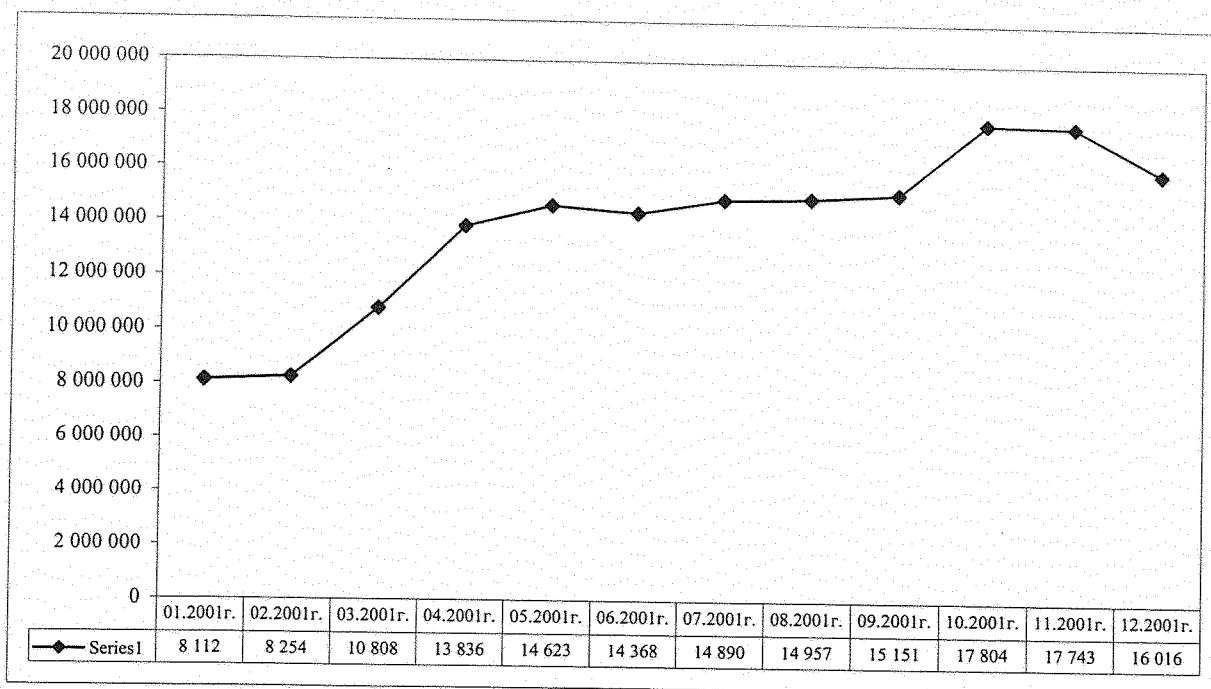
#### **6.1 Динамика на изразходваните средства за периода 01-12.2001г.**

На Фиг. 45 е изразена тенденцията на вариране на разходите за лекарствени продукти през отделните месеци на 2001 г. От нея е видно, че има относително стабилизиране на разходите през периода 05 –09. 2001 г. Налице е тенденция за нарастващ месечен темп на разходите за месеците март-май, постепенно стабилизиране на високо ниво през май-септември и ново рязко нарастване през последното тримесечие на 2001г. – най - вече през октомври и ноември.

При задълбочаване на анализа на ниво конкретни лекарствени продукти се отчита, че **увеличението на разходите се дължи преди всичко на покачване на дела на напълно заплащаните от НЗОК лекарствени продукти и на лекарства с по-висока единична стойност.** Този извод предполага, че изборът на медикаментозно лечение се измества в посока не на алтернативност в назначаваната терапия, а по-скоро в посока ниво на заплащане. **Полипрагмазията и предписването на максимални дози показва, че ИПМП все още не приемат като принцип в своята работа медикаментозното лечение на пациентите да започва с утвърдените в практиката и консенсусните правила терапевтични схеми.** Има и данни за това, че не малък брой ЗЗОЛ посещават повече от веднъж месечно специалист и ОПЛ, като по този начин предписаните и получените от тях едни и същи лекарства надхвърлят реалните им нужди.



Фиг. 45 Динамика на потреблението на лекарствени продукти /без животоспасяващи и животоподдържащи/ в лв. за периода 01.2001 г. до 12.2001г.

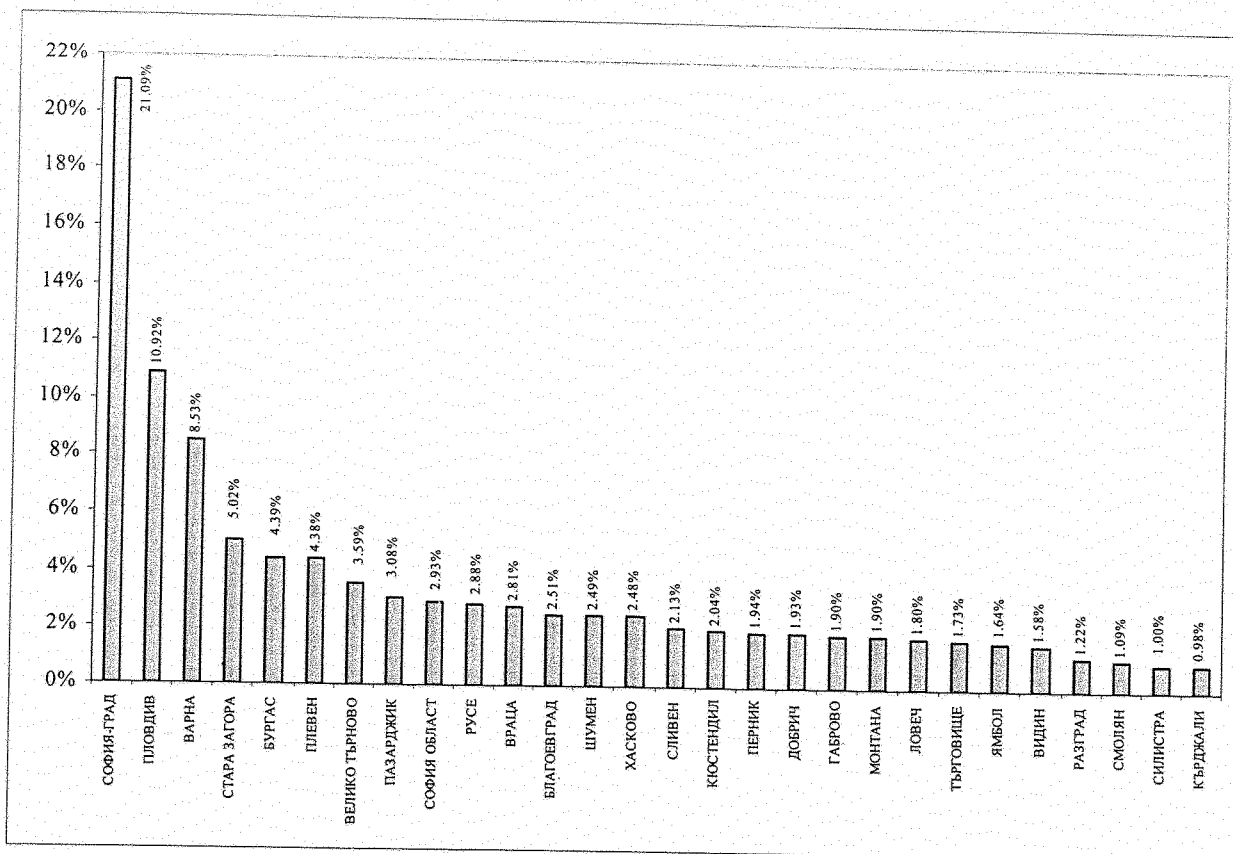


Трябва да се отбележи, че от май до края на годината са направени **9 корекции на списъка на лекарствени продукти**, като от септември те са по два пъти месечно. Честите промени в списъка водят до затруднения във веригата на предписване и отпускане на лекарствени продукти на пациентите.

## 6.2 Структура на потреблението по области

Най-голям е размерът на разходваните средства в София-град – 35 127 492 лв., Пловдив – 18 187 5378 лв., Варна – 14 213 726 лв., Стара Загора – 8 358 333 лв., Бургас – 7 310 555 лв., и Плевен – 7 296 293 лв., което се обяснява с респективно по-големия брой на населението в тези градове, както и с по-голямата концентрация на лечебните заведения и университетски центрове. На Фиг. 46 е изразена в процентно отношение тази структура.

Фиг. 46 Структура на потреблението на лекарствени продукти /без животоспасяващи и животоподдържащи/ в лв. по области за периода 01.01.2001 - 30.12.2001г.



### 6.3 Разпределение на стойността на разходваните средства по анатомо-терапевтични групи.

От структурата на разходите е видно (Фиг. 47), че най-голяма тежест през цялата 2001 г., както и през отделните тримесечия на годината, имат групите:

- § Сърдечно-съдови заболявания /група С-39.47%/;
- § Нервна система и психиатрични заболявания /група N – 28.36%/
- § Антинеопластични продукти /група L – 9.47%/
- § Храносмилателна система и метаболизъм /група А – 6.36%/
- § Дихателна система /група R – 5.75%/
- § Инфекциозни препарати за системно приложение /група J – 4.10%/

Сравнението с броя болни, за които са отпускани съответните продукти, показва и спазване на утвърдения принцип на провеждана лекарствена политика, приет с чл. 6 т.2 от НРД 2001г., с изключение само на групата антинеопластичните продукти. Разпределението на разходите по подгрупи /4то ниво на АТС-класификацията/ също отговаря на здравно-социалната значимост на лекуваните заболявания. Относително неголемия брой жалби, молби и предложения както от страна на ЗЗОЛ, така и от страна на лекари-специалисти, говори за добра балансираност на потребностите от лекарствени продукти, включени в списъка на НЗОК.

Фиг. 47 Структура на потреблението на лекарствени продукти /без животоспасяващи и животоподдържащи/ в лв. по фармако-терапевтични групи за периода 01.2001 - 12.2001 г.

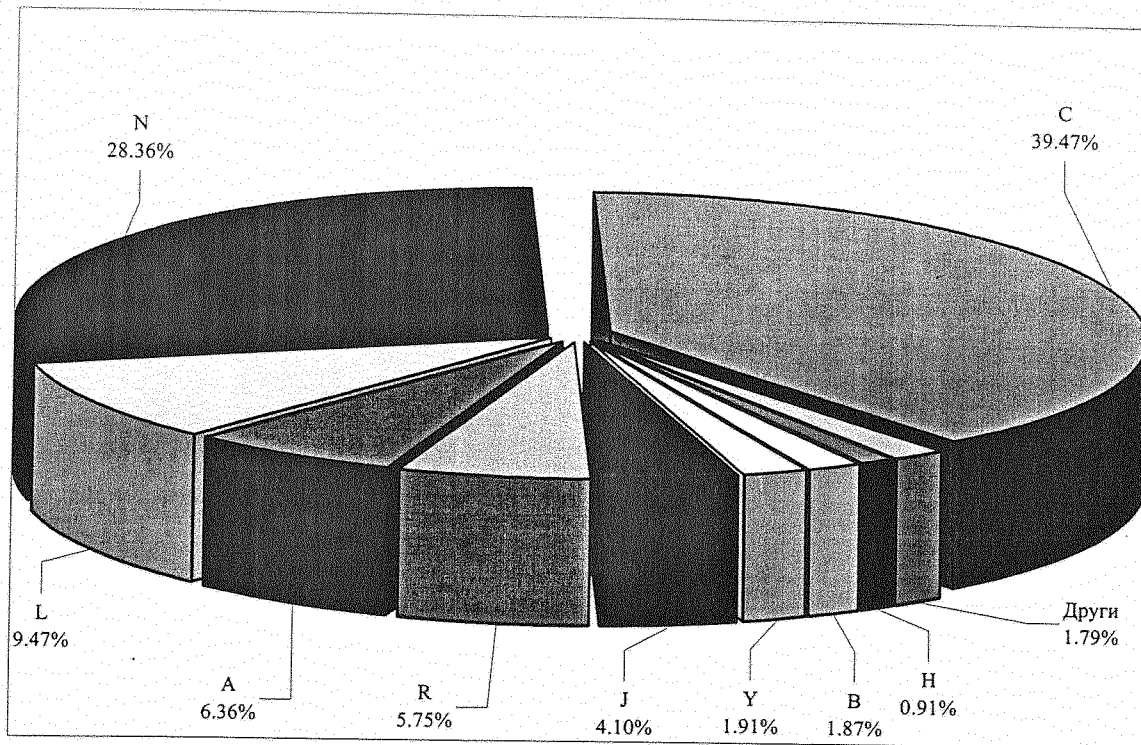


Табл. 11 Брой лекарствени продукти по фармако-терапевтични групи /без животоспасяващи и животоподдържащи/ и среден разход в лв. на продукт в групата за 2001 г.

Групи	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	X	Y	Z
Позиции	75	53	161	3	46	59	155	14	61	157	1	65	41	1	1	70	19
Среден разход	141282	58894	408312	17681	18416	25652	44104	1127058	13368	300887	251876	147417	13291	464476	3368	45357	358

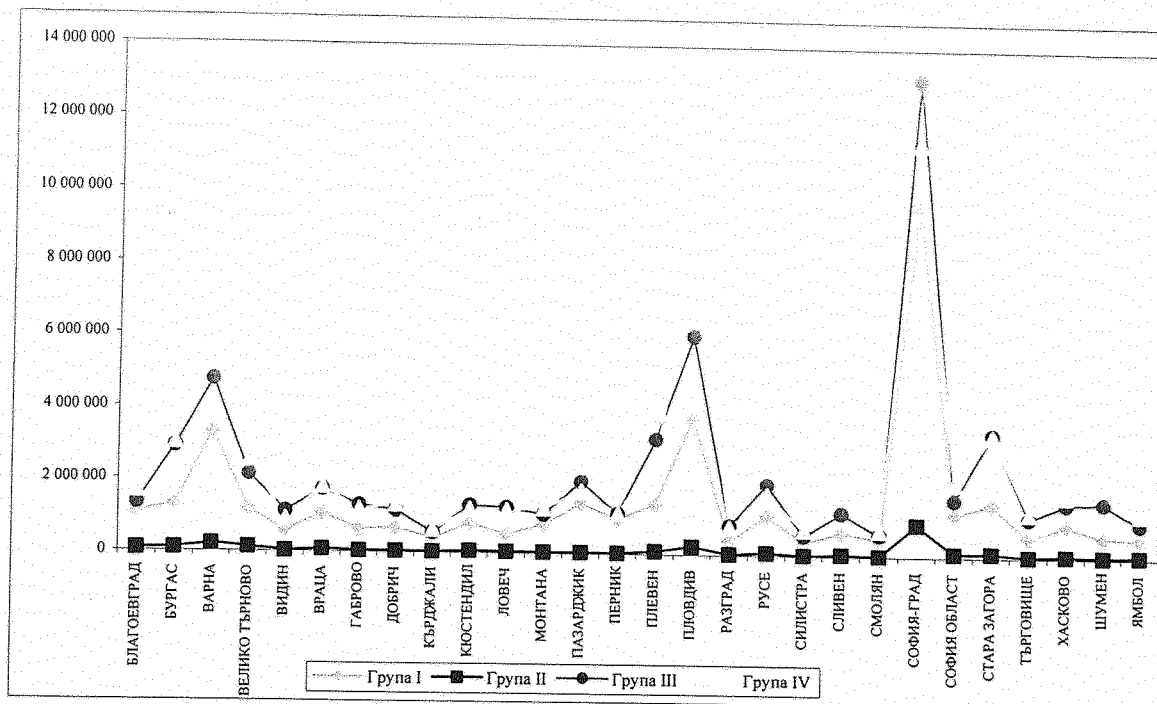
Запазва се тенденцията на приоритет на групите, описана по-горе.

#### 6.4 Разпределение на стойността на разходваните средства за лекарствени продукти /без животоспасяващи и животоподдържащи/ съгласно реда на предписване и отпускане за 2001 г.

Структурата на разходите в този аспект по РЗОК е както следва:

Групи	разходи
Група I - Протоколи, издадени от НЗОК, РЗОК и специалисти, независимо дали имат сключен договор с НЗОК	37 762 619 лв.
Група II - Рецепти, издадени от специалисти с договор с НЗОК	2 776 731 лв.
Група III - Рецепти, издадени от ОПЛ, след предписание на специалист, сключил договор с НЗОК	61 231 513 лв.
Група IV - Рецепти, издадени от всички изпълнители на медицинска помощ, които имат договор с НЗОК	64 796 765 лв.

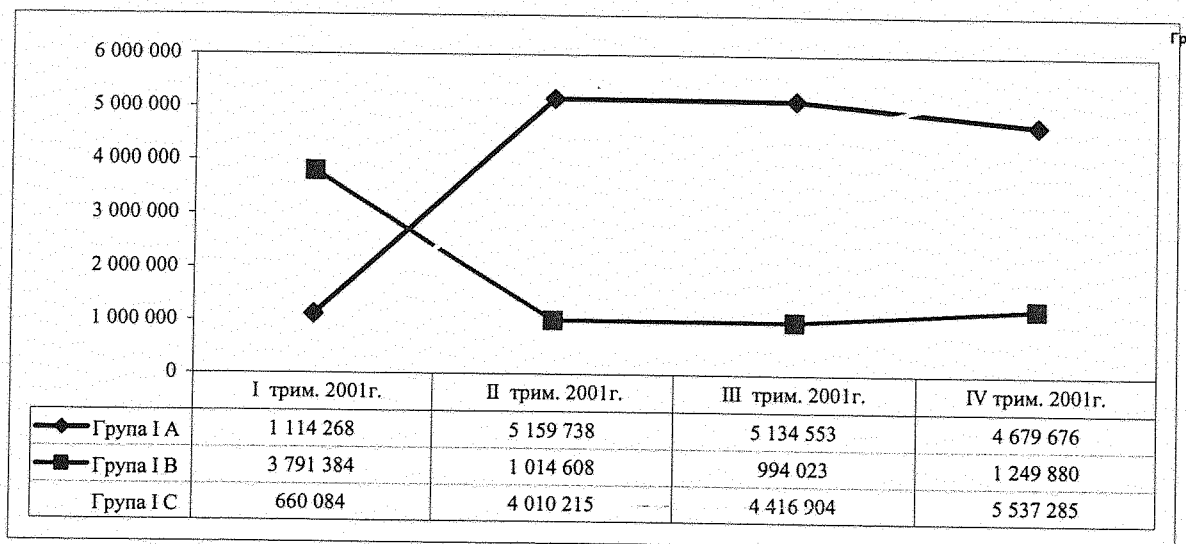
Фиг. 48 Разходвани средства за лекарствени продукти /без животоспасяващи и животоподдържащи/ съгласно реда на тяхното предписване и отпускане по области.



Тази структура на разпределение се запазва през тримесечията.

На Фиг. 49 по тримесечия е показано разпределението на изразходваните средства за лекарствени продукти в рамките на група I. Видна е стабилната тенденция на нарастване на разходите за група 1С през целия период и огледалната структура на разходите за група 1А и 1В.

Фиг. 49 Динамика на разходваните средства за лекарствени продукти /без животоспасяващи и животоподдържащи/ според реда на предписване и отпускане в рамките на група I за периода януари – декември 2001г.



### 6.5 Разпределение на стойността на разходваните средства за лекарствени продукти /без животоспасяващи и животоподдържащи/ по търговци на едро с лекарства за 2001г.

Първите десет фирми, чиито продукти имат най-голям стойностен оборот спрямо общия обем в годишен план, са както следва:

№	ПРОИЗВОДИТЕЛ	Стойност в лв	№	ПРОИЗВОДИТЕЛ	Стойност в лв
1	Pharmacia -Dupnitsa	24,441,648.41	6	Janssen Pharmaceuticals	7,310,466.46
2	Sopharma PCL, Sofia	11,704,023.73	7	Sanofi	7,275,460.26
3	Schering- AG	8,201,664.24	8	Berlin-Chemie AG	7,218,387.88
4	Glaxo Wellcome	7,823,288.80	9	F.Hoffmann-La Roche Inc.	6,366,217.97
5	Servier Lab.	7,427,665.36	10	Novartis Pharma AG	5,738,061.89

В годишен аспект стойностният дял на лекарствени продукти на български производители спрямо общия обем е 25.18%.

### 6.6 Средно ниво на реимбурсиране от НЗОК

В долната Табл. 12 е показана структурата на броя и относителния дял на лекарствените продукти по нива на реимбурсиране в отделни периоди, както и средният процент на реимбурсиране през тези периоди.

Табл. 12 Структура на броя и относителния дял на лекарствените продукти по нива на реимбурсиране в отделни периоди.

Процент на реимбурсиране	Чл.116 от НРД 2000г. и чл.57 и 78 от ЗЗО		Чл.140 от НРД 2001г.			
	07.2000г.-02.2001г.		03.2001г.-06.2001г.		07.2001г.-12.2001г.	
	Позиции		Позиции		Позиции	
%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
100	264	35.25	424	40.57	307	29.02
от 80 до 100	41	5.47	25	2.49	46	4.35
от 60 до 80	31	4.14	56	5.36	97	9.17
от 40 до 60	75	октомври01	138	13.21	158	14.93
от 20 до 40	126	16.82	281	26.99	298	28.17
от 0 до 20	212	28.30	121	11.48	152	14.37
Общо	749	100	1045	100.00	1058.00	100.00
Среден процент на реимбурсация за периода		55.55		62.02		56.65

Средната стойност в лв. на потребление на един лекарствен продукт /без животоспасяващи и животоподдържащи/ към 01.06.2001г. е 14721лв., а към 01.12.2001г. е 16161.88 лв.

Общата стойност на потребление на лекарствени продукти и средната стойност на потребление на 1000 лица от населението по периоди е видна от следната таблица. Ясно се забелязва непрекъснато нарастване на средствата, изразходвани за лекарствени продукти.

Период	Стойност в лв. на потреблението на лекарствени продукти	Средна стойност в лв. на потребление на лек. продукти на 1000 лица	Регистрирано население
07 - 12.2000г.	41 384 150.28	5 749.13	7 198 333
01 - 06.2001г.	84 146 154.89	11 247.62	7 481 240
07 - 12.2001г.	96 563 161.71	12 683.51	7 613 285

**Изводи:**

1. При анализа на резултатите в областта на лекарствената политика на НЗОК се наблюдава относителен баланс при определяне на социалнозначимите заболявания и осигуряването на достатъчно ефективни и качествени лекарства за тяхното лечение.
2. "Цената" на постигнатия баланс в процеса на задоволяване на потребностите на здравноосигурените лица от качествени и ефективни лекарства е прекалено висока за ограничените бюджетни възможности на НЗОК.

Допуснатият значителен преразход на бюджетни средства за лекарства налага да се предложат промени в лекарствената политика по отношение на: усъвършенстване на методиката за определяне на нивото на заплащане; разработване на точни и ясни критерии по отношение на условията за предписване по протокол на най-разходоемките лекарства и проследяване на ефекта от проведеното лечение; усъвършенстване на информационното осигуряване по отношение на контрола по предписване и отпускане на лекарства /методика и механизъм на медицински одит, ясни указания за нивото на компетентност за диагностициране и предписване на лекарства, прецизиране на условията за сключване на договор с аптеки/; разработване на защитен механизъм, доказващ реалното получаване на лекарствата от здравноосигуреното лице.

**7. Болнична медицинска помощ**

Дейността на НЗОК по договаряне и заплащане на болнична помощ от второто полугодие на 2001 г. бе насочена към изпълнение на следните цели:

- ξ Включване на лечебни заведения за болнична помощ за активно лечение в системата на здравното осигуряване;
- ξ Осигуряване на заплащане за лечението на ЗЗОЛ по определени за страната заболявания, съобразно националните здравни приоритети - сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, захарен диабет, майчино и детско здравеопазване;
- ξ Осигуряване на заплащане за лечението на ЗЗОЛ по заболявания с най-голяма обръщаемост на населението към лечебните заведения за болнична помощ;
- ξ Осигуряване на качествено лечение за ЗЗОЛ чрез избора на клиничните пътеки като подход за договаряне на финансирана от НЗОК болнична помощ.

През 2001 г. НЗОК договори болнична помощ за лечението на 159 диагнози, дефинирани в 30 клинични пътеки:

1. Аденом /хиперплазия/ на простатата
2. Ангина пекторис
3. Астма с астматичен статус
4. Доброкачествено новообразувание на колон и ректум
5. Захарен диабет с кетоацидоза
6. Захарен диабет със съдови разстройства
7. Захарен диабет с хипогликемична кома
8. Захарен диабет без указания за усложнения тип I [инсулин-зависим тип][ИЗЗД тип][ювенилен диабет], за който не е уточнено, че е неконтролиран, новооткрит при деца
9. Злокачествено новообразувание на женската гърда
10. Злокачествено новообразувание на маточната шийка
11. Злокачествено новообразувание на простата
12. Злокачествено новообразувание на колон, ректума, ректо-сигмоидна област и ануса

13. Изкуствен аборт, комплетен, законен, по показания без усложнения
14. Ингвинална херния
15. Ишемичен мозъчен инсулт
16. Камък в уретера
17. Нарушение на сърдечния ритъм - предсърдно мъждене и трептене, планова хоспитализация за възстановяване на синусов ритъм
18. Нормално раждане
19. Остър апендицит
20. Остър инфаркт на миокарда, начален епизод на грижа
21. Остър пиелонефрит
22. Пневмония
23. Артериална хипертония при деца, новооткрита
24. Раждане чрез цезарово сечение, без указание за индикациите
25. Субарахноидален кръвоизлив
  - а) неврологична пътека
  - б) неврохирургична пътека
26. Сърдечна недостатъчност
27. Хеморагичен мозъчен инсулт (мозъчен кръвоизлив)
28. Хроничен обструктивен бронхит с остър пристъп
29. Холелитиаза
30. Хронични заболявания на тонзилите

Изпълнителите на болнична помощ с държавно и/или общинско участие (съгласно Наредбата за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ) имаха право да сключват договор с НЗОК за всяка една клинична пътека в зависимост от наличното оборудване и квалификация на медицинския персонал, необходими за нейното изпълнение. Определено бе диференцирано заплащане от НЗОК на отчетен случай по клинични пътеки.

По Национална здравна карта на територията на нашата страна функционира 278 лечебни заведения за болнична помощ, в т.ч.:

- ξ 135 Многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ за активно лечение;
- ξ 36 Специализирани лечебни заведения за болнична помощ;
- ξ 45 Диспансери;
- ξ 34 Лечебни заведения за болнична помощ за долекуване, продължително лечение и рехабилитация;
- ξ 28 Хосписи.

Броят на лечебни заведения за болнична помощ за активно лечение, сключили договор с НЗОК през второто полугодие 2001 г., е 149, от които 128 - многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ и 21 – специализирани лечебни заведения за болнична помощ.

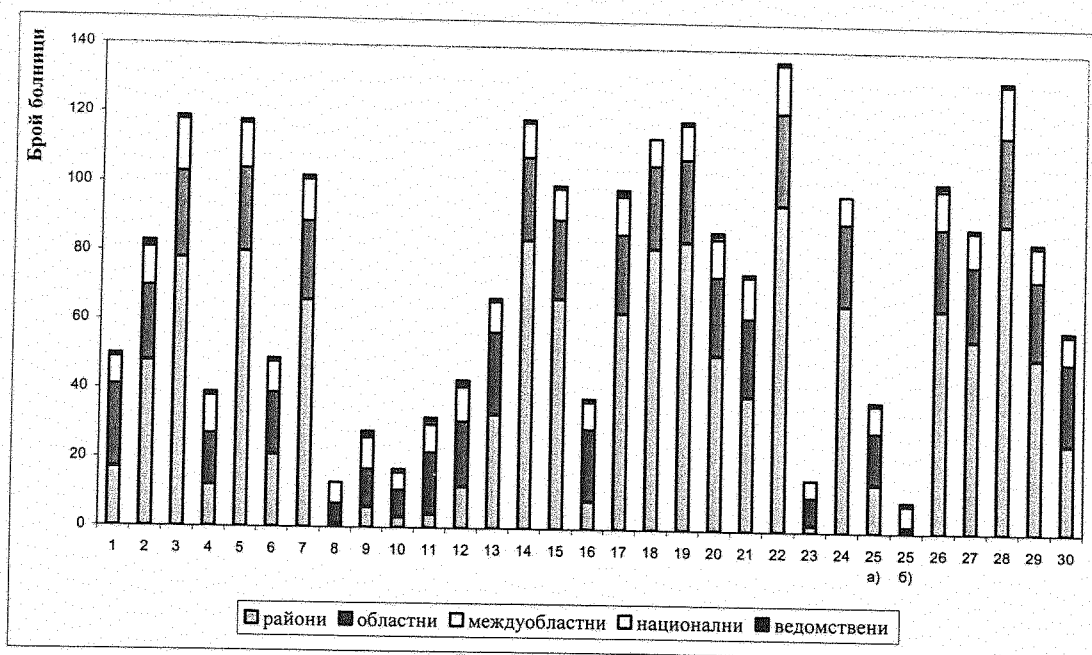
Според териториалния обхват на обслужваното население лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК са както следва: 98 - районни лечебни заведения за болнична помощ, 27 – областни, 21 – междуобластни, 2 – национални и 1 – ведомствена болница.

Най-голям е броят на лечебни заведения за болнична помощ, сключили договори за клинична пътека "Пневмония" – 137 лечебни заведения за болнична помощ. Най-малък е броят на лечебните заведения за болнична помощ, сключили договори за клинична пътека "Субарахноидален кръвоизлив" (неврохирургична пътека) – 9 лечебни заведения за болнична помощ, което се обяснява главно с изискванията за специфично оборудване и квалификация на персонала за изпълнението на тази клинична пътека.



Фиг. 50 представя разпределение на видовете лечебни заведения за болнична помощ според териториалния обхват на обслужваното население, в зависимост от клиничните пътеки, за които са сключили договор.

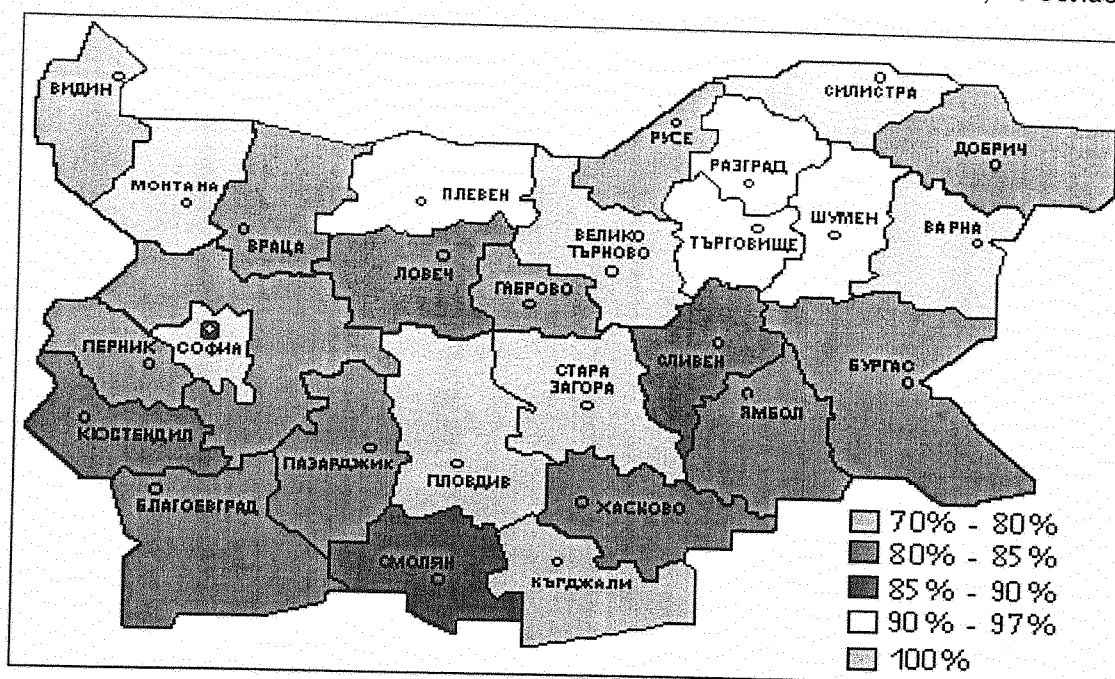
Фиг. 50 Брой лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК по клинични пътеки



Между отделните области съществуват различия по отношение на осигуреността на ЗЗОЛ с болнична помощ, финансирана от НЗОК, която се изразява в броя на клиничните пътеки, за които намиращите се на тяхна територия лечебни заведения са сключили договор (Фиг. 51). Най-висока е осигуреността в големите градове и областите, на чиято територия се намират лечебни заведения за болнична помощ към медицинските университети. Тези лечебни заведения за болнична помощ разполагат с необходимата апаратура и специалисти и имат сключени договори за изпълнението на всички клинични пътеки. Така например в областите София-град, Пловдив, Варна и Стара Загора се наблюдава 100% покритие на населението с клинични пътеки, финансирани от НЗОК.

Най-ниска е осигуреността с болнична помощ по клинични пътеки в областите Кърджали и Силистра – 70.9%. Лечебните заведения за болнична помощ, намиращи се на територията на тези области, са сключили договор с НЗОК за изпълнението на 22 клинични пътеки.

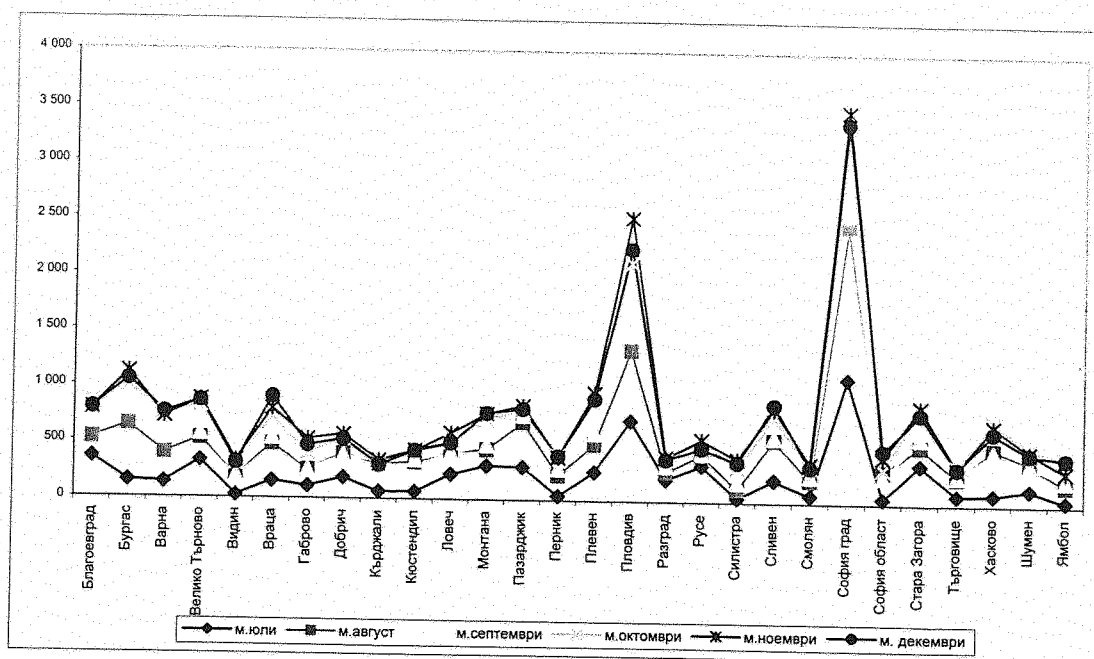
Фиг. 51 Осигуреност на ЗЗОЛ с болнична помощ, финансирана от НЗОК, по области



През второто полугодие на 2001 г. лечебни заведения за болнична помощ за активно лечение, сключили договор с НЗОК, са отчетели общо 512 755 преминали болни. От тях 98 217 случаи са по клинични пътеки, или НЗОК е предоставила финансиране за лечението на 19.15% от общия брой на преминалите в тези лечебни заведения болни. Най-висок е процентът в област Враца – 29.6%, следвана от областите Монтана – 27%, Пазарджик – 25.8%, и Сливен – 25.8%. Най-нисък е броят на отчетените случаи в област Варна, където НЗОК е предоставила финансиране за 11.23% от общия брой преминали болни.

Наблюдава се трайна тенденция на нарастване на потреблението по месеци във всички области (Фиг. 52). Най-голям е броят на отчетените от изпълнителите на болнична помощ случаи по клинични пътеки през ноември – 21 593 и декември – 20 869, което се обяснява главно с характерното за зимните месеци по-голямо търсене на болнична помощ.

Фиг. 52 Динамика на потреблението на финансирана от НЗОК болнична помощ по месеци



В отчетеното потребление на болнична помощ, финансирана от НЗОК, се наблюдават различия както по области, така и по клинични пътеки.

Най-високо е потреблението на финансирана от НЗОК болнична помощ в областите Монтана и Сливен, където на 1000 ЗЗОЛ се падат съответно 20 и 17 хоспитализации по клинични пътеки. Най-ниско е потреблението в София-област и област Варна, където на 1000 души ЗЗОЛ се падат по 7 хоспитализации по клинични пътеки.

Потреблението на болнична помощ по клинични пътеки е както следва: най-голям е броят на отчетените случаи по клиничните пътеки "Нормално раждане" (22 370, или 23% от общия брой на отчетените случаи) и "Пневмония"

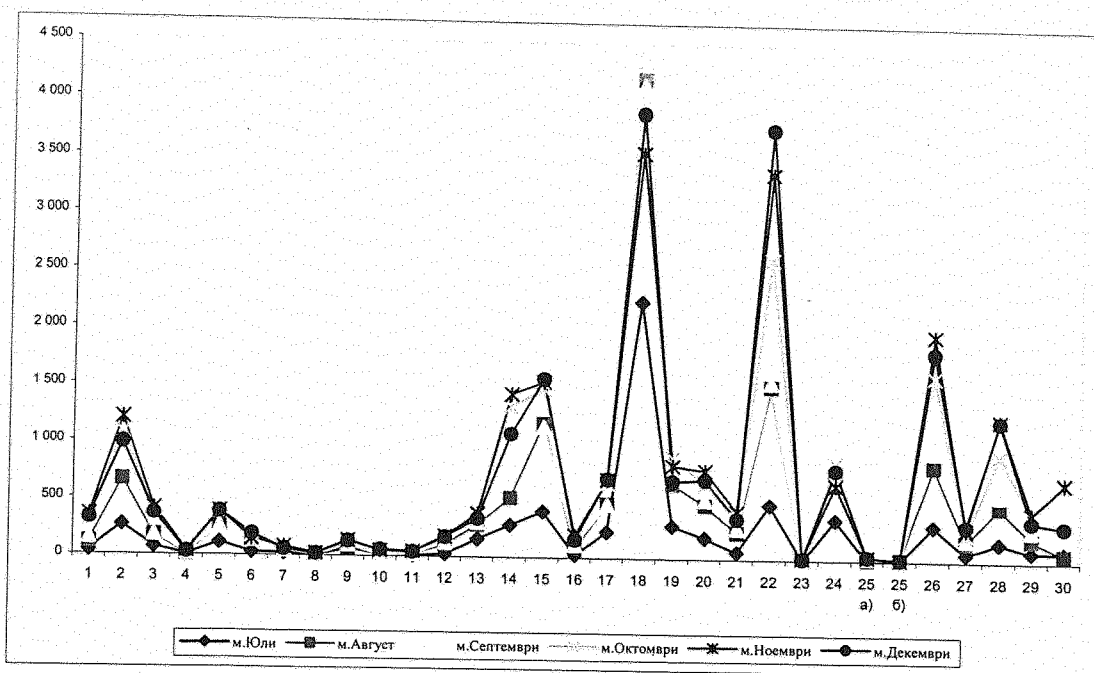
(13 342, или 14% от общия брой на отчетените случаи). Значителен брой отчетени случаи се наблюдават и по клинични пътеки "Сърдечна недостатъчност" – 7609, "Исхемичен мозъчен инсулт" – 7331, "Ингвинална херния" – 5503, "Ангина пекторис" – 4990, "Хроничен обструктивен бронхит с остър пристъп" – 4666. Тези данни потвърждават правилността на заложените критерии за избор на заболявания, включени по клинични пътеки.

Най-ниско е потреблението на болнична помощ по клинични пътеки "Субарахноидален кръвоизлив" (неврохирургична пътека) - 66 отчетени случаи и "Артериална хипертония при деца, новооткрита" – 72 отчетени случаи. Това до голяма степен е свързано с факта, че по статистически данни броят на преминалите болни през всички лечебни заведения за болнична помощ по тези нозологии е малък спрямо общия брой на преминалите за страната болни (по данни за 1999 г. - под 1% спрямо общия брой преминали болни за страната). Малък е и общият брой на договорените с изпълнителите на болнична помощ случаи по тези две клинични пътеки през второто полугодие на 2001 г. (съответно 193 и 250 случаи). Освен това, тези клинични пътеки се покриват предимно от лечебни заведения за болнична помощ към медицинските университети поради специфичното оборудване и квалификация на медицинския персонал, необходими за тяхното изпълнение.

Тенденцията за най-голям брой на отчетените случаи по клинични пътеки "Нормално раждане" и "Пневмония" и най-малък брой отчетени случаи по клинични пътеки "Субарахноидален кръвоизлив" (неврохирургична пътека) "Артери-

ална хипертония при деца, новооткрита” се запазва през всички месеци от второто полугодие на 2001 г. – (Фиг. 53).

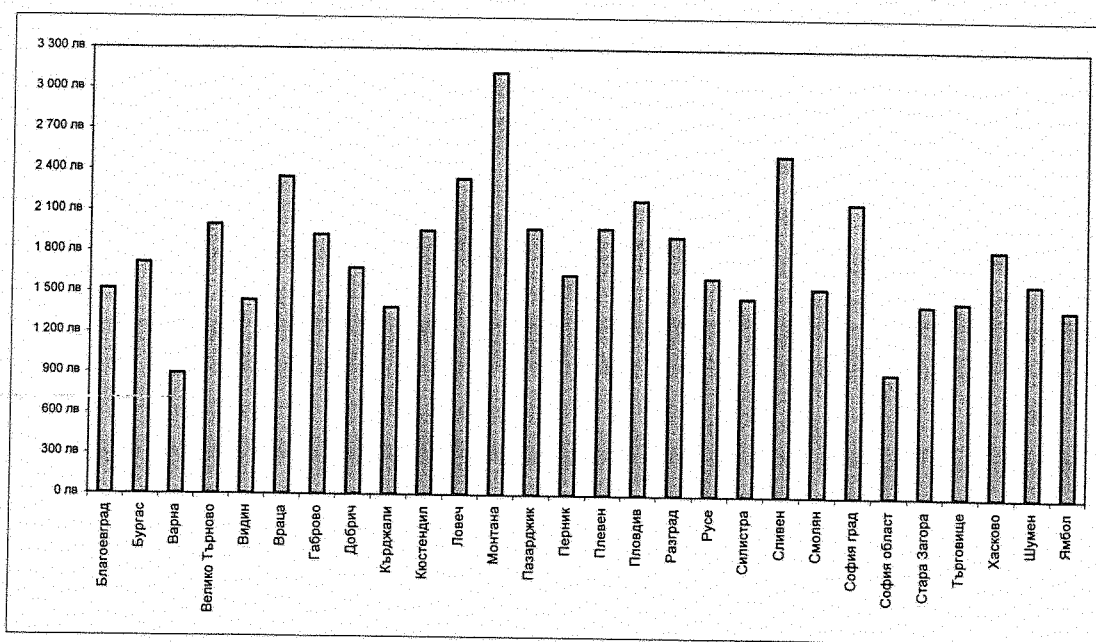
Фиг. 53 Отчетен брой случаи по клинични пътеки по месеци



Изразходваните средства на 1000 ЗЗОЛ за финансирана от НЗОК болнична помощ през второто полугодие на 2001 г. варират по области. Най- висок е размерът на изразходваните средства в област Монтана и Сливен, където на 1000 ЗЗОЛ са изразходвани съответно 3 121 лв. и 2 517 лв. за болнична помощ по клинични пътеки. В тези две области се наблюдава и най-голям брой хоспитализации по клинични пътеки на 1000 ЗЗОЛ.

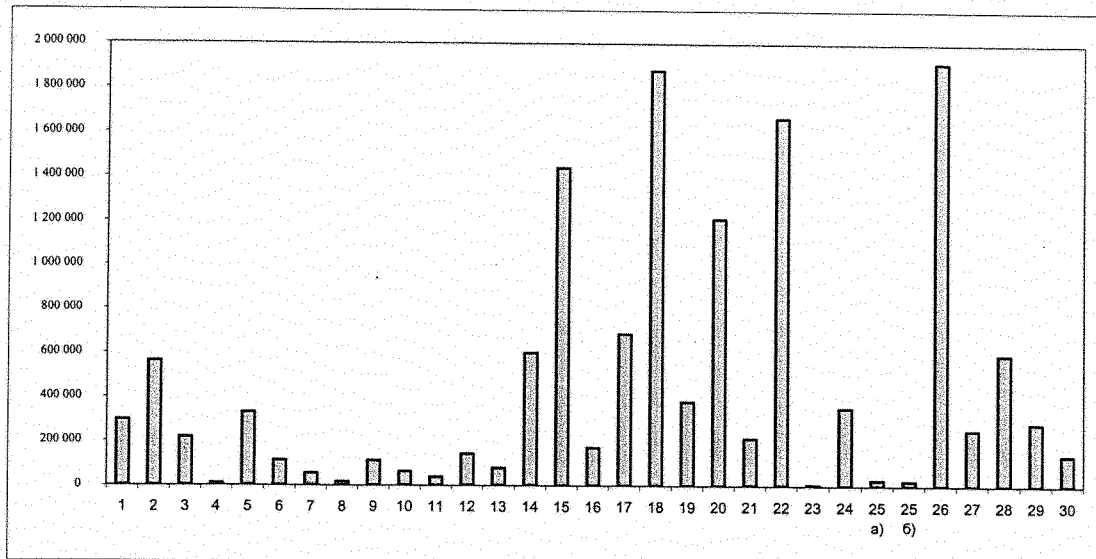
Най малко средства за болнична помощ на 1000 ЗЗОЛ са изразходвани в област Варна – 891 лв. и в София-област – 910 лв., които се характеризират и с най-малък брой хоспитализации по клинични пътеки на 1000 ЗЗОЛ (Фиг. 54).

Фиг. 54 Изразходвани средства на 1000 ЗЗОЛ по области



Най-висок е размерът на средствата, изразходвани за заплащане на болнична помощ по клинична пътека "Сърдечна недостатъчност" (13,8 % от общите средства, изплатени от НЗОК за дейността по всички клинични пътеки) и клинична пътека "Нормално раждане" (13,5 % от общите средства). Това се обяснява главно с по-големия брой отчетени случаи по тези две клинични пътеки. Най-малък е размерът на средствата, изразходвани за болнична помощ по клинична пътека "Артериална хипертония при деца, новооткрита" и "Доброкачествено новообразувание на колон и ректум", което е резултат както от сравнително малкия брой отчетени случаи, така и от по-ниския размер на заплащане за случай по тези клинични пътеки (Фиг. 55).

Фиг. 55 Разходи на НЗОК по клинични пътеки



### 7.1 Клиничните пътеки като механизъм за осигуряване на качество

В клиничните пътеки са заложили правила за добра медицинска практика и алгоритми за клинични поведения. Освен метод за договаряне клиничните пътеки представляват и механизъм за осигуряване контрол на качеството на лечебния процес от страна на медицинския одит и от мениджърския екип на лечебното заведение. Това става чрез анализ на отклоненията от клиничните пътеки. Те могат да бъдат в няколко основни направления:

- ξ свързани с основно заболяване;
- ξ свързани с придружаващите заболявания;
- ξ свързани с диагностично-лечебния процес;
- ξ свързани с пациента.

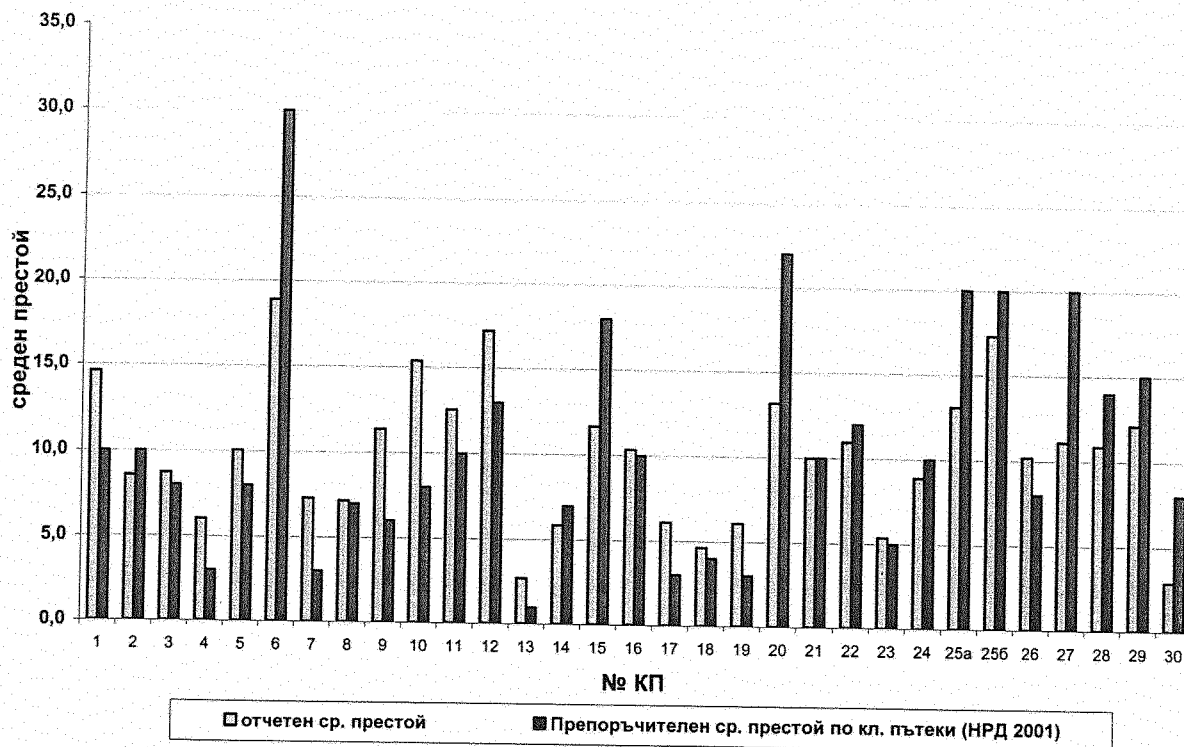
От получените резултати при анализа могат да се направят изводи коя от пътеките се нуждае от корекции. Пътеки без отклонения (или с най-нисък процент) гарантират терапия на болния, отговаряща на изискванията за добра клинична практика.

Клиничните пътеки с висок процент на отклонения могат да бъдат коригирани от мултидисциплинарни екипи, като корекциите могат да бъдат в две насоки - изготвяне на нова пътека, съдържаща съответното придружаващо заболяване или ко-пътека за придружаващото заболяване, която да се включва към основната пътека, съобразно състоянието на пациента. Този показател може да бъде оптимизиран и чрез организационни мероприятия от страна на болницата (повишаване квалификацията на персонала, осигуряване на необходимата апаратура и др.).

Броя на случаите с отклонения свързани с пациента е 0.3% от общия брой на изписани болни. Тези данни показват, че пациентите приемат диагностично-лечебния процес по клинични пътеки.

Важен показател за дейността на лечебните заведения по клинични пътеки е средният престой на пациента в болница (Фиг. 56).

**Фиг. 56** Отчетен среден престой от лечебни заведения за болнична помощ и препоръчителен среден престой по отделни клинични пътеки заложен в НРД 2001



По-високият среден престой на пациента в болница е индикация за медицински одит. Средният престой е добър инструмент за контрол на организацията на лечебния процес от самата болница.

Друг съществен показател е смъртността (Фиг. 57).

Фиг. 57 Клинични пътеки с най-висок процент на смъртност



Най-висок процент смъртност има при клинични пътеки, които обхващат по-тежки заболявания. Независимо от това този показател остава важен критерий на медицинския одит за определяне качеството на медицинската грижа при отчитане тежестта на заболяването по съответната клинична пътека.

## 7.2 Изводи

- Обхващането на болничната помощ от системата на здравно осигуряване от 1.07.2001 г. показва, че има добро приемане на реформата от изпълнителите на болнична помощ. Това се потвърждава от факта, че почти всички лечебни заведения за болнична помощ за активно лечение имат сключени договори за предоставяне на финансирана от НЗОК болнична помощ по клинични пътеки – броят на лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК, е 149.
- Изборът на клиничните пътеки като подход за договаряне на финансирана от НЗОК болнична помощ постави много предизвикателства пред лечебните заведения, свързани с осигуряването на необходимите условия по отношение на медицинската апаратура и квалификацията на персонала. По този начин се създадоха условия за по-конкурентно поведение, по-ефективно разпределение на средствата и подобряване на качеството на предоставените болнични грижи.
- Като основен проблем за болничната помощ, финансирана от НЗОК, се очерта ниското усвояване на договорения с изпълнителите на болнична помощ обем дейност. Общият брой на отчетените случаи по клинични пътеки за второто полугодие на 2001 г. представлява едва 54 % от договорената дейност. Причините за това са свързани главно с:
  - ξ Недостатъчния размер на предоставеното от НЗОК заплащане за случай спрямо реално необходимите средства за извършване на лечението;
  - ξ Сериозните изисквания според алгоритмите за клинично поведение по клинични пътеки и лошото финансово състояние на лечебни заведения за болнична помощ.



Съществуват и допълнителни причини за недостатъчното усвояване на договорените обеми, някои от които са:

- ξ Неизяснени моменти при стартирането на всяка нова дейност;
- ξ Липса на добро съгласуване и сътрудничество между болнична и извънболнична помощ, като:
  - неправилно насочване за хоспитализация и неспазване реда за достъпа на пациентите да болничните заведения;
  - неправилно попълнени направления за хоспитализация;
  - неподготвени за постъпване в болница пациенти - ненавременна хоспитализация на пациенти и неизвършване на необходимите минимални изследвания до прием в болницата.
- ξ Преустановяването на планова оперативна дейност поради летния сезон и проявяване на сезонност при някои заболявания, което влияе върху заболяемостта и приема на пациенти по тези клинични пътеки;
- ξ Завишени данни от предходни години /брой преминали болни/, представени от лечебни заведения за болнична помощ при договаряне на броя на случаите по клинични пътеки.

Допълнителен фактор бе и съществуващата нормативна уредба, а именно Наредба №14 от 6.04.2001 г. за образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества – лечебни заведения с над 50 на сто държавно или общинско участие. Липсата на стимул за клиницистите и значителната разлика в заплащането в сравнение с лекарите от извънболничната помощ също допринесоха за нежеланието да се извършва и отчита дейност по клинични пътеки.

4. Наредбата за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ и Заповед №:РД-09-459/20.06.2001 г. за определяне на териториалния обхват на обслужваното население на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите с държавно и общинско участие, в които гражданите на Р България имат право на безплатно ползване на медицинска помощ и се субсидират от републиканския бюджет или общинските бюджети, ограничава свободния избор на пациента – необходимо условие за осигуряване на качество на медицинските услуги.
5. Липсва изградена информационна система за лечебни заведения за болнична помощ, съответстваща на новите условия на организация и финансиране на болничната помощ, която би подобрила взаимовръзката с договорните партньори и би намалила писмената документация.

### 7.3 Проблеми за решаване

- ξ Да се направят промени в съществуващата законова уредба – Наредба №14 от 6.04.2001 г. за образуване на средствата за работна заплата в търговските дружества – лечебни заведения с над 50 на сто държавно или общинско участие, Наредба за достъпа на здравноосигурени лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ - Заповед №:РД-09-459/20.06.2001 г.;
- ξ Да се изгради информационна система за лечебни заведения за болнична помощ, съответстваща на новите условия на организация и финансиране на болничната помощ;
- ξ Да се изгради реална финансова рамка и ангажимент както от страна на Министерството на здравеопазването, така и от страна на НЗОК в тясно сътрудничество помежду им за предоставянето на най-скъпата медицинска

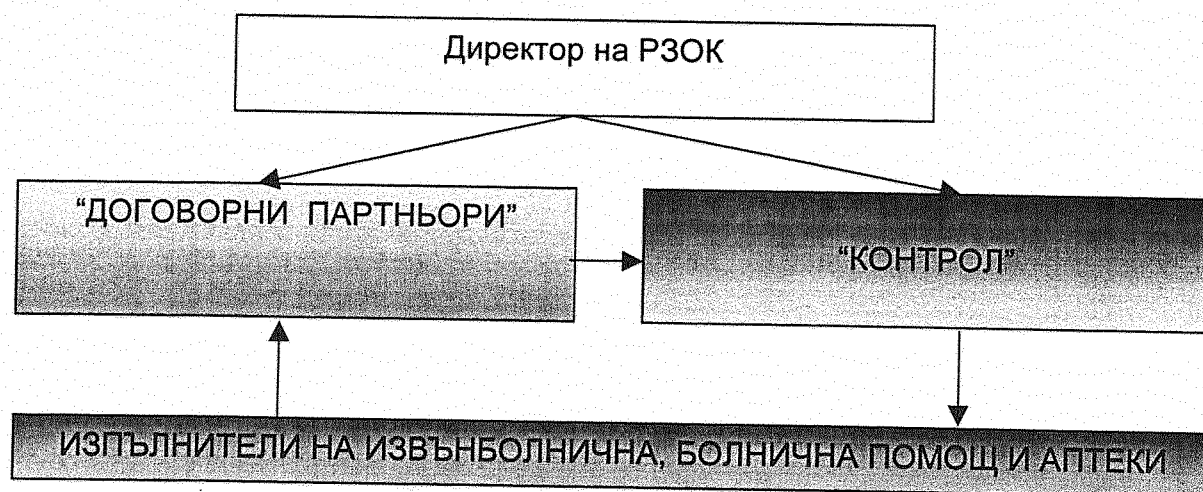
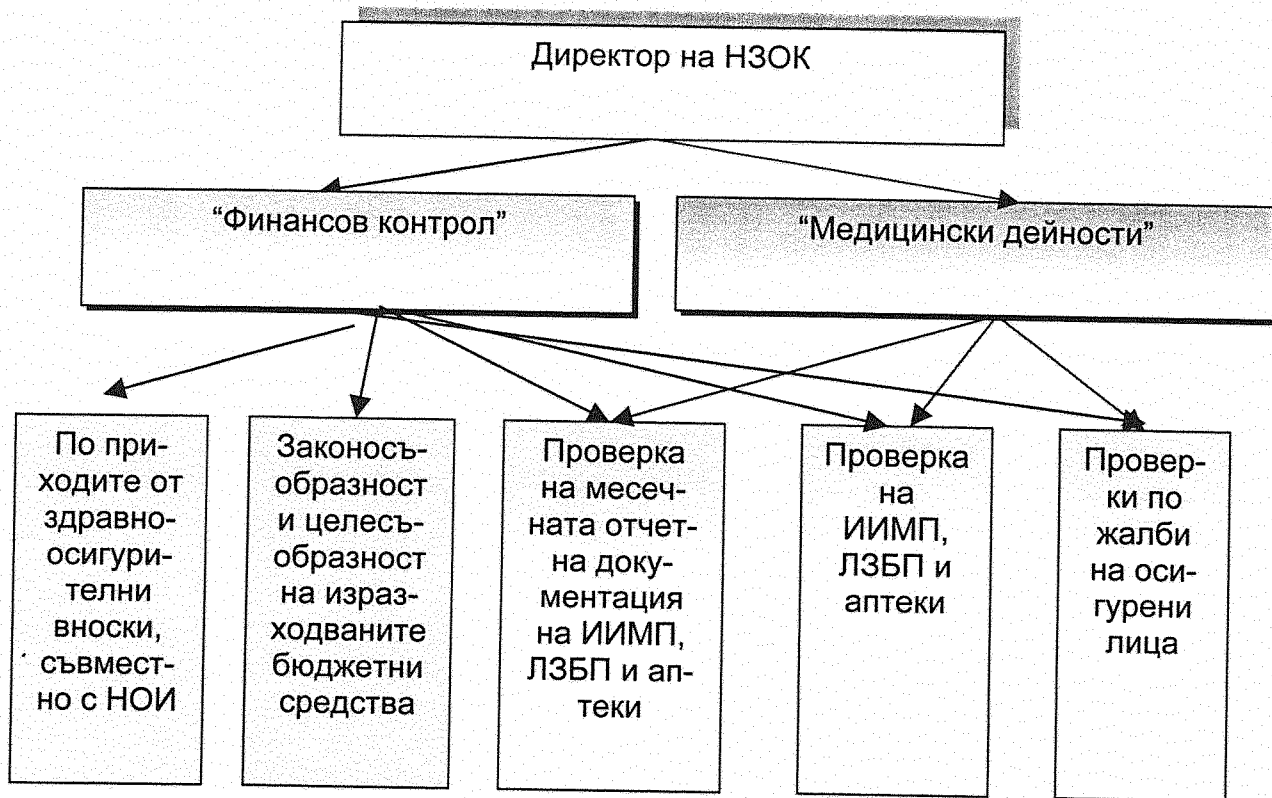
помощ – болничната и осигуряване на пълен пакет от болнични грижи за населението.

### IX. Контрол на дейността на изпълнителите на извънболнична медицинска помощ и аптеките

Цялостният контрол върху дейността на здравното осигуряване и спазването на нормативните актове, свързани с него, се осъществява от директора на НЗОК.

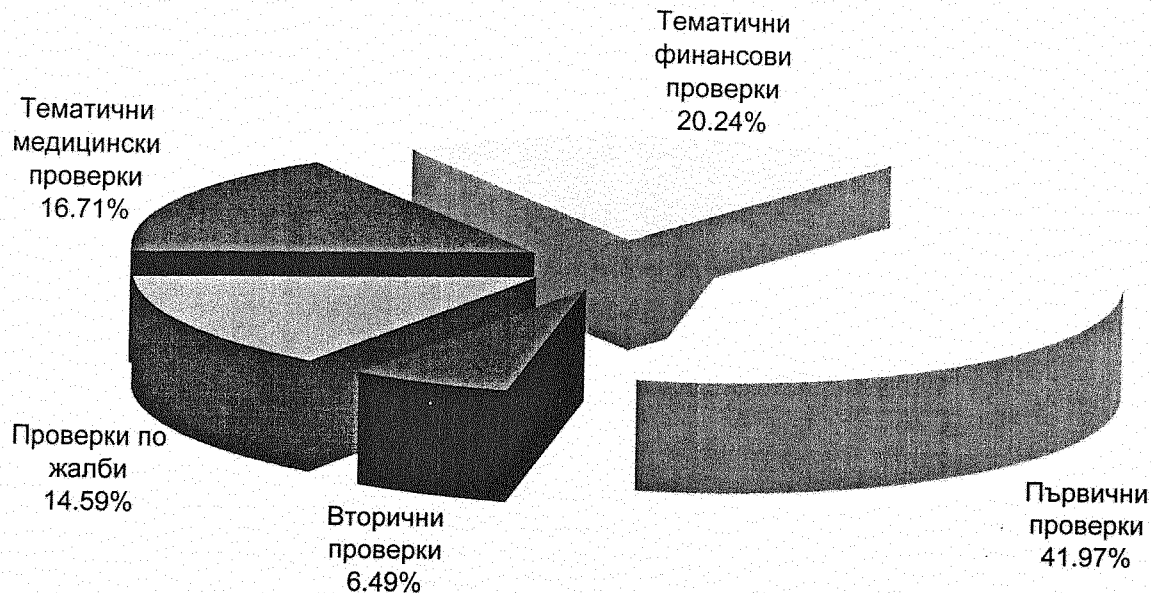
Националната здравноосигурителна каса е изградила система за контрол на изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ и аптеки в две насоки - финансов контрол, изразяващ се в набирането и разходването на финансовите средства, и медицински, отнасящ се до обхвата и качеството на договорените медицински дейности (Фиг. 58).

Фиг. 58 Механизъм за контрол на дейността на лечебните заведения в договорни отношения с РЗОК.

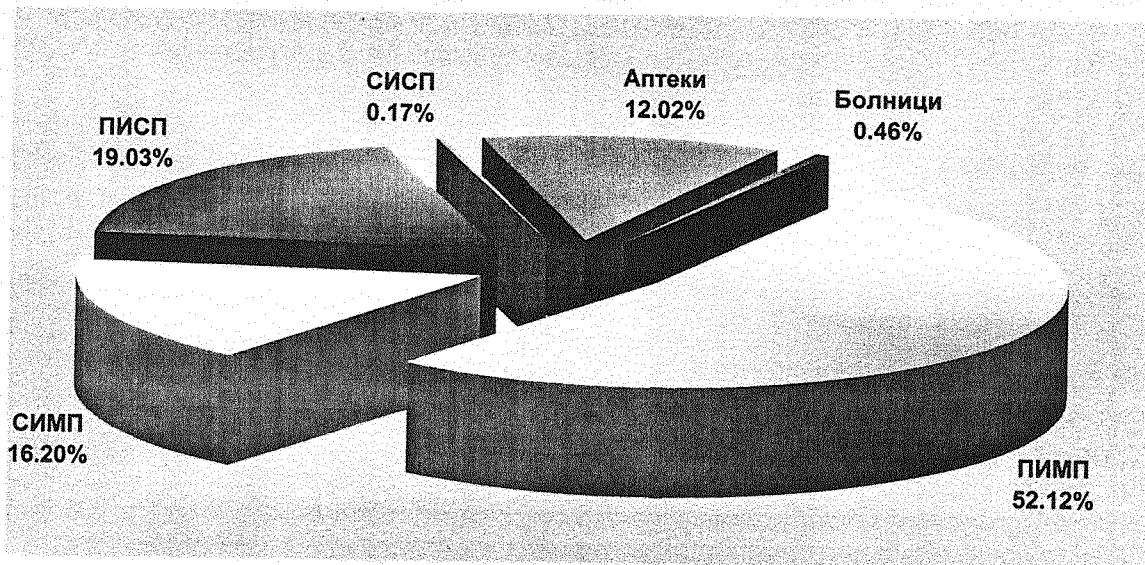


През 2001 г. НЗОК е сключила 13 840 договора с изпълнители на медицинска, стоматологична помощ и с аптеки. За отчетния период контролните органи на НЗОК/РЗОК са извършили 11 757 проверки по изпълнение на договорите, от които: 4 934 първични, 763 вторични и 1 715 по жалби. Проверени са 8 274 изпълнители на медицинска, стоматологична помощ и аптеки (Фиг. 59, Фиг. 60).

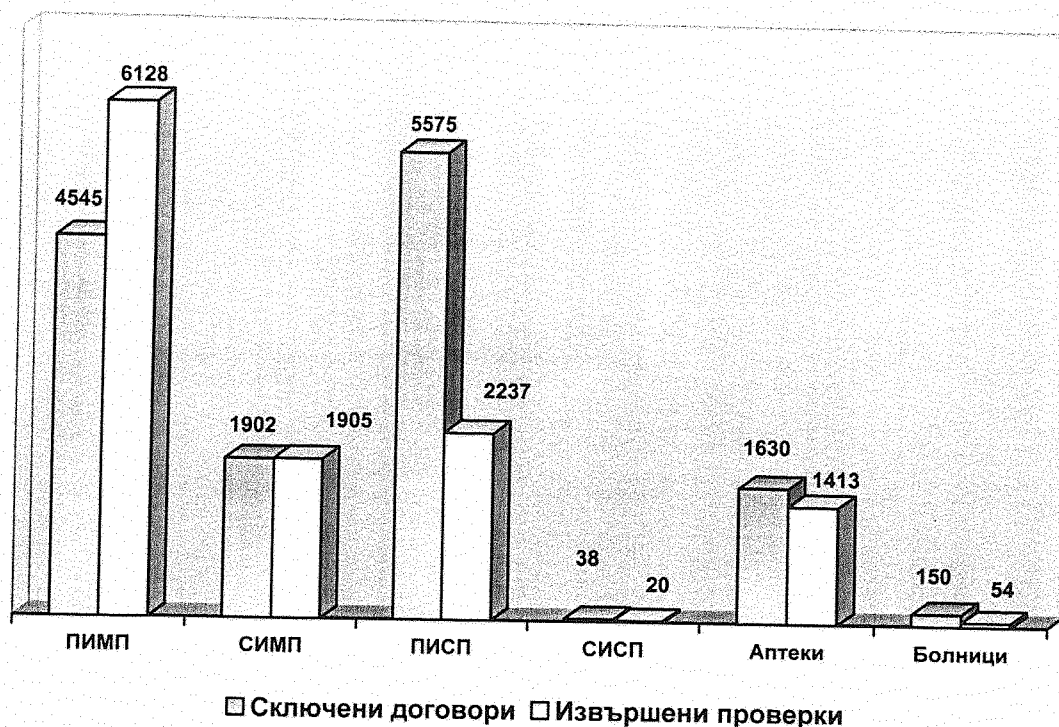
Фиг. 59 Извършени проверки по сключени договори



Фиг. 60 Извършени проверки по видове изпълнители (в процентно съотношение)



Фиг. 61 Съотношение на извършените проверки към сключените договори по видове изпълнители на медицинска помощ



### 1. Структура на извършените проверки на изпълнители на извънболнична помощ.

**А/** Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) – 6 128 проверки, от които:

- ξ индивидуални практики – 5 580 проверки;
- ξ групови практики - 548 проверки.

**Б/** Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) – 1 905 проверки, от които:

- ξ Диагностично-консултативни центрове (ДКЦ)- 477 проверки;
- ξ Медицински центрове (МЦ) – 325 проверки;
- ξ Медико-диагностични лаборатории (МДЛ) - 126 проверки;

**В/** Първична извънболнична стоматологична помощ (ПИСП) - 2 237 проверки, от които:

- ξ Стоматологични центрове - 20 проверки;

**Г/** Специализирана извънболнична стоматологична помощ (СИСП) - 20 проверки, от които:

- ξ Медико-стоматологични центрове (МСЦ) - 17 проверки;

**Д/** Аптеки - 1 413 проверки.

**Е/** Лечебни заведения за болнична помощ- 54 проверки.

При извършените проверки са констатирани общо 10 020 нарушения (фиг. 28)

### 2. Основни нарушения.

Основните нарушения, за които са наложени санкции по видове изпълнители, са следните:

**А/** Първична извънболнична медицинска помощ

1. Не се спазват условията и реда за предписване на лекарствени продукти и консумативи - 1480 случая
2. Непълно и неточно се попълва първичната отчетната документация - 633 случая
3. Не се предоставя договореният вид и обем медицинска помощ - 131 случая
4. Не се спазва работният график, съгласуван с РЗОК, или не е изложен на достъпно място - 280 случая;
5. Не се водят регистри на пациенти, включени в общи и специализирани програми, както и на диспансеризирани пациенти - 451 случая;
6. Не се осигурява достъпна медицинска помощ и не се спазват правилата за добра медицинска практика - 114 случая;
7. Не е обявен на достъпно място или липсва списък на освободените от потребителска такса лица - 192 случая;
8. Не са пълно окомплектовани с необходимите медикаменти спешният шкаф и спешната чанта - 540 случая;
9. Наличното оборудване не отговаря на декларираното при сключване на индивидуалния договор - 483 случая;
10. Не са изпълнени задълженията по програми за управление на здравни приоритети - 277 случая;
11. Не са оформени медицинските досиета /ЛАК/ на пациенти - 284 случая;
12. Изисква се заплащане или доплащане на дейност, платена от НЗОК - 54 случая;
13. Не се съхраняват в амбулаторията първичните медицински и отчетни документи, съгласно чл.122 от НРД - 22 случая;
14. Наличие на медикаменти в амбулаторията с изтекъл срок на годност - 67 случая
15. Отказ за оказване на спешна медицинска помощ при повикване от пациент - 45 случая
16. Не са предприети мерки за хоспитализация на пациенти и за провеждане на съвместно лечение със специалист - 25 случая
17. Не се спазва планът за организация на повикванията - 27 случая
18. Не се комплектова амбулаторен журнал - 91 случая
19. Не са включени в специализирани програми пациенти съгласно чл. 63 ал.3 от НРД - 70 случая
20. Не се води книга със записани часове - 14 случая
21. Възпрепятстване на контролните органи за упражняване на правата им по ЗЗО и НРД - 8 случая
22. Не се съхранява в амбулаторията първичната медицинска и отчетна документация, съгласно чл.122 на НРД - 88 случая
23. Липсват списъци за безплатни и частично платени лекарства по чл.55, ал.2т.7 и чл.57 от ЗЗО- 27 случая

Б/ Специализирана извънболнична медицинска помощ – индивидуални и групови практики:

1. Не е обявен на видно място списъкът на освободените от потребителска такса ЗЗОЛ - 50 случая
2. Наличното оборудване не отговаря на декларираното при сключване на индивидуалния договор - 72 случая
3. Не са пълно окомплектовани спешният шкаф и спешната чанта с необходимите медикаменти и консумативи - 66 случая
4. Не се спазват условията и редът за предписване на лекарствени средства и консумативи - 85 случая

5. Не се предоставя договорираният вид и обем медицинска помощ - 21 случая
6. Непълно и неточно се попълва първичната отчетна документация -70 случая
7. Не е осигурена достъпна медицинска помощ и не се спазват правилата за добра медицинска практика -14 случая
8. Не се водят регистри на пациенти, включени в общи и специализирани програми и на хронично болни, подлежащи на диспансерно наблюдение - 55 случая
9. Работният график, съгласуван с РЗОК, не се спазва или е изложен на недостъпно място - 47 случая
10. Липсват списъци за безплатни или частично платени лекарства -5 случая
11. Не се съхраняват в амбулаторията първичните и отчетните документи съгласно чл. 122 от НРД - 11 случая
12. Не се комплектова амбулаторен журнал - 20 случая
13. Не се води книга със записани часове - 27 случая
14. Не се изпълняват поетите задължения за работа по програми за управление на здравни приоритети - 16 случая
15. Наличие на медикаменти с изтекъл срок на годност - 5 случая
16. Изисква се допълнително заплащане или доплащане от ЗЗОЛ за дейност, платена от НЗОК- 13 случая

#### В/Диагностично-консултативни центрове:

1. Не се спазва редът и начинът на предписване на лекарствени средства и консумативи - 82 случая
2. Непълно и неточно попълване на първичната отчетна документация - 73 случая
3. Изисква се допълнително заплащане или доплащане от ЗЗОЛ за дейност, заплатена от НЗОК - 23 случая
4. Не се спазва предварително обявеният и съгласуван с РЗОК работен график - 16 случая
5. Не е обявен на достъпно място списъкът на освободените от потребителска такса ЗЗОЛ - 4 случая
6. Не се комплектова амбулаторен журнал - 11 случая
7. Не се осигурява достъпна медицинска помощ и не се спазват правилата за добра медицинска практика -8 случая
8. Не се предоставя договореният вид и обем медицинска помощ - 17 случая
9. Наличното оборудване не отговаря на декларираното при сключване на ИД -15 случая
10. Непълно окомплектоване на спешен шкаф и спешна чанта с медикаменти и консумативи - 7 случая
11. Не се водят регистри на пациенти, включени в общи и специализирани програми и на диспансеризирани пациенти - 17 случая
12. Не се води книга със записани часове - 6 случая

#### Г/ Медицински център:

1. Наличното оборудване не отговаря на декларираното при сключване на индивидуалния договор - 36 случая
2. Непълно и неточно попълване на първичната отчетна документация - 48 случая
3. Не се спазват условията и редът за предписване на лекарствени средства и консумативи - 38 случая
4. Изисква се допълнително заплащане от ЗЗОЛ за дейност, която се заплаща от НЗОК -10 случая



5. Не е обявен на достъпно място списък на освободените от потребителска такса лица - 11 случая
6. Не се предоставя в пълен обем договорената медицинска помощ на ЗЗОЛ -16 случая
7. Не се спазва предварително обявеният и съгласуван с РЗОК работен график или не е изложен на достъпно място -18 случая
8. Липсва пълно окомплектоване на спешен шкаф и спешна чанта с медикаменти и консумативи -13 случая
9. Не се водят регистри на пациенти, включени в общи и специализирани програми и на диспансеризирани - 23 случая
10. Не се изпълняват поетите задължения при работа по специализирани програми за управление на здравни приоритети - 10 случая

Д/ Първична извънболнична стоматологична помощ:

1. Непълно и неточно попълване на първичната отчетна документация - 149 случая
2. Непълно окомплектован спешен шкаф - 244 случая
3. Не е обявен на видно място списъкът на освободените от потребителска такса ЗЗОЛ - 97 случая
4. Работният график, съгласуван с РЗОК, не се спазва или е изложен на недостъпно място - 62 случая
5. Не се води книга със записани часове - 77 случая
6. Изисква се заплащане или доплащане за дейност, платена от НЗОК -21 случая
7. Не се предоставя договорираният вид и обем стоматологична помощ - 47 случая
8. Наличното оборудване не отговаря на декларираното при сключване на индивидуалния договор - 36 случая
9. Наличие на медикаменти с изтекъл срок на годност - 21 случая
10. Не се осигурява достъпна стоматологична помощ и не се спазват правилата за добра стоматологична практика - 21 случай
11. Не се съхраняват в амбулаторията първичните документи съгласно изискванията на НРД - 20 случая
12. Не са оформени медицински досиета /ЛАК/ на пациентите - 3 случая
13. Възпрепятстване на контролните органи за упражняване на правата им по ЗЗО и НРД - 4 случая
14. Липса на списъци за безплатни и частично платени лекарства по чл.55,ал.2,т.7 и чл.57 от ЗЗО- 31 случая

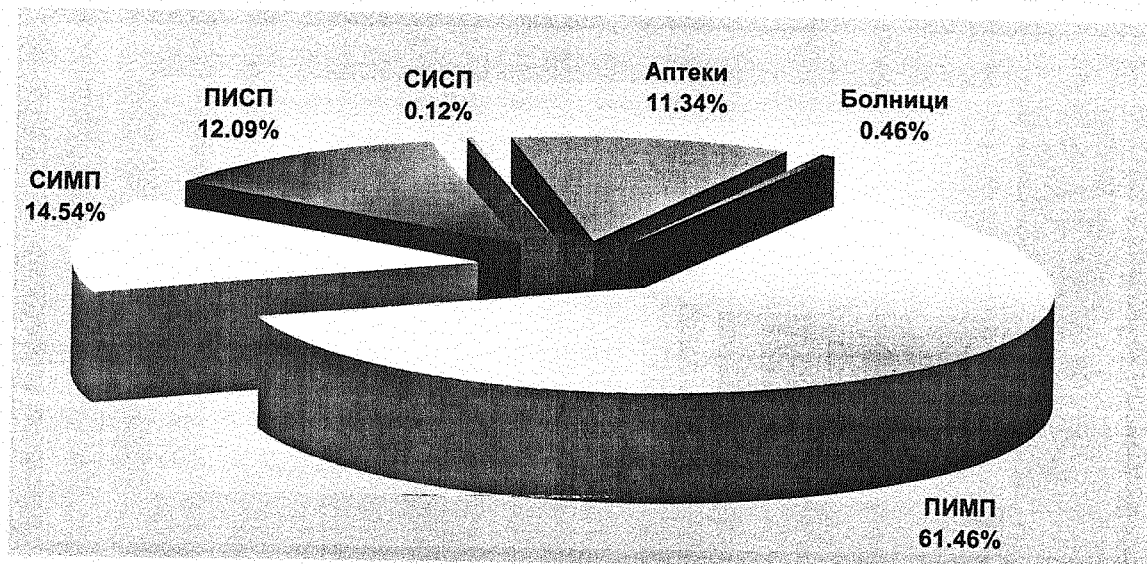
Е/ Аптеки

1. Не се спазват изискванията при изпълняване на рецепти, залегнали в чл. 18 на индивидуалния договор - 142 случая
2. Не се спазват указанията за работа с рецептурни бланки, залегнали в чл.17 на индивидуалния договор - 178 случая
3. Не се поддържа лекарствена номенклатура от "Позитивния лекарствен списък" - 128 случая
4. Не се изготвят писмени заявки за лекарствени продукти съгласно чл.10 и чл.11 от индивидуалния договор – 202 случая
5. Не се обявява и/ или не се спазва работният график -27 случая
6. Не се спазва договореният процент надценка при определяне на продажната цена - 55 случая
7. При отсъствие на фармацевта не се обявява най-близката заместваща аптека - 27 случая

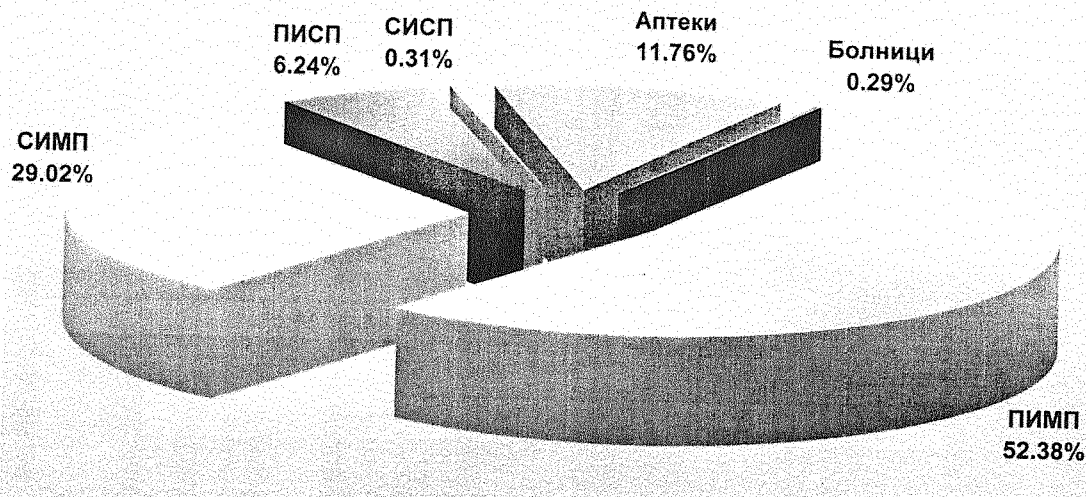
8. Закупуване на лекарства от "Позитивния списък" от дистрибутор, който няма сключен договор с НЗОК - 5 случая
  9. Не се спазва ценообразуването на лекарствени продукти, които НЗОК заплаща на производителя - 4 случая
  10. Не се спазва договореният процент надценка на лекарствени продукти, отпуснати с протоколи - 4 случая
  11. Не се съхраняват правилно лекарствените продукти - 15 случая
- Ж/ Лечебни заведения за болнична помощ
1. Наличното оборудване не отговаря на договореното при сключване на договора - 9 случая
  2. Не се спазват изискванията за водене на първични отчетни документи и документооборот - 9 случая
  3. Изискване за заплащане или доплащане от ЗЗОЛ на услуга, договорена в болничните пакети по нозология - 6 случая
  4. Не се предоставя болнична помощ по вид и обем, съответстващи на договорената - 4 случая
  5. Нарушаване на изискванията за качество на болничната помощ, съгласно болничните пакети по нозология - 3 случая
  6. Не се спазват правилата за добра медицинска практика съгласно условията на НРД - 3 случая
  7. Не се спазват условията и редът за оказване на болнична помощ - 3 случая
  8. Не се води журнал за планова хоспитализация, пациентите не се уведомяват за датата и часа на приема - 3 случая
  9. През 2001 г., въз основа на констатирани пропуски и нарушения при извършените проверки, директорите на РЗОК са наложили санкции (фиг. 30) в размер на обща стойност 959757.69 лева.

През 2001 г. въз основа на констатирани пропуски и нарушения при извършените проверки директорите на РЗОК са наложили санкции в размер на обща стойност 959757.69 лв.

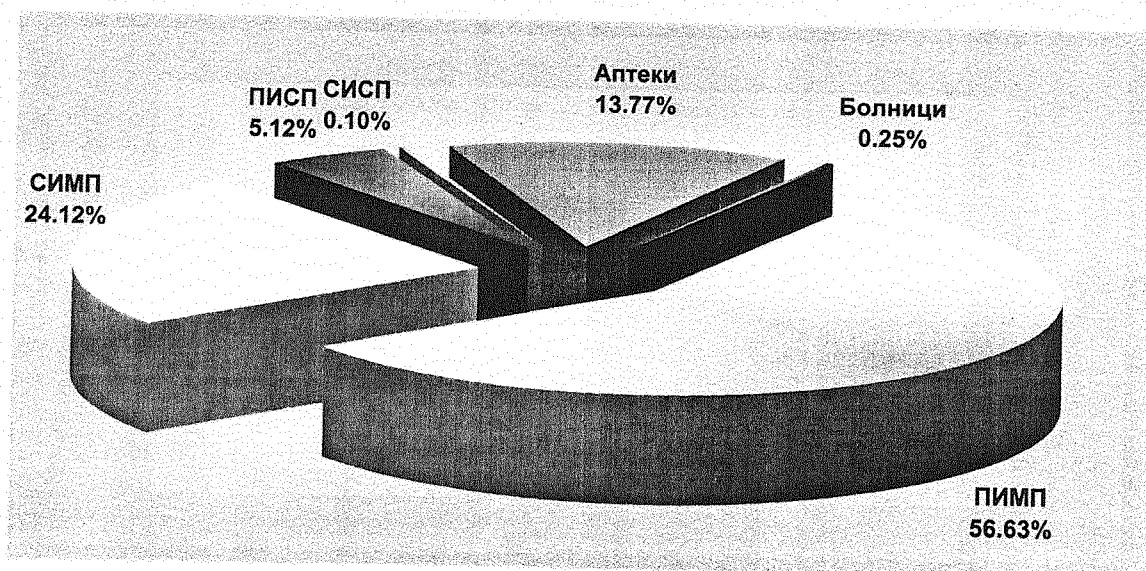
Фиг. 62 Констатирани нарушения при извършените проверки (в процентно съотношение)



Фиг. 63 Наложени санкции по видове изпълнители



Фиг. 64 Внесени суми по санкции в процентно съотношение за 2001 година по видове изпълнители.



При извършените проверки са наложени санкции в най-голям размер на лечебни заведения от ПИМП - 502 675.78лв., и ДКЦ - 122 096.96 лв. При аптеките наложените санкции са в размер на 112 894.18 лв. Най-малък е размерът на наложените санкции при болничните заведения - 2 748.83лв. и Медикостоматологичен център - 2 976.76лв.

От наложените санкции по констативни протоколи са внесени само 703 917.11 лева, разпределени както следва:

ξ ПИМП - внесени	398 630.02 лева;
ξ СИМП – внесени	33 570.19 лева;
ξ ДКЦ – внесени	64 626.18 лева;
ξ МЦ – внесени	57 303.77 лева;
ξ МДЛ – внесени	14 312.42 лева;
ξ ПИСП – внесени	34 885,20 лева;
ξ СЦ – внесени	1 162,29 лева;

- ξ МСЦ – внесени 695,00 лева;
- ξ Аптеки – внесени 96 951,20 лева;
- ξ ЛЗБП – внесени 1 780,84 лева.

Контролните органи в системата на НЗОК извършиха проверки на изпълнители на медицинска, стоматологична помощ и аптеки по 1 715 подадени жалби. Най-често срещаните нарушения при проверените жалби са следните:

- ξ неправомерно вземане на пари от ЗЗОЛ за издаване на медицински документи – 42 случая;
- ξ не се спазва обявеното работно време – 98 случая;
- ξ отказ за насочване на пациент към специалист – 54 случая;
- ξ неправомерно изписване на лекарствени продукти – 122 случая;
- ξ неправомерно вземане на парични средства при посещение в дома на ЗЗОЛ, вписани в регистъра на общопрактикуващия лекар – 9 случая;
- ξ неправомерно взети суми за извършени дейности, заплащани от НЗОК – 81 случая;
- ξ отказ за оказване на спешна медицинска помощ – 52 случая;
- ξ не се спазват правилата за добра медицинска практика – 36 случая;
- ξ нарушени са права на пациентите – 36 случая;
- ξ нарушения при избор на ОПЛ – 10 случая.

Отдел "Контрол" при РЗОК, съвместно с контролните органи от териториалните поделения на НОИ, въз основа на Споразумение от 15.06.2001г., извършиха 124 проверки по събираемостта на здравноосигурителни вноски. Съставените ревизионни актове са в общ размер на 900 128 лв., от които главница - 768 326 лв. и лихви - 131 804 лв.

Размерът на невнесени здравноосигурителни вноски е 113 488 лв., лихви върху тях – 15 460 лв., и лихви просрочие – 55 лв., или установеното задължение към Националната здравноосигурителна каса на проверените осигурители е 129 003 лв., които представляват 14 % от общия размер на невнесените осигурителни вноски, открити по време на съвместните проверки.

От дължимите здравноосигурителни вноски, лихви и лихви просрочие върху тях, в размер на 129 003 лв., към 17.09.2001г. са внесени в приход на НЗОК 14 657 лв. – едва 11%. Размерът на невнесените здравноосигурителни вноски е 114 345 лв., с която сума е ощетен бюджетът на Националната здравноосигурителна каса.

От старта на здравната реформа през втората половина на 2000 г. до настоящия момент са заведени 39 дела за оспорване на констативни протоколи, издадени от контролни органи. От общия брой дела 34 са заведени през 2001г. По 8 от тях съдът се е произнесъл в полза на НЗОК, останалите са все още в процедура. В 14 РЗОК през двете години няма заведени дела по издадени констативни протоколи.

От направения анализ на контролната дейност през периода 01.01 до 31.12 2001 г. могат да се направят следните

#### Изводи:

1. Достигнатият обхват на контролна дейност от договорните партньори е задоволителен. Повече от проверките са първични. Наложително е да се повиши процентът на реодит.
2. Дейността на отдел "Контрол" на РЗОК е планова и систематична. Провеждат се тематични и комплексни проверки. Делът на тематичните медицински проверки е незадоволителен. Осъществяват се и проверки на разменен принцип между две съседни РЗОК с оглед избягване на конфликтни ситуации и субективизъм.

3. Наложените за периода санкции не винаги са съобразявани с нанесените финансови щети или с риска за здравето на задължително здравноосигурените лица. Налице е субективно определяне на размера на санкцията, водещо до възражения от страна на проверените договорни партньори.
4. Забелязва се недостатъчно аргументиране от страна на експертите от отдел "Контрол" към РЗОК при изготвяне на констативните протоколи. Не винаги се прилагат таблици като доказателствен материал.
5. Налице е несъобразяване с утвърдените алгоритми за управление на програми за здравни приоритети: механизъм на насочване, оптимален брой изследвания и консултации, оформяне на досиета на пациентите. Съществуват различия при отчитане на дейността по здравни приоритети. Не се спазват изискванията за организационно – методична помощ от страна на лекарите специалисти за работа по здравни приоритети.
6. Недостатъчен и неефективен е контролът относно диспансерното наблюдение на болните. Тук са налице пропуски по отношение системност, видове изследвания, консултации със специалистите и др.
7. Констатирани са случаи на неоснователно насочване на пациенти за медико – диагностични изследвания.
8. Наблюдават се нарушения относно реда и начина на изписване на лекарствени продукти и консумативи, частично или напълно изплащани от НЗОК. В тази област не бива да се забравя и делът на субективния фактор и неформалните взаимоотношения, които възникват в хода на лечебния процес между лекар, пациент и аптекар.
9. Налице е и небрежно отношение при попълване на медицинската документация – първична и отчетна.
10. Неправомерно се вземат суми от пациентите за дейности, които се заплащат напълно от НЗОК.
11. Основният проблем по отношение на дейността на стоматолозите е, че не се предоставя договореният вид и обем стоматологична помощ.
12. В дейността на аптеките се наблюдават нарушения относно организацията на работа и предоставяне на пълните позиции от лекарствени продукти, договорирани от НЗОК.
13. В краткия период на работа на болничните лечебни заведения, също се наблюдават пропуски - главно, че не се работи по договорените клинични пътеки пълноценно.
14. Част от констатираните пропуски и нарушения в дейността на изпълнителите на медицинска помощ се дължат на недостатъчно познаване на законите и подзаконните нормативни актове и НРД. Извършените повторни проверки от контролните органи на РЗОК са констатирани, че изпълнителите на медицинска помощ са изпълнили дадените препоръки и са подобрили качеството на извършваната от тях дейност.

Въз основа на изложените изводи можем да направим следните препоръки за развитие на контролната дейност през следващата година:

1. Да се увеличи броят на тематичните проверки, особено по преразход на средства за лекарствени продукти. В тази насока трябва да се извършват целеви проверки по веригата лекар – пациент – аптека. Необходимо е да се засили и контролът по изписване на скъпоструващи лекарства.
2. Да се подобри контролната дейност по отношение на аргументацията на издаване на медицински направления за консултативни прегледи със специалисти. Да се реализира системен и целенасочен контрол относно вторичните прегледи, осъществявани при специалистите и лекарите от ДКЦ и

- МЦ. В тази насока трябва да се подобри съвместната работа между отделите "Договорни партньори" и "Контрол".
3. Да се извърши текущ контрол по изпълнение на общите и специализираните приоритетни програми.
  4. Необходимо е стриктно да се контролира профилактичната дейност и изпълнението на имунизационния календар. Да се подобри ефективността на диспансерното наблюдение относно обхват и качество на провежданите прегледи и изследвания.
  5. Да се повиши нивото на контрола по отношение утвърдените лимити на изпълнителите на извънболнична помощ, спрямо медико-диагностичната дейност.
  6. Експертите от отделите "Договорни партньори" и "Контрол" на РЗОК да провеждат системни срещи с договорните партньори, за да ги запознават с новите нормативни документи, инструкции и др.
  7. Наложително е да се подобри аргументацията при налагане санкции от експертите към РЗОК.
  8. По-рационално и ефективно използване на консултанти при реализиране на контрола. Това особено се отнася за стоматологичната и фармацевтичната дейност, както и при случаи с влошено здравословно състояние на пациенти.
  9. Контролиращите екипи да проявяват коректно и етично отношение по време на проверките към договорните партньори. С оглед съкращаване на времето за проверка е необходимо предварително да се разглежда наличната в РЗОК първична и отчетна документация от изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ.
  10. При прекратяване на договорите с изпълнителите на извънболнична медицинска и стоматологична помощ поради системни нарушения активно да се търси помощта на юристи.
  11. Необходимо е да се увеличи делът на проверките от РЗОК на разменен принцип.



## Х. Информационни системи и дейности

През 2001г. усилията и отговорностите на специалистите в дирекция "Информационни дейности" са насочени в две основни дейности:

- ξ Изграждане на приложния софтуер на информационната система на НЗОК.
- ξ Изграждане, поддръжка и развитие на системните програмно-технически средства /технологична инфраструктура/ на информационната система на НЗОК.

### 1. Изграждане на приложния софтуер на информационната система на НЗОК

През 2001г. продължи поетапното изграждане на информационната система на НЗОК, в съответствие с изискванията на чл. 63 от ЗЗО. Процесът на изграждането й бе съпроводен от множество проблеми. Обезпечаването с приложен софтуер на текущата работа на НЗОК осигури възможност за по-ефективно и качествено изпълнение на дейността й.

Във връзка с изграждането на програмното осигуряване на НЗОК продължи съвместната работа на специалисти от дирекцията с фирма "АермисСофт" (определената след конкурс фирма за проектиране, разработка, изграждане и внедряване на интегрирана информационна система на НЗОК фаза 1 и фаза 2) по следните направления:

#### 1.1 Регистри на национално ниво

На национално ниво се изграждат регистрите:

- ξ заболявания;
- ξ производители;
- ξ дистрибутори;
- ξ лекарствени средства;

През 2001 г. бяха доразвити основните информационни процеси, които се отнасят до лекарствените средства:

- ξ регистрация на лекарствените продукти и консумативи, напълно или частично заплащани от НЗОК;
- ξ регистрация на аптеките, договорни партньори на НЗОК;
- ξ обслужване на дейността на аптеките по отпускане на лекарствени средства и консумативи, които НЗОК напълно или частично заплаща (регистрация на договорите между аптеките и РЗОК, отчитане от аптеките пред РЗОК на отпуснатите лекарствени продукти и консумативи, финансов и медицински контрол );
- ξ регистрация на производителите на лекарствени продукти и консумативи, договорни партньори на НЗОК (договори между производители и НЗОК по повод на конкретни лекарствени продукти и техните финансови атрибути) ;
- ξ регистрация на дистрибуторите на лекарствени продукти и консумативи, договорни партньори на НЗОК (договори между дистрибутори и НЗОК);
- ξ Регистрите бяха частично изградени от фирмата АремисСофт. За да могат да бъдат осъществявани контрол и управление на данните и процесите, в съответните информационни отдели на РЗОК и отдел "Регистри и програмно осигуряване" на НЗОК бяха създадени помощни програмни модули.

Регистърът на задължително здравноосигурените лица представлява съвкупност от данни за:

- ξ внесени здравноосигурителни вноски в НОИ;
- ξ граждани на страната и чуждестранни граждани – информацията се получава от Главна дирекция ГРАО и полицията;



ξ регистрираните здравноосигурени лица при ОПЛ.

## 1.2 Регистри на регионално ниво.

На регионално ниво продължи работата по:

- ξ Регистър ЗЗОЛ – Поддържа за регистрираните ЗЗОЛ на територията на РЗОК следната информация – персонални и адресни данни, вид на избора; дата на избора, избран личен лекар/ стоматолог.;
- ξ Регистър лекарски практики и изпълнители на медицинска помощ - През 2001 г. продължи изграждането на Регистър на ИМП и ЗЗОЛ след прехвърляне на данните от 2000 г. чрез използване на разработения от "АремисСофт" временен модул за регистрация Reg\_2001. Въпреки някои проблеми свързани с внедряването на новия продукт, с него се обработиха данните от сключването на договори по НРД 2001 и беше извършена пререгистрацията на ЗЗОЛ в РЗОК за кампаниите декември 2000 г. и юни 2001 г.
- ξ Беше внедрен безплатният продукт ZOKS имащ ограничена функционалност, чрез който общопрактикуващите лекари и стоматолози да изграждат и поддържат пациентските си листи в някои РЗОК;
- ξ От септември започна тестването на прототипите на Регистри РЗОК и модулът за обработка на исквете от договорните партньори на РЗОК;
- ξ През декември 2001 г. се прехвърлиха данните от Reg\_2001 към прототипа на новите Регистри РЗОК, разработен от АремисСофт;
- ξ Регистър аптеки (съхранява информация за аптеките): юридическа, финансова, адресна, информация за управителя на аптеката и информация за лечебните средства с разрешителен режим, с които работи регистрираната единица.;
- ξ Усъвършенстване на модул Искове аптеки и ИМП: доразвиха се контролните функции на модула в частта му аптеки. Работи се в посока на разширяване функционалността му, обхващайки и дейността на договорните партньори на НЗОК в извънболничната помощ.
- ξ В сайта на НЗОК беше публикувано описанието на интерфейса към ИС на НЗОК което дава възможност на други фирми-разработчици на приложен софтуер за медицински и стоматологични практики както и такъв за аптеки да разработят изхода на техните програмни продукти съвместим с входа на ИС на НЗОК. Беше дадена възможност на всички подобни разработки да бъдат предоставени на желаещите да ги използват при условие, че софтуерът е безплатен.

## 1.3 Система за финансово управление.

Системата за финансово управление съдържа модули: счетоводство, кредитори, дебитори, бюджет, управление на фондове, доставки, управление на дълготрайните активи и система за финансов мениджмънт. Системата все още не е внедрена.

Специалисти на касата създадоха програми, обезпечавщи текущата работа на институцията:

- ξ програмно средство за проверка на протоколите за скъпоструващото лечение;
- ξ техническо обезпечаване на регистъра на рецептурните книжки;
- ξ анализ на постъпилите здравни вноски (на база информацията, подавана от НОИ);

ξ изготвяне на всички поискани от ръководството справки на база информацията от НОИ, ГРАО и събираните в РЗОК данни.

#### **Изводи:**

Въпреки срещнатите трудности както от обективен и субективен характер, така и в процеса на работа с фирмата - разработчик на приложния софтуер, изтеклата година премина сравнително гладко по отношение регистрация и пререгистрация на ЗЗОЛ.

## **2. Изграждане, поддръжка и развитие на системните програмно-технически средства /технологична инфраструктура/ на информационната система на НЗОК**

През 2001 г. освен регулярната поддръжка и системно администриране на инсталираните програмни и технически средства, продължи и развитието и оптимизирането на информационната инфраструктура на НЗОК. Бяха доставени 208 персонални компютри Gateway GP6, 200 бр. Acer Power SX и 174 бр. Compaq Deskpro, 70 преносими компютри Acer TravelMate и Gateway Solo, мрежови и персонални лазерни принтери Kyocera. С извършените инсталации с основни офис-приложни програмни продукти и с настройки за мрежова работа в максимална степен бяха задоволени нуждите на ЦУ на НЗОК и в известна степен на районните здравноосигурителни каси в страната от автоматизиране и създаване на нормална офис-работна среда на служителите в системата. Нуждите от допълнителни ресурси, особено за големите РЗОК, обаче останаха за разрешаване и за 2002 г. За нуждите на планираното изграждане на мултимедийния център на НЗОК с финансиране от Световна банка бяха получени компютърни конфигурации Fujitsu Siemens и Apple Macintosh, цветни и черно-бели лазерни принтери Xerox и Kyocera и скенери Canon.

На базата на извършения анализ от специалистите в дирекция "Информационни дейности" и на външни консултанти бе взето решение за разширение и оптимизиране на локалната мрежа в ЦУ на НЗОК. През втората половина на годината бе извършено структурно окабеляване с изграждането на опорни вертикални оптични магистралаи и започна инсталирането и тестването на нови опорни и етажни високоскоростни и с увеличени възможности комутатори от серията Cajun P5800 и P330 на производителя Avaya. Очакванията са с направените инвестиции да се осигури производителна, надеждна, гъвкава и защитена дълготрайна мрежова инфраструктура на Централно управление. Планирано беше да се доставят и бързи гигабитни мрежови контролери за основните сървъри, но доставката им бе отложена за следващата година. Отчетена бе и необходимостта от оптимизиране и разширение на локалните мрежи в големите РЗОК като за целта бе проведена тръжна процедура по линията на Световна банка, но до края на 2001 г. не се пристъпи към конкретна реализация.

Следвайки концепцията за поетапно изграждане и развитие на ИС на НЗОК, през 2001 г. системните администратори на НЗОК съвместно със специалистите от фирмата доставчик "Инсист Електроникс" реализираха модерно и гъвкаво решение за т.н. SAN (Storage Array Network) за предоставяне на гъвкава, споделена, надеждна и бърза среда за съхранение на данните. Бяха доставени, инсталирани, тествани и пуснати в експлоатация дисков масив Compaq ESA 12000, оптични едноканални контролери и осем-канален оптичен комутатор за връзка на основните сървъри с общ дисков масив.

За инженерна и тестова дейност, предвид и на планираните задачи в НЗОК, бяха инсталирани сървъри с операционна система Windows 2000 Advanced Server и с Linux ( и двата сървъра са от фирмата Compaq ). Беше доставен и Alpha

DS20E сървър с операционна система Tru64 Unix, върху който бе разположен и пуснат в интернет пространството и официалният сайт на НЗОК – [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg).

През отчетната година бе извършена немалка подготвителна работа с усилията на специалисти от НЗОК, РЗОК и външни консултанти по планиране за миграция към Windows 2000 за компютрите на потребителите и за файловете сървъри като единна операционна среда за НЗОК и РЗОК, подходяща при изграждането на общата корпоративна мрежа. За тази цел, както и за осигуряване на лицензионна чистота на използване на продуктите на Майкрософт, бяха закупени лицензи за Microsoft 2000 BackOffice, Advanced Server, Exchange Server Sql със съответните технически инсталационни носители. Конкретната реализация на миграцията се отложи и се планира да бъде извършена през първата половина на 2002 г.

Изграждането на добри, защитени и надеждни външни комуникации е изключително важен елемент от функционирането на цялостната ИС на НЗОК. Независимо от някои технически трудности и финансови ограничения в края на 2001 г. бе пусната частната виртуална мрежа (VPN) на касата, свързваща локалните мрежи на НЗОК и 28-те РЗОК в страната, която се използва както за достъп до Интернет мрежата и свързаните с нея услуги, така и за електронен обмен на информация между ЦУ и РЗОК. През следващата година предстои още много работа по оптимизиране и осигуряване на ефективната преносна среда за ведомствената частна мрежа и връзките с различните субекти и обекти на здравноосигурителната система в Република България.

Отчитайки важността на подготовката на специалистите в областта на информационните технологии и конкретните високи изисквания и отговорности пред ИТ, специалистите от дирекция "Информационни дейности" на НЗОК и от информационните звена в РЗОК, през 2001 г. бе проведена тръжна процедура чрез Световна банка. В резултат стартираха специализирани курсове за посочените по-горе специалисти, които ще продължават и през следващите две години.

През 2001 г. бе извършена подготвителна работа и бяха обявени и проведени чрез Световна банка като източник на финансиране няколко търга, свързани с изграждането на информационната система на НЗОК и някои нейни информационни връзки – за изграждането на резервен център при бедствия и аварии във Велико Търново, за компютърно и комуникационно оборудване за РЗОК и за 3500 броя компютърни конфигурации за ОПЛ. Поради настъпилите персонални промени в управлението на НЗОК към 31.12.2001 г. тези търгове не бяха финализирани. Още някои проекти с участието на СБ бяха и са във фаза на подготовка, планиране и съгласуване.

## XI. Връзки с обществеността

Информационната и медийната политика и стратегия на НЗОК се стреми към утвърждаване на позитивен образ на институцията и осигуряване на широка обществена подкрепа на задължителното здравно осигуряване.

Включването на болничната помощ в здравноосигурителната система на 1 юли 2001 г. представлява генерална промяна в модела на финансирането на болничната помощ. Добрата работа на екипа на пресцентъра и правилно избраната информационна стратегия осигури относителен медийен комфорт за НЗОК през първите месеци от реформата в болничната помощ.

Националната здравноосигурителна каса проведе редица пресконференции и брифинги, които следваха информационните акценти на дейността на институцията и очакванията на публиката. Обявен бе конкурс за журналисти от печатните и електронните национални и регионални медии на тема "Първата година на реформата в българското здравеопазване". Голямата награда спечели Анелия Скримова – Нова телевизия.

Проведени бяха семинари за пресаташетата на РЗОК и за журналистите, отразяващи проблемите на здравеопазването, за изясняване на основните механизми на дофинансиране на болничната помощ от НЗОК. Информационните предавания с участия на експерти от различни направления в здравната каса предимно в електронни медии с най-висок рейтинг и най-голяма аудитория - рубриката "Договор за здраве" по БНТ, дискуссионните рубрики на БНР, "Дарик" радио и радио "Експрес", като част от медийната кампания на НЗОК допринесоха за изясняване на проблеми както в извънболничната, така и в болничната помощ, лекарствената политика и др.

Произведени бяха и се излъчиха 10 телевизионни документални филми по различни аспекти от дейността на НЗОК.

Информационните акценти на НЗОК през 2001 г. бяха:

- ξ клинични пътеки, по които задължително здравноосигурените граждани се лекуват в лечебни заведения за болнична помощ;
- ξ правата и информираното съгласие на пациентите при реформата в болничната помощ;
- ξ програми по национални здравни приоритети и работата на НЗОК по тяхното изпълнение;
- ξ подготовката за сключването на Националния рамков договор – 2002;
- ξ подготовка и сключване на договори с лечебни заведения за болнична помощ;
- ξ лекарствената политика на НЗОК;
- ξ дейностите на медицинския и финансов контрол на НЗОК.

НЗОК провеждаше активната си политика по връзки с обществеността и работа с медии и чрез сродните звена в районните здравноосигурителни каси. Институцията правеше редовен анализ какъв е образът ѝ в публичното пространство и нейното медийно присъствие. Поддържаха се непрекъснати професионални контакти с всички медии и информационни агенции, както и с всички институции, ангажирани в процеса на реформата на здравеопазването.

### 1.1 Информационна кампания

Информационната кампания на НЗОК за включване на болничната помощ в здравноосигурителната система започна от април и продължи до декември 2001 г. В кампанията бяха включени всички медии - централната преса и регионалните издания, централните електронни медии - Българската национална телевизия,

програма "Хоризонт" на Българското национално радио, "Дарик" радио, радио "Експрес", както и регионалните електронни медии.

Основните послания и тематичните акценти бяха:

- § дофинансиране на болничната помощ от НЗОК;
- § правата на пациентите;
- § информирано съгласие на пациентите;
- § клинични пътеки;
- § проблемите, възникващи в отношенията пациент – общопрактикуващ лекар – специалист – болнично заведение.

В края на 2001 г. започна работа по проект на Световна банка за съставяне, развитие и изпълнение на програми за медийно обезпечаване на реформата в първичната медицинска помощ.

Официалният информационен бюлетин на НЗОК и специализираното списание на касата "Медицинска практика" са част от дейността по осъществяване на цялостната медийна политика на НЗОК.

**Информационният бюлетин на НЗОК** е официално ведомствено издание. Неговата цел е да информира обществото за дейността си в осъществяване на здравната реформа у нас. Той излиза един път месечно и се разпространява до широка аудитория - РЗОК, правителствени и неправителствени институции, медии и др. В него се популяризира политиката на НЗОК в провеждането на здравната реформа чрез ясни и позитивни послания: приоритет на добрата новина; споделяне на положителен опит в работата; провокиране на обратна връзка с аудиторията на база на положителна нагласа и позитивно мислене във връзка със здравната реформа; навременно поднасяне на най-актуална информация; открити дискусии върху нерешени проблеми с възможност най-широк кръг граждани и експерти да споделят вижданията си.

**Специализираното списание на НЗОК "Медицинска практика"** излиза един път месечно, в обем 44 печатни страници, пълна цветност, тираж 10 000. Списанието е безплатно за всеки общопрактикуващ лекар и специалист от извънболничната медицинска помощ в цялата страна, сключил договор със здравната каса, и се разпространява чрез "Български пощи".

Изданието се списва с компетентната помощ на редакционна колегия от водещи специалисти и републикански консултанти в различни области на медицинската наука и практика. Списание "Медицинска практика" предоставя на читателите си информация за дейността на НЗОК, нормативни документи, промени в реда на работата с договорните партньори – медиците, статии по проблеми на организацията, финансирането и ръководенето на лекарската практика, стандартите на здравната каса за лечение на социалнозначимите заболявания, програмите за работа по националните здравни приоритети, изискванията на НЗОК за спазване на правилата за добра медицинска практика, новости в областта на медицинската наука, фармакология и фармакотерапия, текстове, третиращи деонтологични проблеми. Експерти от НЗОК отговарят на въпроси на медици по различни аспекти на здравната реформа.

"Медицинска практика" е първото специализирано издание, което компетентно се стреми да стане помощник на лекарите в новите условия, при които те работят - здравноосигурителната система. Маркетингово проучване, проведено от Издателска къща "UNIVERSIMED"- International Publications GmbH – Виена, сочи, че сп. "Медицинска практика" е най-доброто специализирано издание от този тип в страните от Източна Европа. По теми от списанието се подготвя и рубриката "За вашата медицинска практика", излъчвана по БНТ – предаване "Здраве".

Сайтът на НЗОК в Интернет стартира официално на 20.04.2001 г. и се намира на адрес [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg).

До края на 2001 г., за осем месеца съществуване, страницата на НЗОК е посетена от 27 704 души, или средно по 3463 души месечно.

След официалния старт на сайта на НЗОК информацията в него подлежи на редовна актуализация тогава, когато е необходимо, като това става не по-малко от 3 пъти месечно. Подновяват се и се добавят информационни текстове предимно към рубриките "Актуално", "За пациента", "Договорни партньори" и "Публикации на НЗОК".

В рубриката "On-line консултация" всеки ден се дават отговори на постъпили от граждани, лекари, стоматолози и фармацевти въпроси. Група от експерти от всички дирекции в НЗОК отговарят на въпроси от своята компетентност. Отговорите се дават в срок до 3 работни дни от постъпването на съответния въпрос. До 31.12.2001 г. в страницата са постъпили над 650 въпроса.

## 1.2 Работа с клиенти

В изпълнение на професионалните си задължения експертите от отдел "Работа с клиенти" информираха здравноосигурените лица за правата и задълженията им посредством четири отворени телефонни линии и целодневна приемна, функционираща в сградата на ЦУ на НЗОК.

Основните въпроси, поставяни от здравноосигурените лица, се отнасят до:

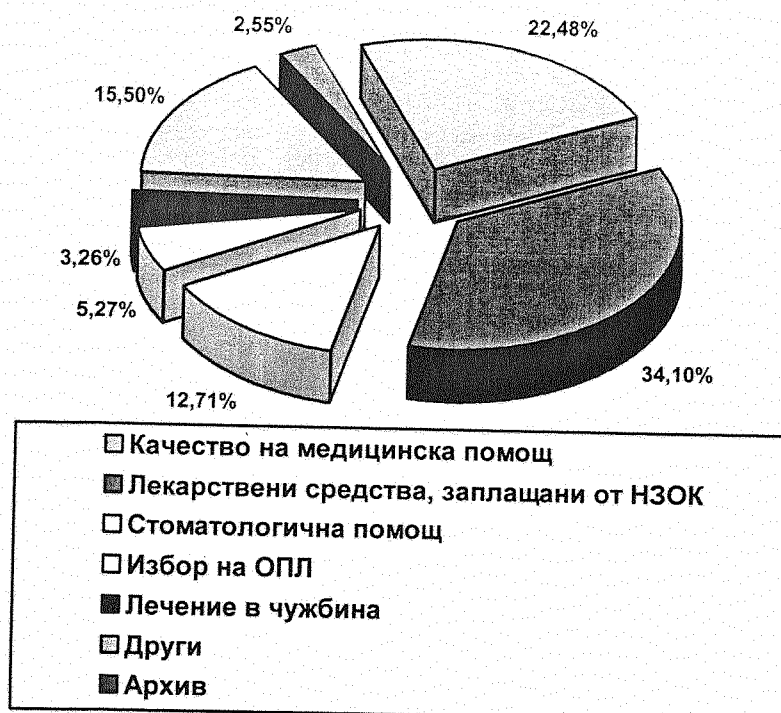
- ξ Търсене на първоначални форми за избор на личен лекар и стоматолог;
- ξ Смяна на семеен лекар/стоматолог и нарушаване на правото на свободен избор;
- ξ Нарушени права на пациентите при получаване на лекарска и стоматологична помощ;
- ξ Болнично лечение;
- ξ Отказ от донорство, регистрирано в здравните книжки, и подпечатването им;
- ξ Невъзможност на пациента да открие личния си лекар при нужда и неотзоваване на повиквания за домашни посещения;
- ξ Внасяне на дължими здравноосигурителни вноски;
- ξ Неправомерно вземане на потребителска такса и заплащане на дейности, които влизат в пакета на личния лекар/стоматолог;
- ξ Забавяне на протоколи за скъпоструващо лечение;
- ξ Информация за заболяванията, за които се издава рецептурна книжка на хронично болния;
- ξ Информация за заболяванията, за които НЗОК заплаща частично или изцяло лекарствени средства за домашно лечение;
- ξ Информация за незаети медицински практики;
- ξ Въпроси, свързани с правата на здравноосигурените граждани при пътувания зад граница.

Експертите обработваха и подготвяха отговори на постъпили писмени жалби в отдела. В голямата си част това са въпроси, поставяни в приемната и по телефона. Според начина на постъпване жалбите и оплакванията на гражданите през 2001 г. се разпределят както следва:

- ξ Телефонни обаждания - 30 000
- ξ Прием на граждани - 5 000
- ξ Писмени жалби - 645



Фиг. 65 Разпределение по видове жалби



Успоредно с тази дейност, експертите от отдела участваха активно в изготвяне на отговори на въпроси, постъпили в Интернет страницата на НЗОК и по електронната поща. Средно на месец са обработвани по 61 въпроса, зададени по електронната поща, или около 720 за годината.

### 1.3 Международно сътрудничество

При осъществяване на международните контакти и сътрудничество на двустранна и многостранна основа НЗОК се ръководи от принципите на взаимно зачитане и коректно взаимодействие между партньорите, в рамките на налагащите се в европейски и световен мащаб процеси на хармонизация, интеграция и коопериране между страните.

През 2001 г. дейността по международно сътрудничество на НЗОК се разви в следните приоритетни насоки:

- ξ хармонизиране на националната здравноосигурителна схема до здравноосигурителните схеми в страните - членки на Европейския съюз;
- ξ обмен на информация и опит на двустранна и многостранна основа с цел разширяване на обхвата и подобряване ефективността и качеството на здравноосигурителната система;
- ξ осъществяване на проекти от взаимен интерес с международно финансиране и с участието на външни консултанти;
- ξ участие в преговори за подписване на междуправителствени и други споразумения в социалната сфера на двустранна и многостранна основа.

Въпрос от първостепенно значение при бъдещата интеграция на България в Европейския съюз е регламентирането на проблематиката, свързана с гарантирането на достъп до медицинска помощ на осигурените граждани на взаимно приемлива основа. В тази връзка продължи участието на експертно ниво в дейността на Работна група 2 - "Свободно движение на хора" и Работна група 13 - "Социална политика", ръководени от Министерството на труда и социалната политика. Актуализирано бе становището на НЗОК по експорта на обезщетения и натрупването



на осигурителни периоди в частта за задължителното здравно осигуряване. Представители на НЗОК взеха участие в състоялата се Сесия на Подкомитет 7 - "България-ЕС", където бе изказано становището на институцията по бъдещото прилагане на изискванията на Европейския съюз. Изработената обща позиция за преговори по проблемите на свободното движение на хора отразява и позицията на НЗОК.

НЗОК взе активно участие в работата на Комитета по насърчаване на ратификацията на Европейската социална харта. Във връзка с предложението и мотивите за ратифициране на Хартата от Народното събрание бе подготвено становище на НЗОК по ратификационния документ. Представители на касата взеха участие в заседанията по изработване на позиция на Комитета по жалбата на гръцка неправителствена организация до Съвета на Европа, свързана с алтернативната военна служба в Гърция. НЗОК бе представена на Международната конференция по насърчаване на ратификацията на Европейския социален кодекс, организирана от Съвета на Европа и МТСП.

Представители на НЗОК участваха в работата на Централното координационно звено по разпределението на предприсъединителните фондове на Европейския съюз. Въпреки че на този етап проблематиката на НЗОК е по-слабо засегната в дейността на звеното, съществуват всички условия в бъдеще да се включат компоненти, които са от интерес за институцията.

Служители на НЗОК бяха включени в делегациите по подготовка и съгласуване на двустранни спогодби в областта на социалното осигуряване с Македония, Унгария, Чехия, Хърватска и Югославия. Бе разработено становище относно необходимостта от осъвременяването на нормативната база в социалната област и в частност по отношение на здравното осигуряване и здравноосигурителните плащания.

Със здравноосигурителната институция на Република Македония бяха проведени срещи и разговори за обмен на опит и информация в областта на здравното осигуряване, информационната система и финансовия мениджмънт на НЗОК.

НЗОК проведе редица срещи с местния координатор на международната програма "Лекари без граници". Целта на разговорите бе да се изяснят възможностите и интереса към провеждането на семинар - обучение на общопрактикуващи лекари по диагностика и лечение на заболявания, предавани по полов път, както и отпечатване на информационни и учебни материали със същата насоченост.

#### **1.4 Проекти на НЗОК с международно финансиране**

През 2001 г. НЗОК бе страна и координираше изпълнението на следните проекти с международно финансиране и участие:

- ξ Проект за Техническа помощ, финансиран от правителството на Швейцария, за подготовка за усвояването на заем от Световната банка за подпомагане реформата в българското здравеопазване. Разработени бяха процедурите за провеждане на търгове за доставка на информационна техника и оборудване и на консултантски услуги по линия на заема от Световната банка. Изпълнението на проекта приключи през януари 2001 г.
- ξ Проект BUL 4565 "Реформа в здравния сектор", финансиран по заемно Споразумение със Световна банка, е насочен МЗ и НЗОК. Проектът стартира през октомври 2000 г. и включва четири основни компонента: реформа в първичната извънболнична медицинска помощ, реформа в болничната медицинска помощ, изграждане на информационната и комуникационната система на НЗОК и институционално изграждане на сектор "Здравеопазва-

не". Предвиденият за НЗОК бюджет е разпределен основно за доставка на стоки, консултантски услуги, обучение и технически услуги. В рамките на 2001 г. стартира работата по всички договори за консултантски услуги, осъществени са първите заседания на комисиите по тръжните процедури за доставка на компютърно оборудване.

- ξ Проект "Подпомагане на реформата в системата на здравеопазване в България" е финансиран от Американската агенция за международно развитие (USAID). Водещ консултант по проекта е американската компания Barents Group/KPMG Consulting. В рамките на проекта се разработва следната проблематика: проучване на възможностите за прилагане на "кейс-микс" подхода, основаващ се на диагностично-свързаните групи (ДСГ) при финансирането на болничната медицинска помощ; финансово управление; бюджетно осигуряване и средносрочни финансови планове и прогнози; оценка на документооборота и информационния поток в НЗОК; проучване на потребностите на обществото от информация за здравната реформа; възможности за изграждане на Национална къща за информация във връзка със здравното осигуряване и др..
- ξ Проект за развитие на човешките ресурси и информационния капацитет на НЗОК, TWINNING Project, финансиран от Европейската Комисия по линия на програма ФАР Консенсус III. Проектът стартира през април 2001 г. Партньори на НЗОК от страна на Европейския съюз са френската консултантска асоциация ADECRI, упълномощена от Министерството на труда и солидарността на Франция, и Министерството на здравеопазването на Кастиля Ла Манча, Испания. Проектът се състои от четири компонента и е насочен към подпомагане на институционалното изграждане на НЗОК в условията на реформи в България, с оглед на бъдещото присъединяване на страната към Европейския съюз. През годината са реализирани 14 работни мисии на чуждестранни експерти и са представени първите два тримесечни отчета по проекта.

## **1.5 Развитие на човешките ресурси**

### **1.5.1 Основни задачи**

Сред основните приоритети на Националната здравноосигурителна каса и през 2001 г. бе работата по обучението и развитието на човешките ресурси, което е предпоставка за подобряване дейността на институцията.

Предстоящото въвеждане на здравното осигуряване в болничната помощ и нарастването на персонала наложиха редица промени, в това число и промяна в структурата на организацията.

В отговор на това от 11 май 2001 г. към главна дирекция "Развитие на човешките ресурси", преименувана в "Управление и развитие на човешките ресурси", се създадоха две дирекции - "Обучение на човешките ресурси" и "Управление на човешките ресурси".

Така обособените дирекции дефинираха основните си функции и задачи съобразно приоритетите и целите на НЗОК.

### **1.5.2 Обучение на човешките ресурси**

Правилното прилагане в практиката на Закона за здравното осигуряване, Закона за лечебните заведения и Националния рамков договор - 2001 в Районните здравноосигурителни каси бе един от основните приоритети в работата на Централното управление на НЗОК. Във връзка с това бяха проведени поредица от практически семинари в различните области на приложение на нормативните до-

кументи, чиято цел бе повишаването на компетентността и уменията на служителите от системата на НЗОК:

- ξ Семинари с лектори от ЦУ на НЗОК за разясняване на НРД - 2001 в районните здравноосигурителни каси – януари - февруари;
- ξ Национална конференция “Болнична помощ в условията на здравното осигуряване” – 2-3 февруари;
- ξ Семинар “Връзки с обществеността и медийна политика на НЗОК при въвеждането на здравното осигуряване в болничната помощ” – 16-17 март;
- ξ Семинар по лекарствена политика – 12 април;
- ξ Семинар на счетоводителите – 19 април;
- ξ Семинар на медицински и финансови контрольори – 26-27 април;
- ξ Работни срещи с координаторите по обучение от РЗОК с цел създаване на принципи за работа и методически указания за изграждане на цялостна система за обучение на кадрите – 2 и 4 май;
- ξ Семинар “Подходи при договаряне и извършване на финансово-икономически анализи и прогнози и бюджетиране на здравноосигурителната дейност” – 17-18 май;
- ξ Семинар “Обсъждане на инструкция за извършване на съвместни проверки от контролните органи на НЗОК и НОИ” – 17-18 май;
- ξ Семинар за обсъждане приложимостта на “Практически указания по системата за оценка изпълнението на работата на служителите” – 29-30 май;
- ξ Семинари “Въвеждане на клиничните пътеки в системата на болничната помощ” – 28 май - 1 юни; 4-8 юни; 11-15 юни;
- ξ Семинар на счетоводителите за разяснения при въвеждането на новия сметкоплан – 11-12 юни;
- ξ Национална конференция “Антибиотична терапия” – 22-23 юни;
- ξ Семинар по безопасни и здравословни условия на труд за отговорниците по условията на труд от РЗОК и ЦУ на НЗОК - юни;
- ξ Семинари “Бизнес-план и капиталово бюджетиране” – две сесии - септември и октомври;
- ξ Семинар на юристите по НРД – 25-26 октомври;
- ξ Работна среща “Годишен отчет по статистика, съгласно НРД – 2001” – 15 ноември;
- ξ Курс по задължително първоначално обучение на комитетите и групите по условията на труд в системата на НЗОК – 17-21 декември.
- ξ С оглед повишаване квалификацията на специалистите по програмиране и управление на информационни технологии, което от своя страна трябва да допринесе за доизграждането и функционирането на модерна национална информационна система в областта на здравното осигуряване, през периода януари - декември 2001 г. бе осигурено участие на специалисти от областта на приложното програмиране, електронната обработка на данни и системното администриране в курсове за повишаване на квалификацията по:
  - ξ операционна система HP-UNIX (6 групи – общо 64 специалисти от ЦУ на НЗОК и РЗОК);
  - ξ Microsoft (4 групи – общо 64 специалисти от ЦУ на НЗОК и РЗОК);
  - ξ SAS (5 специалисти от отдели ФТ, ПП, САПП на ЦУ на НЗОК);
  - ξ TRU 64 (8 специалисти от ЦУ на НЗОК);
  - ξ Oracle (2 групи – общо 32 специалисти от ЦУ на НЗОК и РЗОК);
  - ξ Windows NT (8 групи – общо 64 специалисти от ЦУ на НЗОК и РЗОК)

Обучението се осъществи от сертифицирани фирми за обучение – “Технологика” и “Бора Системс”.

По проект, финансиран от Световната банка, за управление на човешките ресурси и обучение, бе разработена тригодишна стратегия за развитие на човешките ресурси и план за обучение в НЗОК. Тази дейност се осъществи съвместно с консултанти от Bridge Consort Ltd. (Великобритания). В рамките на програмата по дисциплината “Основи на мениджмънта” са обучени 7 обучители от състава на главна дирекция “Управление на Човешките ресурси”. От януари до декември, по предварително съставен и утвърден график, беше проведено обучение по “Общ мениджмънт” на служителите от ЦУ на НЗОК. В края на годината бяха раздадени 484 сертификата на служители от ЦУ на НЗОК, посетили всички модули от курса по “Общ мениджмънт”.

По проект “Туининг” беше организирана конференция за изграждане на стратегия за взаимодействие между НЗОК, Столична здравноосигурителна каса, психосоциални центрове, общински служби за социално подпомагане и академични институции.

Проведено бе обучение по проект на Световна банка “Анализ на нуждите от обучение” – май-юни, както и вътрешно фирмено обучение за служителите от ЦУ на НЗОК.

Разработени бяха тезиси за стратегия за развитието на учебните дейности в системата на НЗОК.

Създадена беше разширена концепция за провеждане на встъпително обучение за новопостъпилите в ЦУ на НЗОК.

Изграден бе модел за отчитане и анализ на обратните от проведени обучения.

През отчетния период библиотеката продължи своята работа с читателите – предоставяне на литература, изготвяне на справки, извършване на абонаменти, попълване и поддържане на библиотечния фонд. Бяха подготвени и предоставени на РЗОК комплекти от медицинската литература, дарение от фондация “Сейбър” и Центъра за изследване на демокрацията. Беше извършена пълна инвентаризация и остойностяване на книгите, дарение от фондация “Сейбър”.

### 1.5.3 Управление на човешките ресурси

През 2001 г. дейността на дирекция “Управление на човешките ресурси” бе насочена към подбора и селекцията на кандидати за работа, развитие на персонала и промени в организационната структура на НЗОК.

ξ Продължи прилагането на практика утвърдените методически указания за подбор и оценка на кандидатите за работа в ЦУ на НЗОК. Сътрудниците от отдела ежесечно актуализираха базата данни с кандидати за работа в НЗОК, поддържана от софтуерния продукт HeRMeS. Извършваха предварителен подбор и изготвяха списъци от кандидати за участие в планираните интервюта и обявените конкурси.

ξ През май окончателно бе завършена и одобрена системата за оценяване на персонала и подготвена за експериментално внедряване в:

ξ Главна Дирекция “Управление и развитие на човешките ресурси” в ЦУ на НЗОК;

ξ Дирекция “Информационни дейности” в ЦУ на НЗОК;

ξ РЗОК : гр. Бургас, гр. В. Търново и гр. Смолян.

Системата за оценка на персонала бе представена на участниците в експеримента на обучителен семинар през май 2001 г. Експериментът завърши през декември и мненията и предложенията на участващите бяха обобщени в отчет и

Системата за оценка на изпълнението на работата бе предложена на ръководството за внедряване в цялата система на НЗОК.

Системата за оценка на изпълнението е проектирана така, че изцяло да бъде обвързана с обучението и развитието на служителите от НЗОК, тяхното професионално израстване, както и усъвършенстване на управленческите умения на ръководния персонал в системата на НЗОК.

С включването на болничната помощ в здравната реформа се наложи да бъдат направени промени в организационната структура на касата. Разработена бе документацията по изменение и допълнение на Правилника за устройство и дейността на НЗОК и РЗОК, както и функционални и длъжностни характеристики на новосъздадените структурни единици и звена в ЦУ на НЗОК. Изработена бе и функционална характеристика на общинските поделения на РЗОК.

## ХІІ. Изводи

Стартът на здравното осигуряване в болничната помощ от 01.07.2001г. показва следното:

- ξ Изборът на КП като подход за договаряне измести фокуса на финансирането от "входа" към "изхода" на системата, т.е. планирането и разпределението на разходите се обвързва с болничния продукт. По този начин се създадоха стимули за по-ефективно разпределение на средствата и подобряване качеството на предоставените болнични услуги.
- ξ КП дадоха възможност за създаване на:
  - прозрачна методология за болнично договаряне;
  - добра основа за определяне размера на дофинансиране на болничния продукт;
  - двустранно приемлив както от осигурители, така и от изпълнители инструмент на болничен медицински одит.
- ξ Създадоха конкурентни отношения между лечебни заведения за болнична помощ, нови форми на обслужване, промяна в поведението на медицинския персонал и интензификация на лечебния процес;
- ξ Реформата се възприе положително от изпълнителите на болнична помощ, което се потвърждава от броя на сключените договори с НЗОК.
- ξ След прилагане на клиничните пътеки в болничната помощ, според социологическо проучване на "Здравни консултанти ЕПОС" – Германия и "Джи – Ви – Джи" – Германия, отношението на пациентите, лекувани в лечебно заведение за болнична помощ към реформата е по-положително, отколкото на останалите пациенти.

През изтеклата 2001 година контролните органи на НЗОК са извършили проверка на повече от половината изпълнители на медицинска и стоматологична помощ сключили договор по НРД 2001. Значително се е подобрил текущият контрол по приемане на отчетните документи. Последващият контрол на изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ и аптеките все повече се задълбочава с включване и обхващане при проверките на по-голям брой показатели, характеризиращи вида и обема на договорените дейности. Тежестта на контрола се задълбочава и се насочва от контрол на структурните елементи към контрол на качеството на договорените дейности - съобразяване с утвърдените алгоритми за управление на здравни приоритети, правилата за добра медицинска практика, препоръчителните алгоритми при заболявания, приети с консенсус, удовлетвореността на пациентите от предоставената им медицинска помощ.

С цел подобряване на ефективността и ефикасността на финансовия и медицинския контрол на предоставената на ЗЗОЛ договорена медицинска помощ е необходимо да се усъвършенства нормативната уредба, да се разширят правомощията на контролните органи и да се разработи цялостна система за финансов и медицински контрол по отношение на медицинските параметри и качеството на медицинската помощ за всички структури на здравеопазването, включени в задължителното здравно осигуряване.

Необходимостта от по-ефективен и качествен контрол върху дейността на изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ налага изграждането на ИС на НЗОК да продължи с бързи темпове. Основните насоки, които трябва да се следват, са базирането и на световните стандарти за предаване на медицинска информация и използването на новостите в информационните технологии.