

### Основни параметри на бюджет 2008 година

- Запазване на здравноосигурителната вноска на 6 на сто;
- **Нулев бюджетен дефицит**; Балансирано бюджетно салдо;
- Субсидия за сметка на Републиканския бюджет в размер на 206,4 млн. лева;
- Спазване на поетите от Република България ангажменти, от компетентността на НЗОК, във връзка с **плащания за лечение на чужди граждани в България и български граждани - в чужбина**, съгласно договора за присъединяване към ЕС. Издаване на ЕЗОК.

### Приходи на НЗОК през 2008 година

- **Общо приходи на НЗОК - 1 474 млн. лева** (от тях 97,6 на сто здравноосигурителни приходи, в т.ч.: 967,6 млн. лева от здравноосигурителни вноски и 471 млн. лева трансфери за здравно осигуряване);
- **Нарастване на приходите със 291,7 млн. лева** спрямо 2007 година;
- Обхванати 7,5 млн. здравноосигурени лица;
- Отразяването на приходите и трансферите кореспондира със съответните промени в проекта на Закона за държавния бюджет на Р България за 2008 година.

### Здравноосигурителни разходи

- В сравнение **Общ размер - 1 486,3 млн. лева (172,7 млн. лева в повече** със ЗБНЗОК за 2007 година, или нарастване с 13,2 на сто); За здравноосигурителни плащания ще се разпределят и средствата от **резерва – 143,9 млн. лв. (29 млн. лева повече** спрямо 2007 година) преимуществено за болнична медицинска помощ, а при необходимост - и в други направления на здравноосигурителните плащания.

### Принципи при финансиране на медицински дейности от НЗОК

- **Осигуряване на основния пакет медицинска помощ**, в съответствие с параметрите на бюджета на НЗОК за 2008 година, както и на **равен и гарантиран достъп на всички здравноосигурени лица до здравноосигурителната система**.
- **Увеличение на достъпа за дейности, при които се наблюдава недостиг през 2007 година**.
- **Увеличаване равнището на доходи на лекарите**, в рамките на увеличението на бюджета за съответното направление на здравноосигурителните плащания, **чрез увеличение на обема извършена дейност**;
- **Справедливо усвояване и разпределение на публичните средства** за здравеопазване, при ясни правила и механизми; Ежемесечно отчитане на резултатите;
- **Разработване на критерии за оценка на равнището на предоставената медицинска помощ, обвързани със заплащането на дейностите** (например в посока на отчетени и осъществени дейности по профилактика и диспансерно наблюдение и паралелно оказано болнично лечение на същите пациенти; повторно хоспитализирани пациенти по повод на едно и също заболяване, работа на лекари на

повече от две места по договор с НЗОК/РЗОК, без да има доказателство за реално оказване на медицинската помощ; средно равнище на натовареност на лекарите по договор с НЗОК и среден брой прегледи; брой хоспитализации и рехоспитализации по повод на едно и също заболяване; проследяване пътя на пациента след хоспитализацията и т.н.).

- **Заплащане на медицинска помощ в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност.** Изпълнение на ангажиментите по европейските регламенти за лечение на български граждани в чужбина и на чужденци в България, както и въвеждане на документацията по администриране на този процес.

#### **Общи условия и ред**

- **При сключване на договор с НЗОК договорните партньори да декларират единствено промени в обстоятелствата** и да представят нови документи, само при изтичане на давността на предишните.  
**Лечебните заведения за болнична помощ ще работят на пълен работен ден с лекарите за дейностите по клинични пътеки.** Мярката ще спомогне за по-добър достъп на ЗЗОЛ, като очакването е движението на специалистите между различни лечебни заведения да бъде преустановено, като на пациентите се гарантира присъствие на лекар специалист и качествено наблюдение през целия период на оказване на помощта в същото лечебно заведение. От друга страна мярката ще преустанови практиката едни и същи лекари да работят едновременно в няколко болнични и извънболнични лечебни заведения.
- **По изключение, с мотивирано предложение на директора на РЗОК, директорът на НЗОК може да разреши сключване на трети договор - в случаите на недостиг на специалисти в даден район.**
- **Въвеждане на задължителен електронен формат и електронен подпис за работа и отчитане на изпълнителите, считано от 1 март 2008 година, паралелно с изграждането и въвеждането на интегрираната информационна система на НЗОК.**

#### **Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)**

- Разходи за ПИМП – 125,9 млн. лева (10,0 млн. лева повече от разчетените със ЗБНЗОК за 2007 година, или ръст от 8,6 на сто);
- Предвидена е възможност за оптимизиране на обема дейности, изпълнявани от ОПЛ в посока профилактика и наблюдение на рискови групи;
- Предвидено е да бъдат извършени допълнително близо 400 хил. профилактични прегледа на децата.
- Заложено е 50 на сто от населението над 18-годишна възраст да се прегледа профилактично при ОПЛ.
- Въвеждане на допълнителни ежемесечни финансови стимули за неблагоприятните практики и практиките в отдалечени райони. Прецизиране на критериите за неблагоприятни практики.

- Разработване на критерии за качество на медицинската помощ на общопрактикуващите лекари и финансово стимулиране на практиките, които отговарят на тези критерии.

#### **Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)**

- Разходи за СИМП – 136,2 млн. лева (20 млн. лева повече от разчетените със ЗБНЗОК за 2007 година, или ръст от 17,2 на сто);
- Запазване цените на специализираните прегледи за сметка на обема извършвани дейности за наблюдение на рискови групи и направления за остри случаи;
- Предвидени са 15 на сто (800 хил. броя) повече направления от 2007 година, което значително ще подобри достъпа на ЗЗОЛ до специализирана медицинска помощ - предпоставка и за оптимизиране на доходите на лекарите с оглед по-високата им заетост. През 2008 година се прогнозира доходите да нараснат с около 7 на сто, поради увеличение на обемите и намаление на броя на специалистите, където концентрацията им е значително над реалните потребности на населението (следствие от мярката за недопускане на повече от два договора с НЗОК/РЗОК).
- Общо 645 хил. специализирани прегледи повече спрямо 2007 година (увеличение с 5,6 на сто);
- 32,4 хил. високоспециализирани дейности повече спрямо 2007 година (увеличение с 8,8 на сто);
- За медицинските направления се възприема допускането за преразпределяне между остри случаи, профилактика и диспансеризация; запазва се правото на ползване на неусвоените обеми през предходното тримесечие. Дава се възможност за надвишение с 10 на сто за всички случаи, без задължение за компенсация и възможност за ползване на допълнително надвишение със задължение за компенсация от 20 на сто.

#### **Дентална помощ (ДП)**

- Разходи за ДП – 67,5 млн. лева (6 млн. лева повече от разчетените със ЗБНЗОК за 2007 година, или ръст от 9,8 на сто);
- Разширява се обхватът на лицата, включени в системата на задължителното здравно осигуряване.
- Въвеждане на задължително електронно отчитане, считано от 01.07.2008 г.

#### **Медико-диагностична дейност (МДД)**

- Разходи за МДД – 55,6 млн. лева (запазва се размерът на разчетените средства със ЗБНЗОК за 2007 година);
- Над 200 хил. броя изследвания повече в сравнение с 2007 година. Допълнителният брой изследвания е обвързан с увеличението на профилактичната дейност на ОПЛ и на специалиста, както и диспансерното наблюдение на ЗЗОЛ с хронични заболявания и дейността по профилактика на ЗЗОЛ от рискови групи.

### **Лекарствени средства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели**

- НЗОК финализира успешно договарянето на нов списък на лекарства за домашно лечение и медицински изделия и диетични храни.
- Разходи за лекарствени средства за домашно лечение и медицински изделия – 295,5 млн. лева (ръст от 4,7 на сто);
- Запазване на принципите на пълна прозрачност в действията при договаряне и заплащане;
- Разширение на лекарствената номенклатура, при по-ниски ценови равнища на медикаментите и медицинските изделия. В лекарствения списък на НЗОК са включени нови лекарствени продукти.

### **Болнична медицинска помощ**

- Разходи за БП – 785,6 млн. лева;
- Основен пакет за болнична помощ - 298 клинични пътеки, при прогнозни хоспитализации: 1394 хил. случая;
- Усъвършенстване на моделите на заплащане в болничната помощ и определяне за всеки регион и лечебно заведение на финансови параметри, на основата на броя здравноосигурени лица. Спазване на принципа: „парите следват пациентите”, равен достъп на всички здравноосигурени лица. Новият подход за заплащане работата на изпълнителите на болнична помощ ще гарантира наличие на достатъчен брой специалисти за работа по отделните клинични пътеки и възможност на всяко лечебно заведение за планиране и разпределение на средствата от НЗОК. Разбирането е, че се постига по-голяма автономност на регионите и лечебните заведения, при управление на средствата и спазване на принципа парите да следват пациентите.
- Засилване на механизмите за предварителен контрол – на входа на лечебните заведения;
- Проследяване пътя на пациента в извънболничната и в болнична помощ; Ще се търси и мнението на пациентите, както и тяхната удовлетвореност.
- Ясни и точни медицински критерии за дехоспитализация.
- Запазване на изискването лечебните заведения да предоставят финансови отчети по форма и обхват, определени от НЗОК, както и на изискването в договорите с ЛЗБП да се регламентират финансови показатели, които лечебните заведения следва да съблюдават в рамките на срока на действие на договора – заетост на леглата, оборот на леглата, среден престой на пациентите, разходи по клинични пътеки.
- Регламентиране случаите на повторна хоспитализация в срок до 30 дни след дехоспитализацията на пациента; контрол и преценката за заплащане за извършената дейност. Ефективен контрол за повторни хоспитализации, дублирани хоспитализации, неспазване на индикациите за хоспитализация, относно съблюдаването на медицинските стандарти и алгоритмите на пътеките.

- Лечебните заведения следва да притежават задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, необходими за изпълнение на алгоритъма на КП, съобразени с медицинските стандарти (консенсусни протоколи - при специалности, където липсват стандарти).
- Лечебните заведения ежемесечно ще представя в РЗОК работен график на специалистите, работещи по клинични пътеки. Работният график на специалистите следва да осигурява изпълнението на изискванията за работа по КП;
- Директорът на РЗОК ще сключва допълнителни споразумения за нови клинични пътеки към сключените вече договори с изпълнители на БП, след 01.09.2008 г., а не в рамките на цялата бюджетна година.
- Неразделна част към спецификацията са месечните отчети по КП и екземпляр от документ „Декларация за заплащаните дейности от “ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНост И СЪГЛАСИЕ НА ЗЗОЛ ПО ОТНОШЕНИЕ ИЗТОЧНИКА НА ЗАПЛАЩАНЕ ЗА ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА НЕГОВОТО ЗАБОЛЯВАНЕ”. Така ще има гаранции, че за дейностите, заплащани от НЗОК, пациентите не заплащат.

#### **Други здравноосигурителни плащания**

- Заплащане за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност - 20 млн. лева – (с 18 млн. лева ръст спрямо 2007 година) за лечение на български граждани в чужбина и на чужди граждани - в България;
- Разчет на финансовите средства на база: осреднената стойност на средногодишния разход, определен по методика, съгласно Регламент 574/72/ЕЕС.

#### **Финансова стабилност на НЗОК**

**Запазване механизмите на национално ниво за по-ефективно управление на бюджетните средства и регулация на разходите:**

- **Ясни правила и механизми за обеми и заплащане на болнична медицинска помощ** – възможност за лечебните заведения и регионите да прогнозираат размера на средствата, които ще получат.