

АНАЛИЗ НА ПРОГНОЗНИТЕ ОБЕМИ, ЦЕНИ
И МЕТОДИКИ ЗА ОСТОЙНОСТЯВАНЕ И
ЗАПЛАЩАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ И УСЛУГИТЕ
В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

(ИНТЕГРИРАЩ СТАНОВИЩАТА НА
НАЦИОНАЛНИТЕ КОНСУЛТАНТИ)

СЪДЪРЖАНИЕ

Съдържание.....	2
Въведение.....	3
I. Цели, проблеми и допускания.....	3
II. Европейски практики в управлението и заплащането на първичната и специализираната извънболнична помощ.....	4
III. Исторически нива на отчетените и заплатени дейности в рамките на извънболничния пакет здравни услуги, заплащан от НЗОК.....	5
3.1. Управление и заплащане на първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП) в България.....	5
3.2. Разходи на ниво индивидуална практика за първична извънболнична помощ.....	8
3.3. Управление и заплащане на специализираната извънболнична помощ (СИМП) в България.....	9
3.4. Разходи на ниво индивидуална практика за специализирана извънболнична помощ в България.....	11
3.5. Управление и заплащане на медико-диагностичната дейност (МДД) в България.....	12
IV. Резултати от анализа.....	16
4.1. Предложение за методика на изчисление на реимбурсните нива в първичната извънболнична помощ.....	16
4.2. Предложение за методика на изчисление на реимбурсните нива на дейностите в специализираната извънболнична помощ.....	20
4.3. Предложение за методика на изчисление на реимбурсните нива в медико-диагностичната дейност.....	23
4.4. Предложение за методика на заплащане на ниво лечебно заведение за извънболнична помощ.....	25
Приложения.....	27
Приложение 1: Методика за заплащане на първичната извънболнична медицинска помощ.....	27
Приложение 2: Методика за заплащане на специализираната извънболнична медицинска помощ и на медико-диагностичните дейности.....	31
Приложение 3: Международни практики при финансирането на извънболничната помощ.....	58
Приложение 4. система от индикатори за оценка на резултатите в първичната и специализираната извънболнична медицинска помощ.....	63
Приложение 5: Становище на националните консултанти за извънболнична медицинска помощ.....	64
Приложение 6: Методика на заплащане на денталната медицинска помощ.....	66
Приложение 7: Становище на националните консултанти по дентална медицинска помощ.....	73
Източници.....	75

ВЪВЕДЕНИЕ

Настоящият анализ е подготвен в изпълнение на задълженията на Министерство на финансите по чл. 55а от Закона за здравното осигуряване, а именно: „определяне прогнозните обеми, цените и методиките за остойностяване и заплащане на дейностите в отделните направления на медицинската и дентална помощ, заплащана от НЗОК”.

В областта на извънболничната помощ сме се базирали на допускания за запазване механизмите на заплащане през 2010 година. Промяната на механизмите са част от на една по-широка финансова реформа в здравния сектор, основаваща се на мащабни законодателни и процедурни промени, свързани с контрола, отчетността и измерването на резултатите, за осъществяването на което ще са необходими детайлна информация, технологично време и човешки ресурс.

Очакваните резултати от предложените обеми, цени и методики на изчисляване и заплащане на дейностите са свързани с гарантиране финансовата стабилност на Националната здравноосигурителна каса, определяне на критерии за качество при работата на общопрактикуващите лекари и специалистите с цел бъдещо финансово стимулиране на добрите практики.

Обобщени са становищата на националните консултанти¹. Техните позиции допринесоха са усъвършенстване на доклада и намериха отражение при описание и дискусията на резултатите от анализа.

I. ЦЕЛИ, ПРОБЛЕМИ И ДОПУСКАНИЯ

Основните цели на анализа са следните:

- Да представи нивата на отчетените и заплатени дейности в сравнителен план и да систематизира проблемите в настоящата практика за финансиране на извънболничната помощ;
- Да определи методиката на изчисление на реимбурсните нива и на заплащане на медицинските дейности от обхвата на извънболничната помощ;
- Да предложи по-справедливо преразпределение на публичните средства в рамките на първичната извънболнична помощ (ПИМП), което да стимулира общопрактикуващите лекари да се развиват професионално и да предоставят достъп до качествени услуги;
- Да прегледа механизмите на заплащане на дейностите в специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) и да установи до каква степен отговаря на обема на здравните услуги в специализираната извънболнична медицинска помощ;

¹ Обобщени са 29 писма на национални консултанти, в изпълнение на описаната в Закона за здравното осигуряване чл. 55а, 55б и 55в процедура

- Да предложи по-справедливо преразпределение на публичните средства в рамките на медико-диагностичните дейности (МДД), което да предостави възможности за повече дейности и изследвания на здравноосигурените лица.

Анализът е изготвен при следните допускания:

- Запазване на механизма на заплащане в извънболничната помощ, при условията и реда на действащата нормативна уредба: НРД 2010 г, приложенията към рамковия договор, както и наредбите на Министерство на здравеопазването, които засягат дейностите в извънболничната помощ.
- Коригиране на базовата капитационна стойност в ПИМП с коефициент за възраст.
- Осигуряване на критерии за наблюдение на качеството на извършване на дейността с цел последващото им внедряване като условие за допълнително заплащане и стимулиране работата на добрите практики.
- При определяне на реимбурсните цени се прилага метода отгоре-надолу. Основание за това е фактът, че отсъства необходимата информация за вложените ресурси, които да осигурят база на изчисленията при подход отдолу-нагоре. При подхода отдолу-нагоре трябва да е доказана стойността на всички ресурси, използвани за предлагането на първични и специализирани, извънболнични услуги през последната година (или години).

Проблеми в работата поради външни фактори:

- Данните не установяват детайлното равнище на разходите за предоставяне на пакета от ПИМП, СИМП и МДД услуги на ниво индивидуална практика.
- Липса на подробни данни за броя на амбулаторните прегледи при лекарите;
- Отсъствие на достатъчно актуални актюерски разчети, обвързани с възрастовата структура на пациентите от пациентската листа и потребяваните от тях видове медицински услуги.

II. ЕВРОПЕЙСКИ ПРАКТИКИ В УПРАВЛЕНИЕТО И ЗАПЛАЩАНЕТО НА ПЪРВИЧНАТА И СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

В международната практика се използват **три основни механизма за заплащане** на доставчиците на медицински услуги в извънболничната помощ:

- фиксиран бюджет/заплата,
- такса за услуга (свободно определени или фиксирани такси) и
- капитационни плащания.

За повече подробности по въпросите на заплащането на медицинските дейности в извънболничната помощ вижте Приложение 3 към настоящия анализ.

Прегледът на международната практика показва, че почти всички страни от ЕС използват **комбинация от трите механизма на заплащане** в извънболничната помощ в различни съотношения. България не прави изключение. Липсват основания на този етап да се търси принципно изменение във финансиращия механизъм за извънболничната помощ.

III. ИСТОРИЧЕСКИ НИВА НА ОТЧЕТЕНИТЕ И ЗАПЛАТЕНИ ДЕЙНОСТИ В РАМКИТЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНИЯ ПАКЕТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ, ЗАПЛАЩАН ОТ НЗОК

3.1. УПРАВЛЕНИЕ И ЗАПЛАЩАНЕ НА ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ (ПИМП) В БЪЛГАРИЯ

Заплащането за ПИМП в България се извършва на база на комбинация между капитация, заплащане за извършена дейност и потребителска такса.

Средствата се разпределят в полза на капитационното заплащане. То формира около 60 % в общата структура на разходите за първична медицинска помощ. Останалите 40% са заплащане за извършените, от общопрактикуващите лекари, дейности (в т.ч. по профилактика и наблюдение на пациенти с хронични заболявания).

Капитацията е ежемесечно заплащане към изпълнителя на ПИМП от НЗОК на база записан пациент. То е диференцирано в зависимост от възрастта на здравноосигурените записани при ОЛП лица. Счита се, че този механизъм създава стимули за справедлив достъп до услуги. Чрез системата на капитацията изпълнителят на извънболнична услуга получава регулярно заплащане независимо дали пациентът получава или не някакви услуги през дадения месец. Приспособяването на капитационните плащания според профила на пациента въз основа на обективни характеристики като възраст и пол до определена степен намалява риска от загуба, породен от колебания в използваемостта.

Ключовият аспект на капитацията е, че плащането не е свързано с ресурсите, които доставчиците използват или обема услуги, който предлагат. Следователно определен финансов риск от загуба се прехвърля от финансиращата институция към изпълнителя на медицинска помощ. Ако фактическите разходи превишават капитационния бюджет, изпълнителят е отговорен за тях. Съответно ако той е постигнал определено ниво на ефективност, например поддържа записаните пациенти в добро здраве, може акумулира средства за реинвестиции.

Финансирането за извършена дейност представлява ежемесечно заплащане за извършена дейност по различните направления, включени в минималния пакет (регламентиран с Наредба №40/24.11.2004 г.) и изпълнението по приоритетни програми на министерство на здравеопазването (МЗ). При този метод лекарите се компенсират директно за извършените услуги и за изработените часове. Използването на плащане за дейност като единствен метод на заплащане трябва да бъде избягван, тъй като това повишава разходите по начин, който не може да бъде контролиран с други стимули. Въпреки това се счита, че тенденцията към свръхпредлагане на услуги при този механизъм може да бъде лесно ограничена чрез лимити на цените или обема дейности. Това става чрез поставяне на тавани на общия стойностен размер на услугите или договаряне на обема в рамките на бюджетни тавани. В България има регулация на медицинските дейности (таван върху броя на издаваните направления към СИМП и МДД).

Допълнителни средства се заплащат на база на специфичните условия, свързани с предоставянето на медицинска услуга на пациенти, живеещи в райони, определени като неблагоприятни за обслужване.

Потребителската такса допълва финансирането и се определя на база на процент от минималната работна заплата за страната, като пенсионерите заплащат намалена такса.

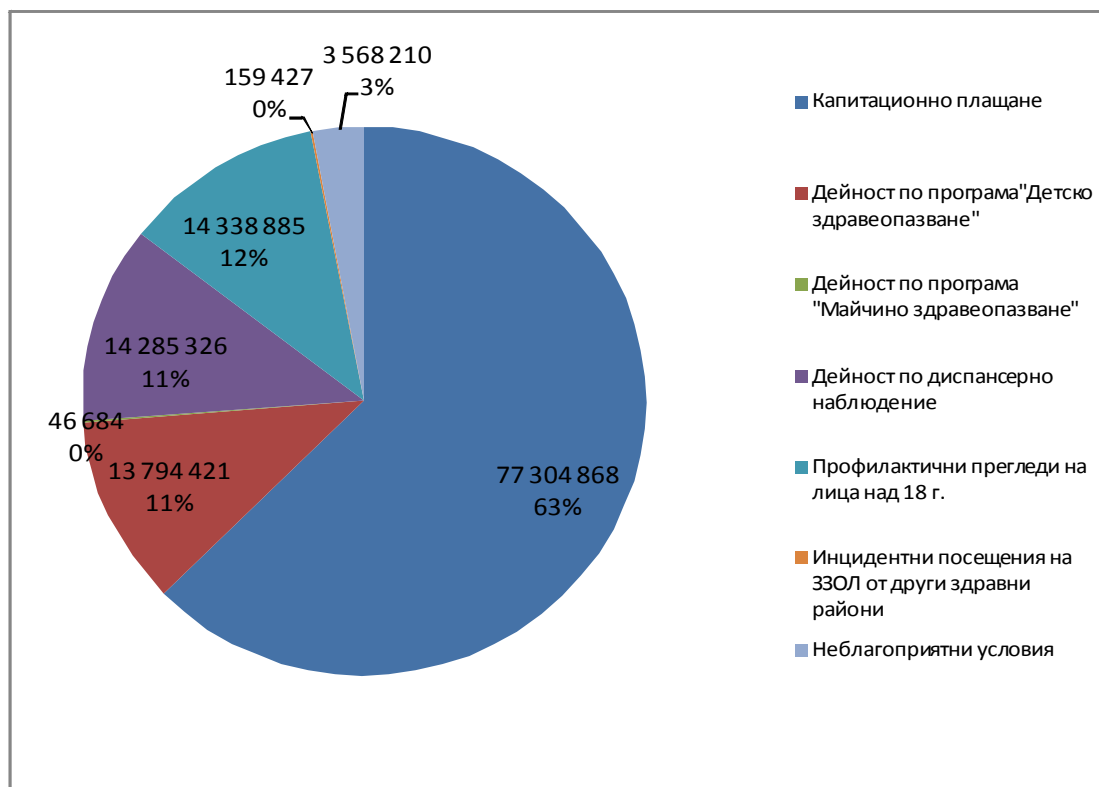
ТАБЛИЦА1. ИЗПЛАТЕНИ СРЕДСТВА ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК ЗА ПИМП ЗА ПЕРИОДА 2007 – юли 2010 г.

Първична извънболнична помощ	В ЛЕВА			
	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г. (31. юли)
Капитационно плащане	72 288 732	73 176 751	77 304 868	52 627 834
Лица от 0 до 18 години	16 737 123	16 238 008	16 093 907	11 058 236
Лица от 18 до 65 години	36 905 393	38 423 897	42 569 938	28 699 357
Лица над 65 години	18 646 216	18 514 846	18 641 022	12 870 240
Дейност по програма "Детско здравеопазване"	12 842 718	13 120 674	13 794 421	9 865 873
Профилактични преглед за лица от 0 до 1 г.	2 875 350	3 070 413	3 317 475	3 015 366
Профилактични преглед за лица от 1 до 2 г.	961 501	1 023 107	1 104 659	1 015 607
Профилактични преглед за лица от 2 до 7 г.	2 271 589	2 363 917	2 534 071	2 196 702
Профилактични преглед за лица от 7 до 18 г.	4 794 197	4 672 312	4 780 102	2 353 667
Имунизации на лица от 0 до 18 г.	1 940 081	1 990 925	2 058 114	1 284 531
Дейност по програма "Майчино здравеопазване"	41 055	38 467	46 684	20 456
Дейност по диспансерно наблюдение	12 991 708	13 142 975	14 285 326	9 217 866
Профилактични прегледи на лица над 18 г.	13 375 883	15 239 200	14 338 885	9 194 085
Инцидентни посещения на ЗЗОЛ от други здравни райони	150 705	155 853	159 427	79 650
Неблагоприятни условия	2 249 012	3 744 015	3 568 210	2 313 356

Източник: НЗОК

Структурата на разходите (Фигура 1) е съпоставима със структурата на броя дейности, които ОПЛ предоставят.

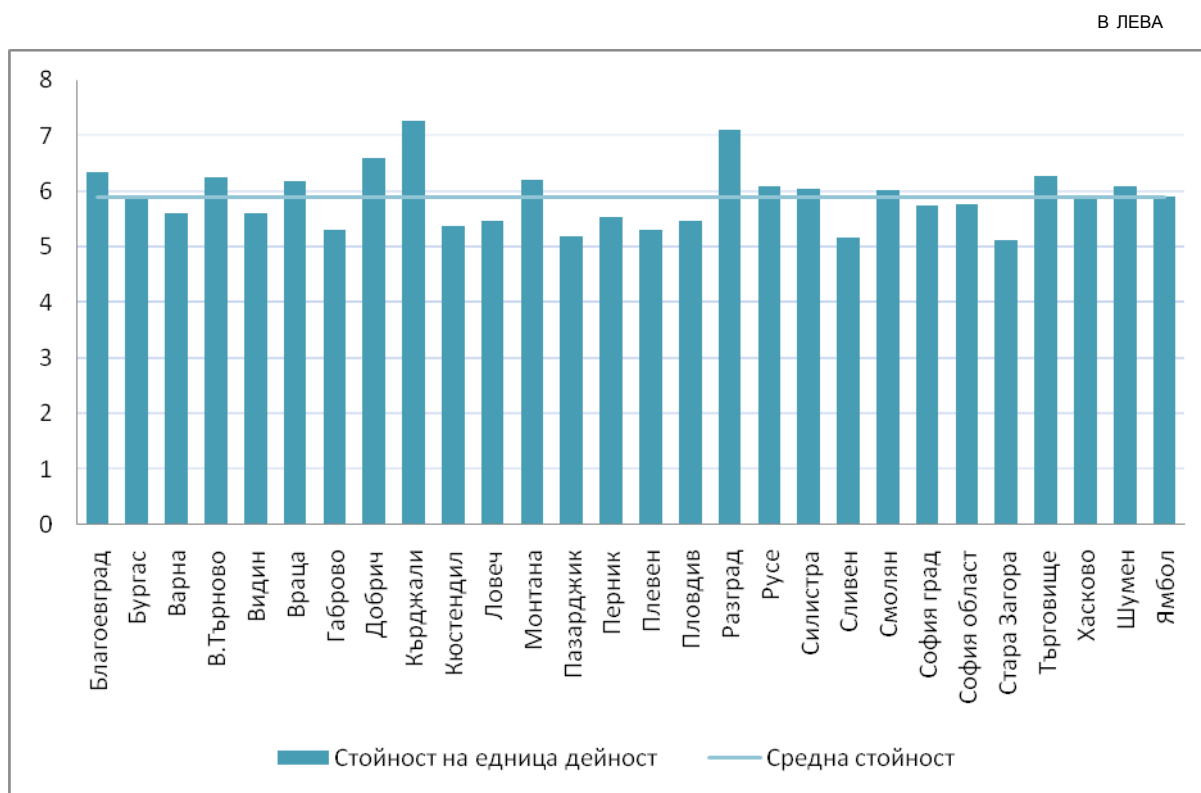
ФИГУРА1. СТРУКТУРА НА ПЛАЩАНИЯТА (ПО БЮДЖЕТА НА НЗОК) ЗА ПИМП ПРЕЗ 2009 г.



Източник: НЗОК

Ако разгледаме регионални данни за показателя „стойност на единица дейност, извършвана от изпълнителите на ПИМП”, ще забележим съществени различия както по региони, така и по отношение на средната за страната (Фигура 2)

ФИГУРА 2. Стойност на единица дейност в ПИМП по региони (РЗОК) за 2009 г.



Източник: НЗОК

Данните показват различия от между 5.1 лв. за РЗОК – Стара Загора до 7.2 лв. за РЗОК – Кърджали. Средната стойност на показателя за страната е 5.88 лв.² Тези различия трудно могат да се обяснят без по-задълбочен анализ за причините, които ги обуславят.

Данните за **насочените към болница пациенти** (Таблица 2) показват, че една трета от пациентите се хоспитализират с направление от ПИМП. Около 20 на сто от пациентите се пренасочват за лечение от една болница към друга, а останалата част се приемат чрез порталите на спешната помощ. Над 60% от пациентите влизат в болница чрез системата на извънболничната медицинска помощ, останалите чрез спешните портали и лечебни заведения за болнична помощ.

Запазването на относително постоянното равнище на броя дейности в обхвата на ПИМП и СИМП и заедно с това увеличения брой хоспитализации **не е добър индикатор за работата на извънболничната помощ като „пазач”** на системата.

Таблица 2. Насочване на пациенти към болница

Насочен от:	2007 година	2008 година	2009 година
Общо в %	100,00	100,00	100,00
Общопрактикуващ лекар	28,99	31,33	33,17
Специалист	29,49	28,81	30,42
Болница	22,15	26,11	23,81

² Стойността на единица дейност е определена като общите разходи по региони, за всички отчетени от изпълнителите дейности са разделени на броя на всички дейности, извършени от изпълнителите на ПИМП.

Насочен от:	2007 година	2008 година	2009 година
Спешна помощ	15,18	13,75	12,60
Самонасочване	4,20	0	0

Източник: НЗОК

3.2. Разходи на ниво индивидуална практика за първична извънболнична помощ

На равнище индивидуална практика за периода 2007 – 2009 г. изпълнителите на ПИМП обслужват над 85% от населението. Изследване на средната заетост на лекарите в ПИМП (Таблица 3) показва, че средната продължителност на работния им ден е над осем часа за 2007 и 2008 г. и над шест часа и половина за 2009 г. Същевременно прави впечатление, че показателите за дейността на ПИМП (т.3, т.8, т.9, т.11 от Таблица 3) намаляват рязко стойностите си между 2008 и 2009 г., докато показатели за разходите в ПИМП остават непроменени.

Данните показват понижаваща се степен на разходна ефективност на работа в ПИМП. Системата на ПИМП дава възможности за подобрене на обхвата на дейността и изпълнение на всички изисквания от обхвата на основния пакет с допълнителни 6 до 10 на сто повече дейности в полза на пациентите.

Таблица 3. Основни индикатори за дейността и натовареността на изпълнителните на ПИМП за периода 2007 – 2009 г.

	ПИМП	2007	2008	2009
Отчетни данни за ПИМП				
1	Дял на разходите за ПИМП в общите публични разход за здравеопазване	4.80%	4.63%	5.11%
2	Изплатени средства за ПИМП в лева	113 939 813	131 162 889	134 724 896
3	Брой извършени дейности за годината	31 659 151	32 523 921	26 073 499
4	Средномесечен брой прегледи за годината	2 878 105	2 710 327	2 172 792
5	Брой индивидуални практики за ПИМП	4130	4014	3901
6	Брой групови практики за ПИМП	210	210	230
7	Брой ОПЛ за годината	5 005	4 894	4 790
8	Средномесечен брой прегледи на 1 ОПЛ	575	554	454
9	Среднодневен брой прегледи на 1 ОПЛ	26	25	21
10	Брой население, включено в пациентска листа на ПИМП	6 647 084	6 663 386	6 613 548
11	Брой прегледи на 1 ОПЛ	6 325	6 646	5 443
12	Средна продължителност на амбулаторния прием в часове	8.71	8.39	6.87
13	Средномесечна сума, изплатена на 1 ОПЛ в лева	1 897	2 234	2 344
Допускания				
14	Брой прегледи на ден от 1 ОПЛ при продължителност на прегледа 20 мин. и продължителност на амбулаторния прием 8 часа	24	24	24
15	Брой прегледи на 1 ОПЛ на месец при 22 работни дни в месеца	528	528	528
16	Годишен брой прегледи на 1 ОПЛ	6 336	6 336	6 336
Резултати при допусканията в т. 14-16				
17	Брой ОПЛ, необходими за извършване на броя прегледи, отчетени за годината	4 997	5 133	4 115
18	Прогнозна годишна сума в лв. на 1 ОПЛ	22 803	25 552	32 739

	ПИМП	2007	2008	2009
19	Прогнозна месечна сума в лв. на 1 ОПЛ	1 900	2 129	2 728
20	Среден брой пациенти за съответната година	1 328	1 362	1 381
21	Среден брой пациенти при оптимизация	1 330	1 298	1 607

Източник: НЗОК, МФ

Забележка: 1. Т. 3 включва всички дейности, които ОПЛ изпълняват – общи прегледи на ЗЗОЛ, профилактика, имунизации, майчино здравеопазване, диспансерно наблюдение, инцидентни посещения. 2. Данните за 2009 г. са на база на реално извършена дейност от ПИМП.

За да се установи до каква степен равнищата на реимбурсиране и отчетеното равнище на приходите и разходите от изпълнителите на ПИМП са съпоставими, беше извършен анализ и на годишни финансови отчети за 2008 и 2009 година на общопрактикуващи лекари.

На базата на извадка на 10 на сто от общия брой от общопрактикуващи лекари, отчетели дейности пред НЗОК, са обобщени данните от оповестените в Търговския регистър отчети.

Таблица 4. Резултати от извадката за ОПЛ за 2009 г.

Приходи в хил. лв. 2009г.	Стандартно отклонение на извадката	95% доверителен интервал на средната стойност	Разходи в хил. лв. 2009г.	Стандартно отклонение на извадката	95% доверителен интервал на средната стойност
28,741935	16,036408	30,837288 26,646583	21,909375	12,615359	23,721436 20,097314

Източник: Търговски регистър, МФ

Резултатите показват, че повечето общопрактикуващи лекари управляват своите парични потоци без да генерират отрицателен финансов резултат. Тази тенденция е стабилна за 2008 и 2009 година. Средствата, които получават за работа с НЗОК общопрактикуващите лекари показват коефициент на ефективност на приходите от около 1,33 (приходи:разходи).

3.3 УПРАВЛЕНИЕ И ЗАПЛАЩАНЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ (СИМП) В БЪЛГАРИЯ

Механизмите на заплащане на изпълнителите на медицинска помощ в специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) в България са на база такса за услуга (преглед) и за извършена дейност (СМД, профилактика и др.). Цените на прегледите са диференцирани в зависимост от това дали прегледа е първичен или вторичен, но не и според специалността на лекаря. Изпълнителите на СИМП изпълняват и някои специфични дейности, например наблюдение на диспансерно болни пациенти, програма „Майчино здравеопазване” и профилактика на лица от рискови групи.

Достъпът до специалист се реализира и регламентира (също и ограничава) чрез направление от общопрактикуващ лекар.

Средствата, заплатени от НЗОК по дейностите в СИМП могат да се разгледат в Таблица 5. Най-голям дял в структурата на разходите заемат прегледите – първични и вторични.

Таблица 5. Средства, изплатени от НЗОК за СИМП за периода 2007 – юли 2010 г.

В ЛЕВА

СИМП	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г., към 31 юли
Първични посещения	76 717 141	87 334 358	84 172 907	55 633 107

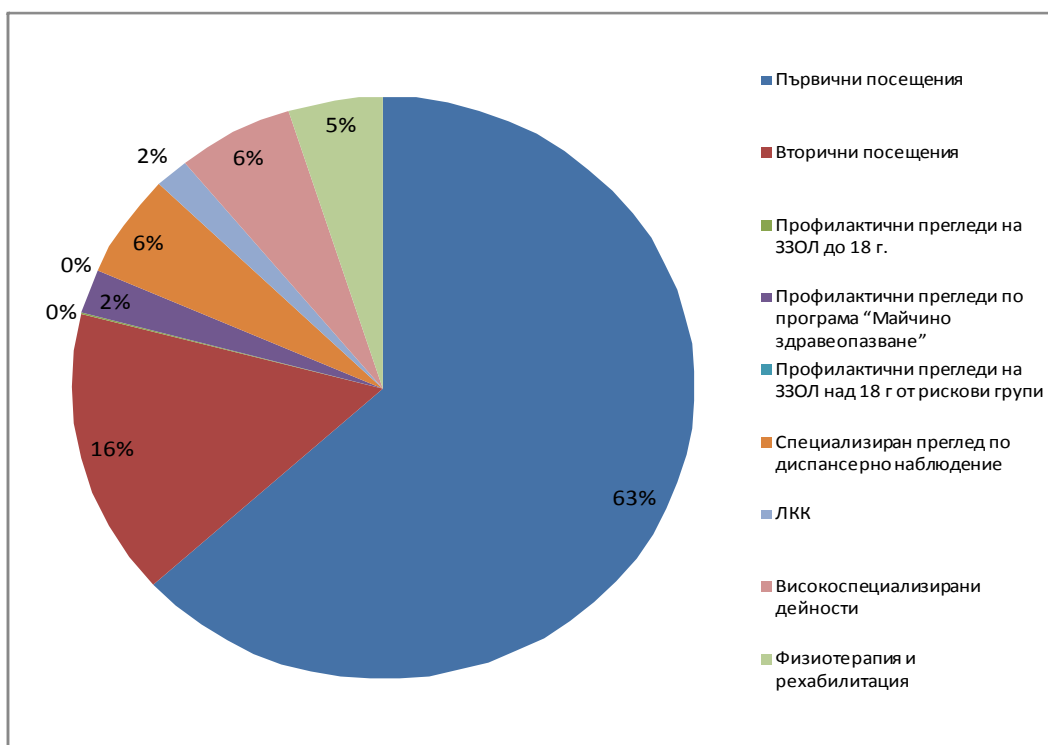
СИМП	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г., към 31 юли
Вторични посещения	19 115 219	22 030 046	21 127 587	20 230 528
Профилактични прегледи на ЗЗОЛ до 18 г.	153 545	201 537	223 912	153 056
Профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“	2 893 131	3 279 904	3 139 565	-
Профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 г от рискови групи	32 334	24 732	13 136	5 624
Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ	8 878 586	9 752 821	7 578 244	-
ЛКК	2 155 568	2 398 195	2 263 464	1 501 030
Високоспециализирани дейности	7 870 656	7 790 946	8 129 782	9 799 509

Източник: НЗОК

Забележка: За 2010 г. дейностите по програма „Майчино здравеопазване“ и „Диспансерно наблюдение на лица с едно или повече заболявания“ са включени като първични или вторични прегледи при СИМП.

Като структура на дейностите, първичните и вторични посещения заемат около 80% от броя реализирани дейности, като останалите 20% са свързани с профилактика и специализирани прегледи по програми (Фигура 3).

ФИГУРА 3. СТРУКТУРА НА ПЛАЩАНИЯТА (ПО БЮДЖЕТА НА НЗОК) В СИМП ПРЕЗ 2009 Г.

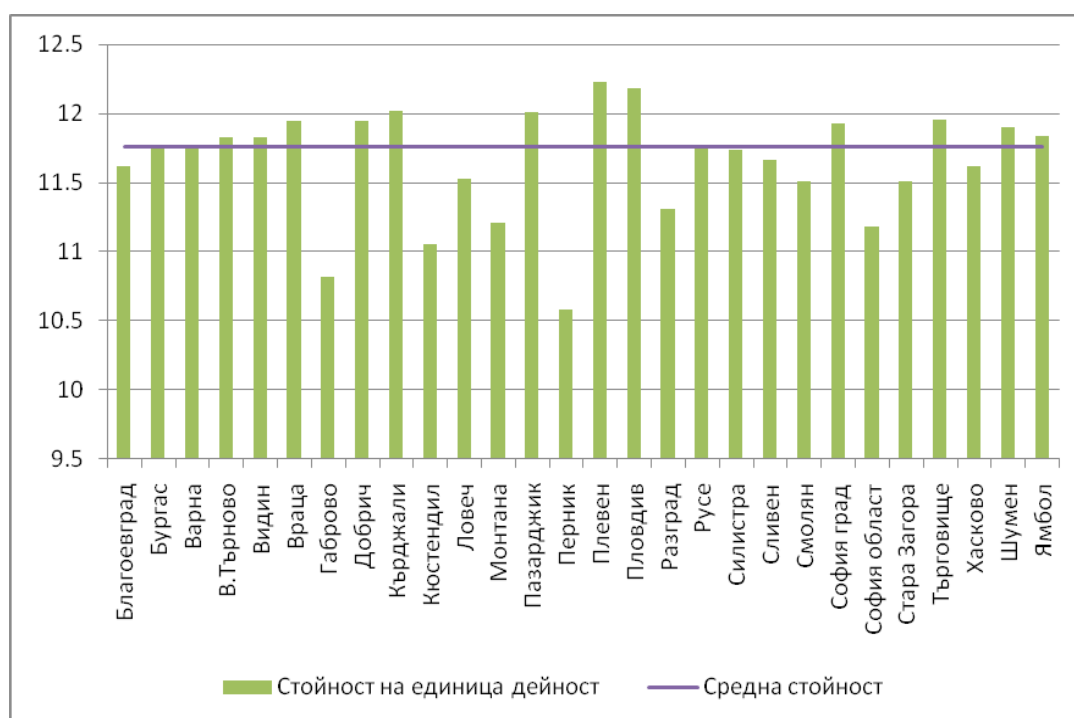


Източник: НЗОК

Ако разгледаме регионалните данни за стойността на единица дейност в СИМП,³ ще забележим че различията, които се наблюдават при СИМП, са по-големи от тези при ПИМП (Фигура 4).

³ Стойността на единица дейност е определена като общите разходи по региони, за всички отчетени от изпълнителите дейности са разделени на броя на всички дейности, извършени от изпълнителите на СИМП

ФИГУРА 4. СТОЙНОСТ НА ЕДИНИЦА ДЕЙНОСТ В СИМП ЗА 2009 Г.



Източник: НЗОК

Най-ниска стойност на дейностите в СИМП се наблюдава в РЗОК – Перник – 10.58 лв., най-висока – в РЗОК Плевен - 12.22 лв., а средната за страната е 11.76лв. Това показва, че достъпът до СИМП не е еднакъв във всички региони на страната, като в някои случаи пациентите предпочитат да избират специалистите си в рамките на големите градове и областните центрове.

3.4. РАЗХОДИ НА НИВО ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

На база на отчетените данни за дейността на СИМП може да се направи характеристика и на нивото на натовареност на специалистите (Таблица...). Резултатите се индикатор за това, че освен по договор с НЗОК за работа в извънболничната помощ, специалистите работят и по втори договор с касата в болнично лечебно заведение или на свободна практика.

ТАБЛИЦА. 6. ОСНОВНИ ИНДИКАТОРИ ЗА ДЕЙНОСТТА И НАТОВАРЕНОСТ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ ОТ СИМП ЗА ПЕРИОДА 2007 – 2009 Г.

СИМП		2007	2008	2009
Отчетни данни за СИМП				
1	Дял на разходите за СИМП в общите публични разход за здравеопазване	5.22%	4.96%	5.52%
2	Изплатени средства за СИМП (общо) в лева	123 822 875	140 300 322	145 311 620

	СИМП	2007	2008	2009
3	Брой прегледи за годината	12 246 720	13 309 906	12 353 484
4	Средномесечен брой прегледи за годината	1 023 894	927 234	948 643
5	Брой специалисти за годината	8 525	8 600	8 631
6	Брой прегледи на 1 специалист	1 437	1 548	1 431
7	Средномесечен брой прегледи на 1 специалист	131	141	130
8	Среднодневен брой прегледи на 1 специалист	6	6	6
9	Средна продължителност на амбулаторния прием в часове	1.98	2.13	1.97
10	Средномесечна сума, изплатена на 1 специалист	1 210	1 359	1 403
11	Средна възраст на специалист	51.5	51.9	51.6
Допускания				
12	Брой прегледи на ден от 1 специалист при продължителност на прегледа 20 мин. и продължителност на амбулаторния прием 4 часа	12	12	12
13	Брой прегледи на 1 специалист на месец при 22 работни дни в месеца	264	264	264
14	Годишен брой прегледи на 1 специалист	3 168	3 168	3 168
Резултати при допусканията от т.12-14				
15	Брой специалисти, необходими за извършване на броя отчетени прегледи	3 866	4 201	3 899
16	Прогнозна годишна сума в лв. на 1 специалист	32 031	33 394	37 265
17	Прогнозна месечна сума в лв. на 1 специалист	2 669	2 783	3 105
18	Среден брой пациенти за съответната година	1 437	1 548	1 431

Източник: НЗОК и МФ

Забележка: Данните за 2009 г. са на база реално извършена от изпълнителите на СИМП дейност.

За да се установи до каква степен равнищата на реимбурсиране и отчетеното равнище на приходите и разходите от изпълнители на СИМП са съпоставими, беше извършен анализ на годишни финансови отчети за 2008 и 2009 година на лекарите - специалисти.

На базата на извадка на 10 на сто от общия брой от лекари - специалисти, отчетели дейности пред НЗОК са обобщени данните от оповестените в Търговския регистър отчети.

Таблица 7. Резултати от извадката за СИМП за 2009 г.

Приходи в хил. лв 2009г.	Стандартно отклонение на извадката	95% доверителен интервал на средната стойност	Разходи в хил. лв. 2009г.	Стандартно отклонение на извадката	95% доверителен интервал на средната стойност
22,145946	15,368759	25,867676 18,424216	14,402632	12,087839	17,076723 11,72854

Източник: Търговски регистър, МФ

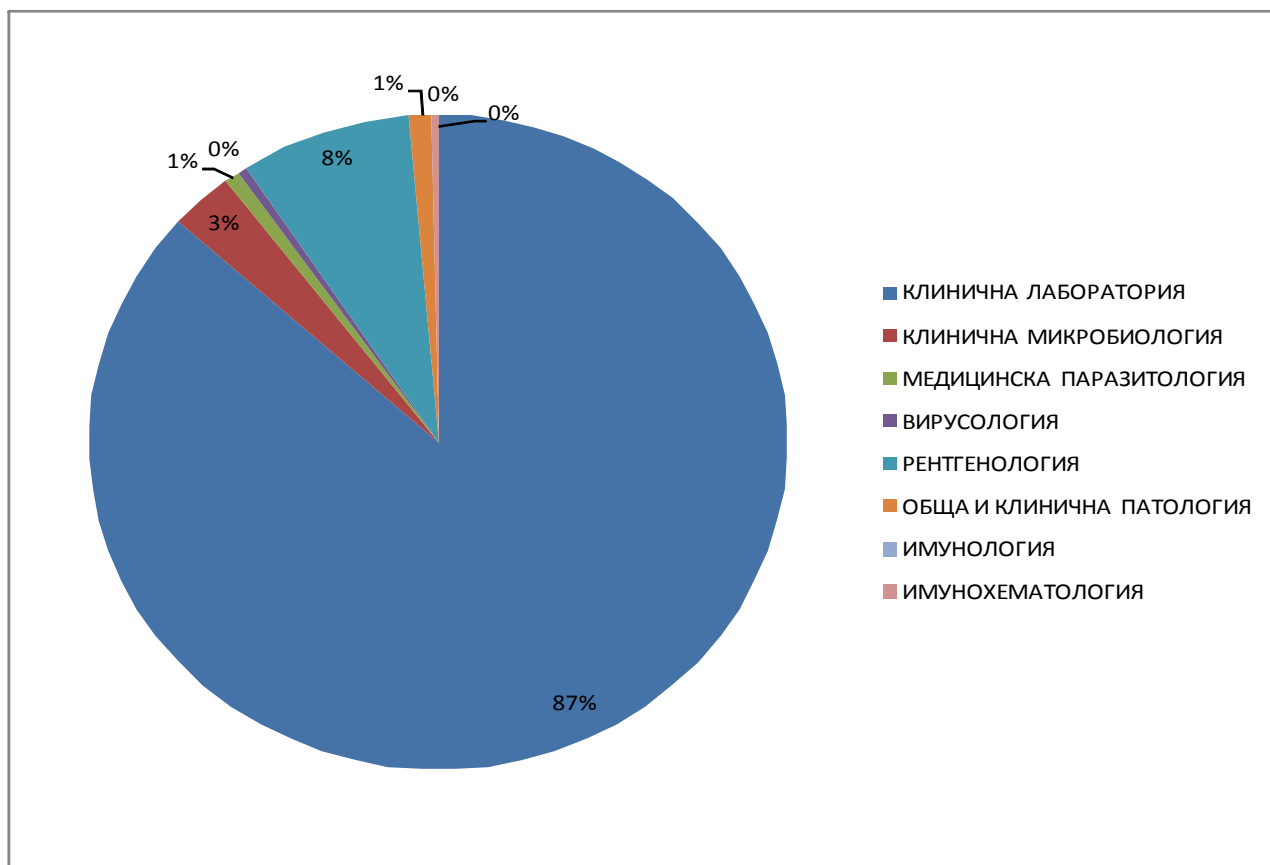
Данните са аналогични на първичната медицинска помощ и отразяват обстоятелството, че лекарите управляват своите парични потоци без да генерират отрицателен финансов резултат. Тази тенденция е стабилна за 2008 и 2009 година.

Медико-диагностичните дейности се изпълняват в около 630 лечебни заведения, като броят на изпълнителите през последните три години остава относително постоянен. Броят извършвани МДД за периода 2007 – 2009 г. нараства през всяка година със 600 000 бр. или 3 млн. лв.

Достъпът до медико-диагностични дейности се регламентира чрез направление за извършване на медико-диагностична дейност от ОПЛ или от специалист. В България съществува и практика на директна покупка на медико-диагностични дейности и услуги.

Изпълнението на медико-диагностичните дейности за 2009 г. има следната структура:

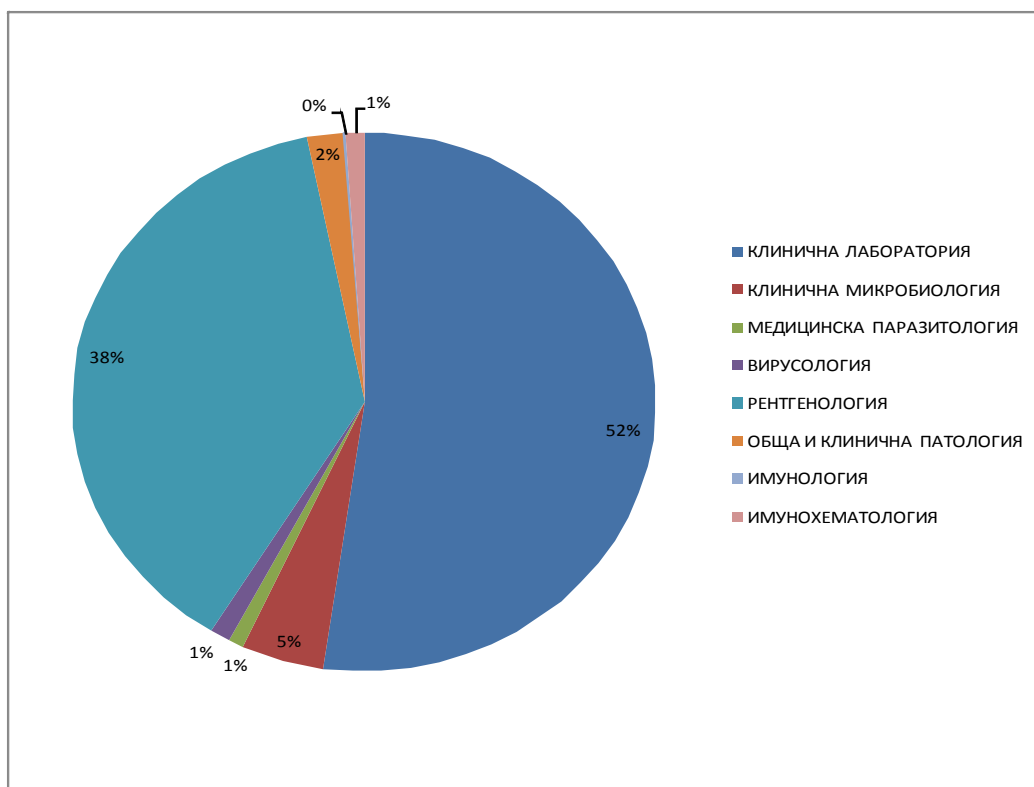
Фигура 5. СТРУКТУРА НА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНИТЕ ДЕЙНОСТИ ПРЕЗ 2009 г.



Източник: НЗОК

Структурата е идентична за последните три години, като превес имат дейностите от областта на клиничната лаборатория и рентгенологията. Тя се отразява и в структурата на разходите по клинични направления (пакети). Поради по-високите реимбурсни нива на рентгенологичните дейности, делът на техните разходи е по-голям (Фигура 6):

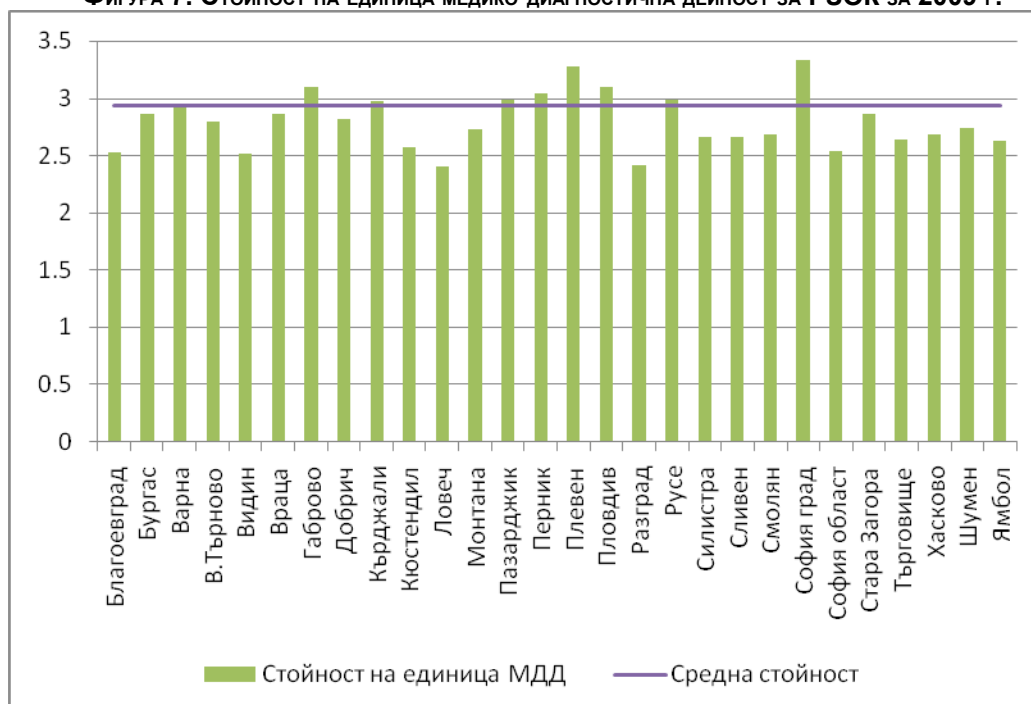
Фигура 6. СТРУКТУРА НА РАЗХОДИТЕ ЗА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНИТЕ ДЕЙНОСТИ В СИМП ПРЕЗ 2009 г.



Източник: НЗОК

Регионалните различия и при извършването и заплащането на медико-диагностичните дейности от РЗОК са в рамките на между 2.41 лв. в Разград и 3.33 лв. в София – град, докато средната стойност е 2.94 лв. (Фигура..) Факторите са комплексни като преобладаващо са свързани с броя и обхвата дейностите, които извършват сключилите договор с НЗОК изпълнители.

ФИГУРА 7. Стойност на единица медико-диагностична дейност за РЗОК за 2009 г.



Източник: НЗОК

На база на данните, предоставен от НЗОК, можем да направим някои изводи относно състоянието и развитието на системата за извънболнична помощ:

1. Резултатите показват, че извънболничната помощ не изпълнява достатъчно ефективно ролята си да ограничава излишните хоспитализации и да предотвратява онези, които могат да се избегнат.
2. Финансирането на системата на извънболнична помощ в България се базира на основните елементи, които са налице в почти всички страни от Европа и света. Към момента в България липсва елемент, свързан с финансиране на база на постигнати резултати. Предложените методики към настоящия материал са съобразени с тези изводи.
3. Равнищата на финансиране в областта на извънболничната помощ следва да се увеличават и това е отразено в проекта на закон за бюджета на НЗОК за следващата година.
4. Необходимо е да се извърши подробен анализ на причините за регионалните различия и на тяхната обективност.
5. Качеството на информация и на отчитане на резултатите от дейността на равнище отделен изпълнител на медицинска помощ следва да се подобрява непрекъснато.
6. Необходимо е да се въведат индикатори за проследяване на качеството на предоставената медицинска услуга и на следващ етап част от финансирането да се обвърже с постигането на по-добри резултати.

IV. РЕЗУЛТАТИ ОТ АНАЛИЗА

4.1. ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА МЕТОДИКА НА ИЗЧИСЛЕНИЕ НА РЕИМБУРСНИТЕ НИВА В ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

Изчисляването на реимбурсните стойности на отделните дейности в обхвата на първичната медицинска помощ се извършва при следната последователност:

1. Обобщаване на информацията от Националната здравноосигурителна каса за обема и цените на отчетените и заплатени на общопрактикуващите лекари дейности през последните три години;
2. Обобщаване на информацията от Националния статистически институт за броя и демографската структура на населението;
3. Изчисляване на нови реимбурсни цени, на базата на прогнозни обеми;

Заплащането на изпълнителите на първична медицинска помощ се формира на базата на два основни компонента - заплащане за капитация (за брой записани лица) и заплащане за дейност, и се основава на следната методика на изчисление на реимбурсните нива:

4.1.1. Методика за изчисление на реимбурсните нива за заплащането на база на капитация:

При заплащането на база капитация всички общопрактикуващи лекари получават предварително определен, фиксиран размер на средствата за осигуряването на определен обем от услуги за всяко здравноосигурено лице, регистрирано в практиката на съответния лекар. Размерът на средствата може да бъде базов или по-комплексен с корекции, които отразяват очаквани разлики във възраст, заболяемост, географско разположение и др. фактори (изравняване на риска).

Капитацията има минимум 3 компонента:

- Дефиниране на пакета от услуги, заплащани чрез базова капитационна стойност;
- Базова капитационна стойност;
- Механизъм за определяне на броя лица, регистрирани при всеки изпълнител.

Стъпка 1: Дефиниране на пакета услуги. Пакетът отразява текущите потенциални възможности за развитие на изпълнителите, както и интеграцията на услугите в обхвата на пакета, съгласно определените от МЗ параметри.

Пакетът в ПИМП обхваща основно здравна профилактика, първоначална диагностика и лечение на болестите, лечение на хроничните болести. Неговото определяне е в правомощията на министерство на здравеопазването. В специфичните услуги се включват: инцидентни посещения, неотложна помощ, майчино и детско здравеопазване и превантивни дейности като имунизация.

Стъпка 2 и 3: Определяне размера на средствата и на базова капитационна стойност (base per capita rate). Базовата капитационна стойност се изчислява от оценката на средствата, които финансиращата институция има в наличност за една година, за да заплати за предлаганите първични извънболнични услуги на всички изпълнители включени в системата за

заплащане – ПИМП – разделени на общия брой регистрирани при общопрактикуващ лекар лица.

$$\text{Базова капитационна стойност} = \frac{\text{Общо средства във фонд ПИМП}}{\text{общ брой регистрирани индивиди}}$$

Средствата за първична медицинска помощ се определят като процент от общия бюджет на финансиращата институция. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година или екстраполирани на база исторически разходи и степен на натовареност. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или включването на допълнителни дейности. Първоначално изчислението отдолу-нагоре се прави, с цел да се определи минималният разход за здравноосигурено лице за предоставяне на базова услуга. След което този минимум може да бъде повишен чрез разпределение отгоре-надолу на ресурсите за първична извънболнична помощ. Комбинирането на двата подхода осигурява бюджетно неутрален механизъм за разпределение на ресурсите.

Стъпка 4: Изчисляване на изравняващи риска коефициенти. За да се гарантира, че системата на капитационно заплащане осигурява подходящи стимули и компенсира доставчиците за обслужване на населението с различни здравни нужди се използват коефициенти за изравняване на финансовия риск. По този начин не се допуска изпълнители на първична медицинска помощ, да бъдат склонни да привличат по-здрави пациенти (селекция на риска) и да избягват регистрацията на скъпоструващите пациенти (възрастни или хронично болни).

Калкулира се корекцията на риска спрямо възраст (пол, здравен статус и пр.), като за целта се изчисляват коефициенти за корекция. С тях се коригира надолу или нагоре базовата капитационна стойност и се създават диференцирани капитационни плащания за отделните възрастови групи.

За предвиждане на изменението на разходите на доставчиците в ПИМП се изчислява комбинация от коефициенти за възраст и пол. Очаква се, че децата и жените в репродуктивна възраст използват повече първични извънболнични услуги от средното ниво на търсене на медицинска помощ. Могат да бъдат въведени и други корекции на базовата капитационна стойност с цел да се постигнат специфични цели на здравната политика. Например да се осигурят допълнителни ресурси или стимули, които да съсредоточат усилията върху приоритетни услуги или групи, със специални потребности.

Таблица 8. ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ЦЕНИ И ОБЕМИ ЗА ПИМП ЗА КАПИТАЦИОННО ПЛАЩАНЕ ЗА 2011 г.

2011 година		Прогнозен брой лица в пациентската листа на общопрактикуващите лекари	Цени 2011 в лева
Код	Номенклатура		
	Първична извънболнична помощ капитация		
I	Капитационно заплащане		
1,0 0	Лица от 0 до 18 години	1 286 000	1,30
2,0 0	Лица от 18 до 65 години	4 035 000	1,09
3,0 0	Лица над 65 години	1 351 000	1,42
II.	Неблагоприятни условия	Общо годишен размер на средствата	4 700 000

Източник: МФ

Въвежда се допълнително заплащане (на базата на комбинация от фактори, в т.ч географски коефициент) за изравняване на риска за работа в неблагоприятни региони.

Стъпка 5: Поддържане на базата данни на записаните пациенти. Капитационното заплащане се основава на регистрацията на лицата при определен изпълнител за фиксиран период от време. Броят на регистрираните лица е една от детерминантите на общия размер финансови средства, които изпълнителят ще получи. Здравноосигурените лица имат възможност (и задължението) за свободен избор на изпълнител на медицинска помощ за фиксиран период. Базата данни със записаните при общопрактикуващ лекар лица се осъвременявана след приключването на всеки отчетен период, всеки месец. Въз основа на точните и осъвременени данни капитационното заплащане може да бъде изменяно и приспособявано в съответствие с избора на пациентите.

Стъпка 6: Изчисляване на индивидуален капитационен бюджет на изпълнителя на медицинска помощ. Когато елементите на капитационното заплащане са конструирани - базова капитационна стойност; брой на записаните здравноосигурени лица; детайлна информация за характеристиките на лицата; набор от изравнителни коефициенти – капитационният бюджет за всеки изпълнител се изчислява като следва:

Капитационен бюджет на единицата i

$$= \sum [(коэффициент за корекция за група A) \\ \times (брой на регистрираните в група A) \\ \times (базовата капитационна стойност) \\ + (сума за работа в географски неблагоприятни условия)]$$

Коефициентите за изравняване на риска служат за преразпределяне на средствата в рамките на ПИМП, но те не променят размера на наличните средства. Следователно, ако коефициентите за изравняване на риска не са нормализирани или калибрирани към единица, базовата капитационна стойност трябва да бъде коригирана, за да се запази бюджетната неутралност на системата. Базовата капитационна стойност се изчислява от претеглените средни размери на средствата на глава, които са налични във ПИМП фонда, претеглени чрез възрастов/(пол) коефициент на регистрираните при всеки изпълнител на първична извънболнична услуга.

Стъпка 7: Поддържане на финансова и управленска системи. Като самостоятелни юридически лица изпълнителите на ПИМП са отговорни за планирането и изпълнението на бюджетите, обслужване на банковите сметки, закупуване на ресурси, обслужване на счетоводната система и изготвяне на счетоводни и медицински отчети. Изпълнителите на първична медицинска помощ са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване на разпределението на ресурсите. Необходимо е да поддържат вътрешни информационни системи, чрез които да се наблюдават и управляват.

Стъпка 8: Системи за наблюдение и гарантиране на ефективното разходване на публични средства и на качеството. Капитационното заплащане потенциално има позитивен ефект – задържане на разходите, но също и потенциално негативен ефект за намаляване на количеството и качеството на необходимите услуги. По тази причина се комбинира със заплащане за дейност (допълнителен елемент от формирането на общия финансов ресурс за работата на общопрактикуващите лекари) като гаранция, че ресурсите са използвани за осигуряването достъп до необходимите по обем и качество услуги. Предлага се въвеждането на система от индикатори за оценка на резултатите, чието отчитане да стане задължително условие за заплащане, а наблюдаваните резултати да станат в бъдеще условие за въвеждане на финансови стимули върху качеството и крайните резултати от услугите на изпълнителите на първична медицинска помощ (Приложение 4).

Системата за наблюдение и гарантиране на качеството в извънболничната помощ следва да се разработи подробно на база на индикаторите в Приложение 4 и следва да включва точни указания за информацията, необходима за изчисляване на показателите за оценка на механизма за докладване на тази информация и механизма за заплащане за постигнат резултат.

4.1.2. Методика за изчисление на реимбурсните нива за заплащане за извършена дейност:

Капитацията прехвърля осигурителния риск върху изпълнителите на медицинска помощ и ги възпира от свърхпредлагане на услуги. Това налага да се съчетае с базиран на резултата механизъм за заплащане за предоставяне на специфични услуги.

Заплащането за извършена дейност се базира на системата такса за услуга, при която изпълнителя на медицинска помощ е реимбурсиран за предоставянето на всяка индивидуална услуга. Използват се два подхода за заплащане: (1) базиран на ресурсите (т.нар. "retrospective cost-based" payment) или (2) базиран на резултатите⁴. Предлага се да се запази настоящата практика, при която на общопрактикуващия лекар се заплаща фиксирана сума за предварително дефинирани услуги независимо от разходите, които могат да бъдат породени в процеса по предоставяне на услугата. Възприет е метода отгоре надолу. Прогнозира се общопрактикуващите лекари да извършват повече на брой дейности, спрямо отчитаните в ретроспективен план. Това ще подобри профилактичните грижи и наблюдението на пациентите, имащи хронични заболявания.

Таблица 9. Предложение за цени и обеми за дейностите в ПИМП за 2011 г.

Код	Номенклатура	Брой 2011	Цена в лева
	Първична извънболнична помощ дейност		
I.	Дейност по програма "Детско здравеопазване"		
4	Профилактични преглед за лица от 0 до 1 г.	686 446	7.70
5	Профилактични преглед за лица от 1 до 2 г.	230 520	7.70
6	Профилактични преглед за лица от 2 до 7 г.	492 895	7.70
7	Профилактични преглед за лица от 7 до 18 г.	739 320	7.70
8	Имунизации на лица от 0 до 18 г.	1 248 360	1.90
II.	Дейност по програма "Майчино здравеопазване"	25 385	2.20
III.	Дейност по диспансерно наблюдение	3 208 786	6.00
IV.	Профилактични прегледи на лица над 18 г.	2 740 350	7.70
V.	Инцидентни посещения на здравноосигурени лица от други здравни райони	34 654	5.00

Източник: МФ

За профилактична дейност на деца са предвидени над 3,4 млн. броя дейности, включително и поставяне на имунизации. За профилактична дейност на лица над 18-годишна възраст са прогнозирани над 2,7 млн. броя дейности, при 50% упражняване на правото за извършване на годишен профилактичен преглед.

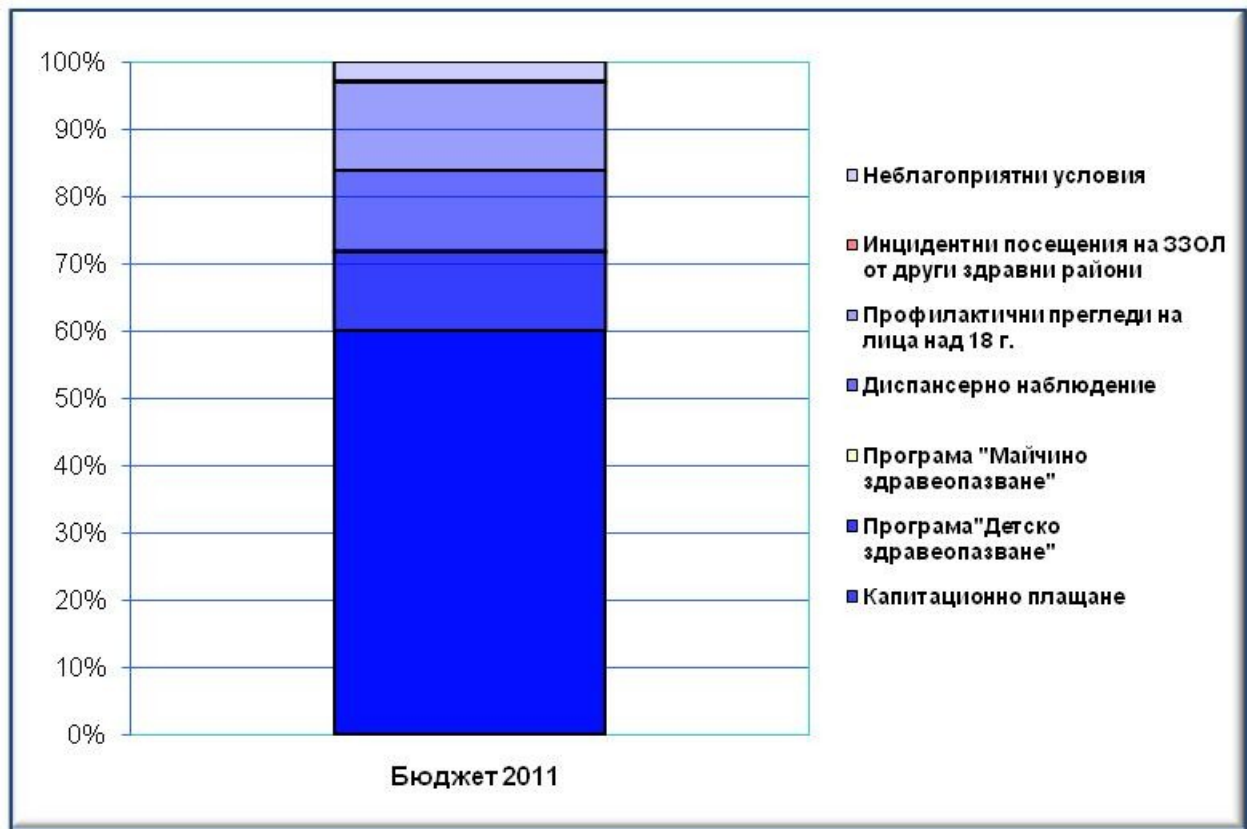
Предлаганото разпределение на обема дейности и техните цени показва, че съотношението капитация спрямо дейност се променя в полза на дейността и е 56%:44% в общата структура на плащанията за ПИМП. Предлага се общопрактикуващите лекари да извършват повече дейности свързани с профилактика и диспансерно наблюдение на хронично болни. Влияние за намаляване дела на средствата за капитация има и демографския фактор⁵.

⁴ Този подход може да бъде въведен с определянето на показатели за качество като допълнителен финансов стимул за изпълнителите на медицинска помощ.

⁵ Дейностите за профилактика и диспансерно наблюдение са определени при отчитане на заложените в Приложение № 13 и Приложение №15 от НРД за 2010 година параметри за честота и обем на изследванията.

Предлага се следната структура и разпределение на дейностите в обхвата на първичната медицинска помощ:

ФИГУРА 8. СТРУКТУРА ДЕЙНОСТИТЕ НА ПИМП



Източник: МФ

Становището на националния консултант по първичната извънболнична помощ може да се разгледа подробно в Приложение 5 към настоящия материал.

4.2. ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА МЕТОДИКА НА ИЗЧИСЛЕНИЕ НА РЕИМБУРСНИТЕ НИВА НА ДЕЙНОСТИТЕ В СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

Изчисляването на реимбурсните стойности на отделните дейности в обхвата на специализираната медицинска помощ се извършва при следната последователност:

1. Обобщаване на информацията от Националната здравноосигурителна каса за обема и цените на отчетените и заплатени на специалистите дейности през последните три години;
2. Изчисляване на нови реимбурсни цени, на базата на прогнозни обеми;

Заплащането на изпълнителите на специализирана помощ се основава на следната методика:

Стъпка 1: Дефиниране на пакета услуги. Дефиниране на агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи:

- Първични посещения;
- Вторични посещения;
- Профилактика на лица до 18 години;
- Профилактика на лица над 18 години с рисков профил;
- Дейност по програма "Майчино здравеопазване";
- Диспансерно наблюдение;
- Дейности свързани с лечебно консултативните комисии (ЛКК);
- Физиотерапия и рехабилитация.

Стъпка 2: Определяне размера на средствата за СИМП. Средствата за специализирана медицинска помощ се определят като процент от общия бюджет на Националната здравноосигурителна каса. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година или екстраполирани на база исторически разходи, обем дейности и натовареност. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или включването на допълнителни дейности

Стъпка 3: Определяне на единичната стойност на услугата (посещение). Първоначално изчислението се прави отдолу-нагоре с цел да се определи минималният разход на здравноосигурено лице за предоставяне на базова дейност от обхвата на основния пакет за съответната специалност. Разходите се определят като преки и непреки и се извършва процентно разпределение по видовете здравни услуги, предлагани от специалистите. След което този минимум може да бъде повишен чрез разпределение отгоре-надолу на ресурсите за специализираната извънболнична помощ. Комбинирането на двата подхода осигурява бюджетно неутрален механизъм за разпределение на ресурсите.

- Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности;
- Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи;
- Разпределение на разходите за заплати: общото време отделено за всяка една от услугите в извънболничната помощ, се разделя на общото време, отделено за всички здравни услуги (времето може да се разбие по специалности).

Единична цена за посещение

$$= \frac{\sum \text{Общите годишни разходи за здравна услуга } X \text{ в лечебно заведение } i}{\sum [(\text{брой на услугата } X, \text{ предоставена в лечебното заведение } i \text{ по време на } 1 - \text{месечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}$$

Или

Глобална средна единична цена на посещение

$$= \frac{\sum \sum \text{Общите разходи за услуга } X \text{ в лечебно заведение } i \text{ по време на периода на проучване}}{\sum [(\text{брой на услугата } X, \text{ извършена в лечебно заведение } i \text{ по време на } 1 - \text{месечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}$$

3

а да се обобщят единичните цени за посещение, те се превръщат в относителни тегла, чрез разделянето на разходите за всяка група от услуги на общите средни разходи:

$$\text{Относителна единична цена } x = \frac{\text{Единичната цена за услуга } x}{\text{Глобалната средна цена за услуга}}$$

Стъпка 4: Поддържане на финансова и управленска системи. Като самостоятелни юридически лица, изпълнителите на СИМП са отговорни за планирането и изпълнението на бюджетите, обслужване на банковите сметки, закупуване на ресурси, обслужване на счетоводната система и изготвяне на счетоводни и медицински отчети. Изпълнителите на

специализирана медицинска помощ са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване на разпределението на ресурсите. Необходимо е да поддържат вътрешни информационни системи, чрез които да се наблюдават и управляват.

Стъпка 5: Системи за наблюдение и гарантиране на ефективното разходване на публични средства и на качеството. Предлага се въвеждането на система от индикатори за оценка на резултатите, чието отчитане да стане задължително условие за заплащане, а наблюдаваните резултати да станат в бъдеще условие за въвеждане на финансови стимули върху качеството и крайните резултати от услугите на изпълнителите на първична медицинска помощ (Приложение 4).

Системата за наблюдение и гарантиране на качеството в извънболничната помощ следва да се разработи подробно на база на индикаторите в Приложение 4 и следва да включва точни указания за информацията, необходима за изчисляване на показателите за оценка на механизма за докладване на тази информация и механизма за заплащане за постигнат резултат.

При определяне на цените и прогнозните обеми е възприет метода отгоре надолу.⁶ Предлагат се следните прогнозни обеми и цени на дейностите за СИМП:

ТАБЛИЦА 10: ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ЦЕНИ И ОБЕМИ В СИМП

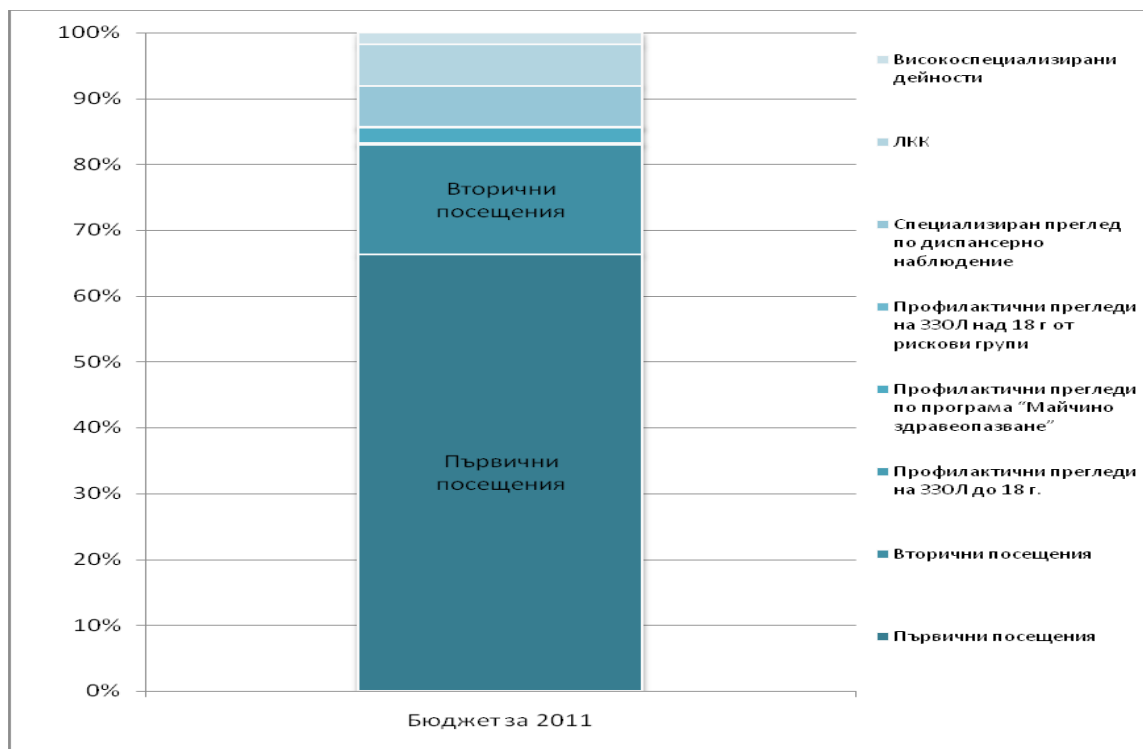
Код	Номенклатура	Прогнозен Брой	Цена
	Специализирана извънболнична медицинска помощ		
I	Първични посещения	7 421 618	14.50
II	Вторични посещения	3 366 969	8.00
III	Профилактични прегледи на здравноосигурени лица до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по "Детски болести"	35 566	8.00
IV	Профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	507 515	8.00
V	Профилактични прегледи на здравноосигурени лица над 18 г от рискови групи	1 950	8.00
VI	Специализиран преглед по повод на диспансерно наблюдение на здравноосигурени лица с едно или повече заболявания	1 269 563	8.00
VII	ЛКК	1 164 551	2.50
VIII	Високоспециализирани дейности (ВСД)	556 743	
IX	Физиотерапия и рехабилитация	4 802 323	

Източник: МФ

Предлага се следната структура на дейностите в обхвата на специализираната медицинска помощ:

ФИГУРА 9: СТРУКТУРА ДЕЙНОСТИТЕ НА СИМП

⁶ Дейностите за профилактика и диспансерно наблюдение са определени при отчитане на заложените в Приложение № 16 и Приложение №17 от НРД за 2010 година параметри за честота и обем на изследванията.



Източник: МФ

4.2.1. Направления за консултация и съвместно лечение:

Прогнозният брой дейности предполага наличие на повече направления за консултация на хората със специалист, по-голяма степен на натовареност на специалистите, разширен достъп на хората до специализирана извънболнична помощ. Прогнозният брой направления за консултация е 7,4 млн. броя (над 10% увеличение спрямо финансовите параметри от 2010 година). На базата на исторически отчетените тенденции⁷, с най-висок по-висок относителен дял се прогнозира да са направленията издадени от изпълнители на ПИМП за консултация със специалист или 80%. Средно един изпълнител се прогнозира да получи около 1 315 направления за година, а за един месец по 110 направления или 3,6 направления на ден.

Направленията за консултация от един специалист към друг специалист са прогнозно 20% от общия брой направления. На един изпълнител могат да се разпределят средно по 185 направления за една година, а за един месец 15,4 броя. На едно здравноосигурено лице се падат около 1,5 направления за година.

4.3. Предложение за методика на изчисление на реимбурсните нива в медико-диагностичната дейност

Заплащането на изпълнителите на медико-диагностични дейности се основава на следната методика:

Стъпка 1: Дефиниране на пакета услуги. Дефиниране на агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи:

- Клинична лаборатория;
- Клинична микробиология;
- Медицинска паразитология;

⁷ На база данните от НЗОК за 2006, 2007, 2008 и 2009 година и към 31.07.2010 година

- Рентгенология;
- Вирусология;
- Обща и клинична патология;
- Имунология;
- Имунохематология.

Изследванията са планирани да осигурят необходимия обем дейности по повод на остри състояния и заболявания, за реализиране на профилактичната дейност и за диагностика на хронично болните лица⁸.

Стъпка 2: Определяне размера на средствата за МДД. Средствата се определят като процент от общия бюджет на Националната здравноосигурителна каса. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година за всеки конкретен вид изследване или екстраполирани на база исторически разходи и отчетен обем дейности. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или включването на допълнителни дейности

Стъпка 3: Определяне на единичната стойност на услугата (посещение). Първоначално изчислението се прави отдолу-нагоре с цел да се определи минималният разход на здравноосигурено лице за предоставяне на базова дейност от обхвата на основния пакет за съответната специалност. Разходите се определят като преки и непреки и се извършва процентно разпределение по видовете здравни услуги, предлагани от специалистите. След което този минимум може да бъде повишен чрез разпределение отгоре-надолу на ресурсите за специализираната извънболнична помощ. Комбинирането на двата подхода осигурява бюджетно неутрален механизъм за разпределение на ресурсите.

- Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности;
- Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи;
- Разпределение на разходите за заплати: общото време отделено за всяка една от услугите в извънболничната помощ, се разделя на общото време, отделено за всички здравни услуги (времето може да се разбие по специалности).

$$\text{Единична цена за посещение} = \frac{\sum \text{Общите годишни разходи за здравна услуга } X \text{ в лечебно заведение } i}{\sum [(\text{Брой на услугата } X, \text{ предоставена в лечебното заведение } i \text{ по време на } 1 - \text{месечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}$$

Или

$$\text{Глобална средна единична цена на посещение} = \frac{\sum \sum \text{Общите разходи за услуга } X \text{ в лечебно заведение } i \text{ по време на периода на проучване}}{\sum [(\text{Брой на услугата } X, \text{ извършена в лечебно заведение } i \text{ по време на } 1 - \text{месечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}$$

За да се обобщят единичните цени за посещение, те се превръщат в относителни тегла, чрез разделянето на разходите за всяка група от услуги на общите средни разходи:

$$\text{Относителна единична цена } x = \frac{\text{Единичната цена за услуга } x}{\text{Глобалната средна цена за услуга}}$$

⁸ Съгласно Наредбата № 39 от 2004 г. на МЗ за диспансерно наблюдение и профилактика, както и на база договорените в НРД условия за оказване на медицинската помощ, заплащана от НЗОК.

Стъпка 4: Поддържане на финансова и управленска системи. Изпълнителите на медико-диагностични дейности са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване на разпределението на ресурсите. Необходимо е да поддържат вътрешни информационни системи, чрез които да се наблюдават и управляват.

При определяне на цените и прогнозните обеми е възприет метода отгоре надолу⁹

Конкретните цени и прогнозни обеми на медико-диагностичните дейности са представени в Приложение 2, чл. 10. Проучване на ценовите равнища на аналогични услуги от областта на МДД в някои страни от ЕС (например Швейцария, Германия и др.) установи, че цените в България, претеглени през паритета на покупателната способност, у нас са по-високи. Това дава възможности в рамките на общия ресурс за МДД НЗОК да заплаща за по-голям обем дейности в сравнение с предходната година.

4.3.1. Направления за изследване

Стойността на направлението за медико-диагностична дейност спрямо прогнозираните обеми и цени е 71 млн. лева (около 9 % прогнозно увеличение спрямо финансовите параметри по бюджета на НЗОК за 2010 година). Прогнозно се предлага средствата да се разпределят в съотношение 55 към 45 на сто, съответно за изпълнители на ПИМП и СИМП, на базата на исторически отчетени тенденции¹⁰. Средногодишно на един изпълнител на ПИМП може да се определи прогнозна сума за назначаване на изследвания за 8,6 хил.лева, средно месечно по 720 лева. При изпълнителите на СИМП годишният размер е 4.0 хил.лева, а средномесечно - 332 лева. На едно здравноосигурено лице за година се падат по 11.80 лева годишен разход за медико-диагностични изследвания.¹¹ С предлаганите цени за някои лица ще има възможност и за три направления годишно. По този начин се осигурява профилактиката на хората и изследвания в случаите на остри или хронични заболявания.

Предложенията и становищата на националните консултанти по отношение на цените и обемите на медико-диагностичните дейности могат да се разгледат подробно в Приложение 2 и Приложение 5 на настоящия материал.

4.4. ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА МЕТОДИКА НА ЗАПЛАЩАНЕ НА НИВО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

Предлагаме да се запазят основните принципи на заплащане на дейностите в извънболничната помощ през 2010 година. НЗОК ще заплаща на изпълнителите на извънболнична помощ за задължително здравноосигурени лица съгласно реимбурсните нива при наличие на определени условия, гарантиращи ефективност на разпределение на финансовите средства.

НЗОК ще заплаща на изпълнителите съгласно реимбурсните нива от **(Приложение 1 и Приложение 2)** при наличие на следните условия:

⁹ Методиките за изчисление на реимбурсните нива в извънболничната помощ могат да се допълнят с допълнителна стъпка, а именно с прилагането на метода „отдолу – нагоре“, като се определи равнището и структурата на разходите на база анкетно проучване за работата на отделните практики на изпълнители в извънболничната медицинска помощ. При използването на този подход могат да се въведат и индикаторите за качество като реални стимули за допълнително заплащане на база представяне. Реалистичното допускане е това да стане от 2012 година. За целта индикаторите следва да се въведат и наблюдават още през 2011 година. Намаляване на разходите за болнично лечение. По този начин, освен за ранна диагностика се създават и предпоставки за намаляване на разходите в болничната помощ.

¹⁰ На база данните от НЗОК за 2006, 2007, 2008 и 2009 година и към 31.07.2010 година

¹¹ Средната стойност на пакета изследвания, включен в едно направление е 8 лева. Следователно на едно лице се падат средно по две направления годишно.

- Отчетената дейност е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на извънболнична помощ и същата е извършена от посочените в договора индивидуални лекари;
- Лицето е с непрекъснати здравноосигурителни права;
- Спазени са условията за оказване на пълния обем дейности, предвидени за съответния вид дейност от основния пакет;
- Изпълнителят е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите на грижите, координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с НРД и наредбите на МЗ;
- Сумата по фактура отговоря на изискванията на нормативните изисквания.

Регулативните стандарти/направленията се определят съгласно ред, определен в закона за бюджета на НЗОК, но предлагаме да отговарят на следните принципи:

- Общият размер на средствата и броя на направленията за консултация и изследвания се разпределя по РЗОК и по месеци след заделянето на резерв на базата на ясна методика, която да отчита регионалните различия и потребности;
- Стойностите се коригират на тримесечие на базата на отчетените от предходното тримесечие резултати и особености.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1: Методика за заплащане на първичната извънболнична медицинска помощ

Чл.1 Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност съгласно Наредба № 40 от 2004 г. на изпълнителите на ПИМП по следните елементи¹²:

1. медицинско обслужване на ЗЗОЛ, включени в регистъра на изпълнител на ПИМП, по основен пакет за ПИМП съгласно Наредба № 40 от 2004 г.;
2. профилактична дейност по програма “Детско здравеопазване”;
3. профилактична дейност по програма “Майчино здравеопазване” на ЗЗОЛ, избрали ОПЛ за изпълнител по тази програма;
4. диспансерни прегледи на ЗЗОЛ съгласно Наредба № 39 от 2004 г. и списъка на заболяванията за деца и възрастни, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ, за които НЗОК заплаща, съгласно приложение № 13;
5. профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба № 39 от 2004 г. и приложение № 15;
6. неблагоприятни условия за работа в “Населени места - центрове на практики с неблагоприятни условия и възнаграждение за работа в тях”, определени в методика от директора на НЗОК, по предложение на директорите на РЗОК;
7. преглед на ЗЗОЛ, осъществило правото си на избор на изпълнител на ПИМП, регистрирал амбулатория на територията на друг здравен район, обърнало се към изпълнител на ПИМП инцидентно по повод на остро възникнало състояние.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща дейностите по ал. 1, когато са извършени дейностите от основния пакет и са назначени всички изисквани медицински дейности съгласно приложенията, нормативните изисквания и когато ЗЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати осигурителни права към датата на извършване на медицинската услуга.

Чл. 2 Заплащането по чл.1, ал.1, т.1 се определя в зависимост от възрастта и броя на:

1. задължително здравноосигурените лица с постоянен избор при изпълнителя на ПИМП;
2. задължително здравноосигурените лица, направили временен избор при изпълнителя на ПИМП.

(2) Броят на ЗЗОЛ по ал.1, т.1 се намалява с броя на лицата по ал.1, т.2, които са направили временен избор при друг изпълнител на ПИМП, за периода на временния избор.

(3) Броят на ЗЗОЛ по ал.1 се определя към последно число на месеца или датата на прекратяване на договора.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща ежемесечно на изпълнителите на ПИМП, както следва:

¹² В методиката не са отразени предложенията на националните консултанти. Същите ще се отразят след получаване становищата на консултантите като допълнение към анализа

1. по 1,30 лв. за всяко ЗЗОЛ на възраст от 0 до 18 години;
2. по 1,09 лв. за всяко ЗЗОЛ на възраст от 18 до 65 години;
3. по 1,42 лв. за всяко ЗЗОЛ на възраст над 65 години.

(5) Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, заплащането се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

(6) Плащането по чл.1, ал.1, т.1 се извършва месечно след проверка по:

1. фактура;
2. спецификация;
3. първите екземпляри на регистрационните форми за избор за новорегистрирани ЗЗОЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат;
4. електронен отчет за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 3 Заплащането по чл.1, ал.1, т.2 е:

1. за извършен профилактичен преглед при лица на възраст от 0 до 18 години съгласно изискванията на Наредба № 39 от 2004 г. е 7,70 лв. за лица от 0 до 18 г.

2. за извършена задължителна планова имунизация или реимунизация (в т. ч. проба Манту) съгласно Имунизационния календар на Република България (приложение № 1 към Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България на лице на възраст от 0 до 18 години - 1,90 лв.;

3. общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой.

(2) Плащането на изпълнителя на ПИМП по чл.1, ал.1, т.2 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност по програма "Детско здравеопазване", отразена в амбулаторните листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 4. (1) Заплащането по чл.1, ал.1, т.3 е 2,20 лв. за извършен преглед на лице, включено в програма "Майчино здравеопазване" при изпълнителя на ПИМП.

(2) Включването на ЗЗОЛ, осъществили правото си избор на ОПЛ за изпълнител на програма "Майчино здравеопазване", се извършва след доказване на бременността.

(3) Плащането на изпълнителя на ПИМП по чл.1, ал.1, т.3 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност по програма "Майчино здравеопазване", отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) Общият брой на заплатените профилактични прегледи за една бременност не може да надвишава максималния брой.

Чл. 5. (1) За медицинската помощ по чл.1, ал.1, т.4 се заплаща за извършен преглед на ЗЗОЛ с едно или повече заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ - 6,00 лв.

(2) Заплащането на изпълнителя на ПИМП по чл.1, ал.1, т.4 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(3) Заплащането по чл.1, ал.1, т.4 се осъществява в случаите, в които са извършени дейностите от основния пакет и са назначени всички медицински дейности, съгласно изискванията на Наредба № 39 от 2004 г., Наредба № 40 от 2004 г., и приложение № 13.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща за не повече от предвидения максимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

Чл.6. (1) Заплащането по чл.1, ал.1, т.5 е в размер 7,70 лв.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща само един годишен профилактичен преглед на ЗЗОЛ по ал.1.

(3) Плащанията на изпълнителя на ПИМП по чл.1, ал.1, т.5 се извършват месечно - след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети, електронен отчет за извършената дейност по профилактика на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 7. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл.1, ал.1, т.6, когато населеното място, в което е регистриран адрес на лечебното заведение, е определено като неблагоприятно.

(2) Месечните суми, заплащани от НЗОК, и населените места - центрове на практики с неблагоприятни условия, се определят от директора на НЗОК, съгласно методика и са в рамките до 5 млн. лв. за съответната финансова година.

(3) При наличие на повече от един изпълнител на ПИМП с месторазположение на практиката в населеното място по ал. 2, сумата се разпределя пропорционално на броя регистрирани ЗЗОЛ при ОПЛ от лечебно заведение - изпълнител на ПИМП.

(4) Сумите по ал.2 и 3 се определят към момента на сключване на индивидуалния договор и се вписват в него.

(5) Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, сумата се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

(6) Изпълнител на ПИМП получава еднократно плащане в размер на 300 лв., при наличие на следните две условия:

1. разкрита амбулатория в обособена в областната здравна карта практика, която е била незаета в продължение на последните 6 месеца;

2. декларирано осигуряване на постоянен денонощен достъп до консултация по телефон, в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на самия ОПЛ на територията на практиката за срока на действие на договора.

Чл.8. (1) Заплащането по чл.1, ал.1, т.7 е за извършено посещение на ЗЗОЛ с регистрация в друг здравен район при лекаря в размер 5,00 лв., при следните условия:

1. задължително здравноосигуреното лице е временно извън здравния район, където е осъществило избор на ОПЛ и при посещението си представи здравноосигурителна книжка, а за осигурените от друга държава лица – и удостоверение за регистрация към НЗОК;

2. осигурено в друга държава лице е потърсило помощ по повод на остро възникнало състояние и при посещението си:

а) представи ЕЗОК/удостоверение, временно заместващо ЕЗОК/ удостоверение за регистрация към НЗОК;

б) попълни "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК";

3. изпълнителят отчита не повече от две посещения на едно и също ЗЗОЛ за месеца.

(2) Плащанията на изпълнителя на ПИМП по чл.1, ал.1, т.7 се извършват месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

Условия и срокове за заплащане на извършените медицински дейности

Чл.9. (1) Изпълнителите на медицинска помощ се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура, финансово-отчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и/или електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност и първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат, по утвърден график до 3-тия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура, придружена със съответната отчетна документация, определена в Националния рамков договор по чл. 55 от Закона за здравето осигуряване.

(3) Изпълнителите на ПИМП представят ежемесечно в РЗОК първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат, в сроковете по ал.1 и в случаите, когато не отчитат дейност.

Чл.10. (1) Електронният отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, се коригира от ИМП в момента на отчитането, в случай че при приемането им се установяват следните фактически грешки:

- а) сгрешен МКБ код на заболяване при правилно попълване на диагноза;
- б) неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист;
- в) липса или грешен УИН на лекаря, при вярно изписани три имена на лекаря;
- г) липса или грешен ЕГН на ЗЗОЛ в амбулаторния лист, при вярно изписани три имена на ЗЗОЛ.

(2) При нарушена структура на файла, водеща до невъзможност за обработка на електронния отчет по вина на ИМП, РЗОК връща електронния отчет на ИМП. Изпълнителят на медицинска помощ коригира електронния отчет.

(3) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

Чл.11. При неспазване на посочения в чл.8, ал.1 срок за представяне на отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

Чл.12. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

(2) Не се заплаща по предвидения ред, за извършени дейности от ИМП, ако те не са отчетени за два последователни месеца.

(3) Не се заплаща по предвидения ред за извършена от ИМП дейност през период, който изпълнителят вече е отчетел.

Чл.13. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни и/ или грешки, установени при обработката на електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и/или електронен отчет за извършена медико-диагностична дейност, в определен от НЗОК формат, РЗОК информира ИМП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения.

(2) При необходими корекции и допълнения на финансово-отчетните документи РЗОК връща фактурата и спецификацията към нея на ИМП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно от 16-то число на месеца на отчитане. В срок до 2 работни дни ИМП се задължава да представи фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията към тях. В случай на отказ от страна на ИМП за корекции и допълнения, фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията се придружават от отказ на ИМП, предоставен в писмена форма.

(3) Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове.

(4) Ако ИМП не спазят реда за корекции по ал. 1 и 2 в текущия период за отчитане, на ИМП не се заплаща отчетената дейност.

Чл.14. Плащанията се извършват в левове по банков път, по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл.15. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на действащия НРД.

Чл.16. В случай, че плащането за извършените и отчетени дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Приложение 2: Методика за заплащане на специализираната извънболнична медицинска помощ и на медико-диагностичните дейности

Чл.1 (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП съгласно Наредба №40 от 2004 г. и действащите приложения, както следва¹³:

1. преглед на ЗЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извън случаите по следващите точки, по специалности: "Акушерство и гинекология"; "Вътрешни болести"; "Гастроентерология"; "Детска гастроентерология"; "Гръдна хирургия"; "Детски болести"; "Ендокринология и болести на обмяната"; "Детска ендокринология и болести на обмяната"; "Инфекциозни болести"; "Кардиология"; "Детска кардиология"; "Клинична алергология"; "Детски болести" и "Клинична алергология"; "Клинична токсикология", "Клинична хематология", "Детска клинична хематология и онкология", "Кожни и венерически болести", "Неврохирургия", "Нервни болести", "Детска неврология", "Нефрология", "Детска нефрология и хемодиализа", "Ортопедия и травматология", "Очни болести", "Пневмология и фтизиатрия", "Детска пневмология и фтизиатрия", "Психиатрия", "Детска психиатрия", "Ревматология", "Детска ревматология", "Съдова хирургия", "Ушно-носно-гърлени болести", "Урология", "Хирургия", "Медицинска паразитология", "Медицинска онкология";

2. преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по "Детски болести"; "Детска гастроентерология"; "Детска ендокринология и болести на обмяната"; "Детска кардиология"; "Детски болести" и "Клинична алергология";

¹³ В методиката не са отразени предложенията на националните консултанти. Същите ще се отразят след получаване становищата на консултантите като допълнение към анализа

“Детска клинична хематология и онкология”; “Детска неврология”; “Детска нефрология и хемодиализа”; “Детска пневмология и фтизиатрия”; “Детска психиатрия”; “Детска ревматология”, по повод на остро възникнало състояние и по назначение на ОПЛ;

3. профилактичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по “Детски болести”, съгласно изискванията на Наредба №39 от 2004 г. и приложение №17;

4. профилактичен преглед на ЗЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по “Акушерство и гинекология” (по програма “Майчино здравеопазване”), извършващ профилактични прегледи на бременни, съгласно Наредба №39 от 2004 г. и приложение №17;

5. профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст от рисковите групи, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по “Акушерство и гинекология”, “Урология”, “Кардиология”, “Ендокринология и болести на обмяната”, “Гастроентерология”, “Вътрешни болести” или “Хирургия”, съгласно приложение №17;

6. специализиран преглед на ЗЗОЛ съгласно Наредба №39 от 2004 г. и приложения № 16, извършен от специалиста, водещ диспансерното наблюдение;

7. общомедицински и специализирани медицински дейности съгласно основен пакет по “Физикална и рехабилитационна медицина”;

8. високоспециализирани медицински дейности по съответните специалности от основния пакет СИМП;

9. специализирани и/или високоспециализирани медико-диагностични изследвания по пакети: “Вирусология”, “Имунология”, “Клинична лаборатория”, “Клинична микробиология”, “Медицинска паразитология”, “Имунохематология”, “Обща и клинична патология” и “Образна диагностика”;

10. общомедицински и специализирани дейности по медицинска експертиза.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща по елементите по ал.1, когато са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно съответните приложения, всички нормативни изисквания и ЗЗОЛ, на което е оказана специализираната помощ, е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на дейността.

Чл.2. (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл.1, ал.1, т.1 се заплаща за:

1. реализирано първично посещение при специалист по повод заболявания и състояния - 14,50 лв.;

2. реализирано вторично посещение по повод заболявания и състояния - 8,00 лв.

(2) Първичните посещения по ал.1, т.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК №3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злоупотреби или професионални заболявания и “Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК”.

(3) Вторичните посещения по ал.1, т.2 се отчитат с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) За видовете специализирана помощ се заплащат на изпълнителя на СИМП отчетените вторични посещения през месеца, но не повече от 50 на сто от общия брой на отчетените през месеца първични посещения по ал.1, т.1.

(5) За видовете специализирана помощ по пакети "Хирургия" и "Ортопедия и травматология" на изпълнителя се заплащат отчетените вторични посещения до броя на отчетените през месеца първични посещения, при които на ЗЗОЛ са извършени хирургични и ортопедични процедури, определени със заповед на директора на НЗОК.

(6) Заплащането по чл.1, ал., т.1 е месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети, медицински направления и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл.3. (1) За видовете специализирана помощ по чл.1, ал.1, т.2 се заплаща за:

1. реализирано първично посещение от ЗЗОЛ до 18-годишна възраст при лекар с придобита специалност по "Детски болести"; "Детска гастроентерология"; "Детска ендокринология и болести на обмяната"; "Детска кардиология"; "Детски болести" и "Клинична алергология"; "Детска клинична хематология и онкология"; "Детска неврология"; "Детска нефрология и хемодиализа"; "Детска пневмология и фтизиатрия"; "Детска психиатрия"; "Детска ревматология", по повод на остри състояния - 14,50 лв.;

2. реализирано вторично посещение по повод на същото състояние - 8,00 лв.

(2) Първичното посещение по ал.1, т.1 за месеца се отчита пред РЗОК с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

(3) Вторичното посещение по ал.1, т.2 се отчита с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) За видовете специализирана помощ по ал.1 се заплащат отчетените вторични посещения за ЗЗОЛ до 18-годишна възраст по повод остри състояния, но не повече от броя на отчетените през месеца първични посещения по ал.1, т.1.

(5) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка по фактура, финансово-отчетните документи, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и медицинските направления (бл. МЗ-НЗОК № 3).

Чл.4. (1) За видовете специализирана помощ по чл.1, ал.1, т.3 се заплаща за извършен профилатичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст от лекар с придобита специалност по "Детски болести" - 8,00 лв.

(2) Прегледите по ал.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ без придобита специалност по "Детски болести", когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма "Детско здравеопазване" при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилатични прегледи на ЗЗОЛ, съобразени с изискванията на Наредба №39 от 2004 г. и приложение №17 по програма "Детско здравеопазване".

(4) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи, първичните медицински документи и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл.5. (1) За видовете специализирана помощ по чл.1, ал.1, т.4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ, включено в програмата "Майчино здравеопазване", избрало специалист по "Акушерство и гинекология" за наблюдение на бременността:

1. за реализирано първично посещение на ЗЗОЛ направили първоначален избор на специалист по "Акушерство и гинекология"- 14,50 лв.;

2. за реализирано вторично посещение по повод на същото състояние или реализирано посещение при преизбор на специалист - 8,00 лв.

(2) Прегледите по ал.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програмата "Майчино здравеопазване" при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените по Наредба №39 от 2004 г. профилактични прегледи на ЗЗОЛ и приложение №17 по програмата "Майчино здравеопазване".

(4) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка по фактура, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и основанието за включване в програмата "Майчино здравеопазване" при първично посещение или при посещение по повод на преизбор на специалист по „Акушерство и гинекология” - "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

Чл.6. (1) За видовете специализирана помощ по чл.1, ал.1, т.5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст - 8,00 лв.

(2) Прегледите по ал.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗЗОЛ, но не повече от един годишен преглед при всеки един от посочените специалисти.

(4) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка по фактура, спецификация, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и основанието за включване - "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ.

Чл.7. (1) Специализираната медицинска помощ по чл.1, ал.1, т.7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение.

(2) За физиотерапевтичен курс на лечение на определено заболяване се приема комплексно лечение, включващо първоначален преглед на лекаря специалист по "Физикална и рехабилитационна медицина", с оценка на обективното състояние на пациента с назначен общ брой процедури до 20 в курс от група 1 и/или 2, или 3 по преценка на лекаря специалист, промените на лечението за даденото лице, както и заключителен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение.

(3) Процедурите от група 1 и/или 2, или 3, включени в курс на лечение по физиотерапия и рехабилитация, се отразяват непосредствено при провеждането им в бл. МЗ № 509-89 за физикална терапия и рехабилитация.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща за проведена процедура от физиотерапевтичния курс на лечение по 1,40 лв. за следните групи:

1. група 1 - процедури с физикални фактори от апаратната терапия;
2. група 2 - група 2 - процедури с кинезитерапевтични техники;
3. група 3 - процедури с физикални фактори от апаратна терапия и кинезитерапевтични техники;
4. заключителен преглед с оценка на резултата от проведеното лечение и отразен брой на проведени процедури - 8,00 лв.

(3) Дейността по ал.2 за месеца се отчита пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща за заключителен преглед, извършен не по-късно от 5-ия работен ден, следващ деня, в който е извършена последната процедура.

(5) При неотчитане на прегледа по ал.4, т.4 се заплаща само отчетената дейност по ал.4, т.1-3.

(6) Заплащането е месечно след проверка по фактура, спецификация, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3).

Чл.8. (1) За видовете специализирана помощ по чл.1, ал.1, т.6 се заплаща за извършен преглед на ЗЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар-специалист:

1. за реализирано първично посещение на ЗЗОЛ направили първоначален избор на лекар-специалист, извършващ диспансерното наблюдение - 14,50 лв.;
2. за реализирано вторично посещение или посещение при преизбор на специалист - 8,00 лв.

(2) За видовете специализирана помощ се заплаща по реда на ал.1 в случаите, в които са спазени всички изисквания за извършване на специализирани медицински дейности, съгласно изискванията на Наредба №39 от 2004 г., Наредба №40 от 2004 г. и приложение №16, но за не повече от предвидения оптимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(3) Дейността по ал. 2 за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, при първично посещение или посещение по повод на преизбор на диспансеризиращ специалист, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК; "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, не се изисква когато ЗЗОЛ се диспансеризира при посещение по друг повод.

(4) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл.9. (1) Извършената високоспециализирана медицинска дейност по чл.1, ал.1, т.8 се заплаща по цени, както следва:

	Общо годишен прогнозен брой дейности	556 743
Код	Название на дейността	Цена (лв.)
1	2	3
05_31	Локално обезболяване—проводна анестезия	7,00
06_11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	26,50
14_24	Лазертерапия при очни заболявания	37,30
21_22	Вземане на биопсичен материал от нос	12,50
21_29	Назален провокационен тест с алергени	24,50
21_31	Отстраняване на полипи от носната кухина	25,00
22_01	Пункция и аспирация на максиларен синус	12,20
28_0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	12,20
31_48	Ларингостробоскопия; ларингостробография	25,00
33_29	Бронхопровокационен тест с метахолин	30,00
38_50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и ексцизия на варикозни възли	28,00
39_96	Венозна анестезия	18,60
40_11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	13,00
41_31	Вземане на материал чрез костно-мозъчна пункция за специализирани изследвания	15,00
45_13	Диагностична горна ендоскопия	20,00
45_23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	20,00
45_24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	20,00
57_32	Уретроцистоскопия (диагностична)	18,80
57_33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	13,00
58_0	Уретротомия при стриктура	14,00
58_23	Вземане на биопсичен материал от уретра	13,00
60_11	Вземане на биопсичен материал от простата	13,00
64_11	Вземане на биопсичен материал от пенис	13,00
67_11	Колпоскопия с прицелна биопсия	13,00
67_32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	13,00
68_16	Аспирационна ендометриална биопсия	7,50
81_91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	16,30
82_04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	38,10
83_13	Вагиномия	8,00
85_0	Инцизия на гръдна жлеза	15,00
85_11	Вземане на биопсичен материал от гърда	13,00
86_3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	13,00
88_71	Трансфонтанелна ехография	16,30
88_72	Ехокардиография	21,30
88_721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	27,00
88_75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	16,50
88_77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	16,50
88_79	Ехографско изследване на стави при деца	16,50
88_98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: Болни с трансплантирани органи. Пациенти с хиперпаратиреоидизъм. Пациенти с хипогонадизъм	19,00
89_01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани тромбоцити	25,00
89_04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити - обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	25,00
89_06	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел от морфологични, имунофенотипни, цитогенетични и молекулярни показатели за диагноза и определяне на група прогностичен риск при болен с левкемия	25,00

	Общо годишен прогнозен брой дейности	556 743
Код	Название на дейността	Цена (лв.)
1	2	3
89_07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	12,50
89_08	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел имунохистохимични, имунохимични показатели □ -микроглобулин за диагноза и определяне на група прогностичен риск при пациент с лимфом	25,00
89_12	Назален провокационен тест с медиатори	27,00
89_14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	15,00
89_41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	18,80
89_50	ЕКГ Холтер мониториране	16,30
89_61	Непрекъснат 24-часов запис на АН (Холтер мониториране)	16,00
90_49	Индуциране на хрчка и нейната обработка	12,00
93_08	Електромиография (ЕМГ)	15,00
93_13	Постизометрична релаксация (курс на лечение)	12,00
93_21	Екстензионна терапия (курс на лечение)	12,00
93_27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП *	26,00
93_75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация—курс (комплекс дихателни, фонаторни и резонаторни упражнения) 10 сеанса*	26,00
95_12	Флуоресцентна ангиография на съдовете на окото	33,70
95_23	Евокирани потенциали	19,00
95_47	Фонетография	15,00
96_53	Назален лаваж и обработка	17,00
99_29	Венозни инфузии на вазоактивни медикаменти при застрашаващи живота състояния	17,00
99_88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани*	25,00
Z01_5	Кожно-алергично тестване	7,50
Z01_5	Тестуване за поносимост при прилагане на анестетици	9,00

(2) Заплащането по ал.1 е за ВСМД, включително общомедицинските и специализираните дейности, в случаите, в които това се налага от естеството на високоспециализираната дейност, запис на резултатите от дейността, когато това е възможно, и интерпретацията на резултатите.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща за дейността по ал.1, ако дейността е назначена от лекар-специалист с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК №3А), а за дейностите по пакет "Анестезиология и интензивно лечение" - и от изпълнител на ПИМП, а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверяващия документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

(4) С едно "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК №3А) може да бъде отчетена само една ВСМД.

(5) Дейността по ал.1 за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А).

(6) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи, първичните медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл.10. (1) Извършените медико-диагностични дейности се заплащат от НЗОК по цени и в обеми, както следва:

		Прогнозен брой	Цена в лева
	Медико-диагностична медицинска помощ		
01	Клинична лаборатория		

		Прогнозен брой	Цена в лева
01_01	Кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	1 850 783	1,98
01_03	Скорост на утаяване на еритроцитите	1 110 379	0,77
01_04	Време на кървене	82 692	1,43
01_05	Пресяващи тестове: протромбиново време	251 302	1,43
01_06	Пресяващи тестове: активирано парциално тромбoplastиново време (АРТТ)	26 205	1,43
01_07	Пресяващи тестове: фибриноген	63 244	1,43
01_08	Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген)	1 004 155	0,66
01_09	Седимент на урина – ориентировъчно изследване	1 204 279	0,66
01_10	Окултни кръвоизливи	20 612	2,30
01_11	Глюкоза	1 803 209	0,77
01_12	Кръвно-захарен профил	426 669	3,85
01_13	Креатинин	595 245	0,77
01_14	Урея	227 907	0,77
01_15	Билирубин – общ	92 619	1,00
01_16	Билирубин – директен	35 485	1,00
01_17	Общ белтък	130 255	0,77
01_18	Албумин	36 238	0,77
01_19	Холестерол	2 394 560	0,77
01_20	HDL-холестерол	1 945 656	0,99
01_21	Триглицериди	2 263 816	0,86
01_22	Гликиран хемоглобин	194 251	5,49
01_23	Пикочна киселина (урат)	158 712	0,77
01_24	АСАТ	400 365	0,77
01_25	АЛАТ	392 166	0,77
01_26	Креатинкиназа (КК)	28 708	0,77
01_27	ГГТ	135 854	0,77
01_28	Алкална фосфатаза (АФ)	72 254	0,77
01_29	Алфа-амилаза	30 776	0,77
01_30	Липаза	1 907	1,54
01_31	Натрий и Калий	162 468	1,73
01_34	Калций	46 914	0,77
01_35	Фосфати	23 983	0,77
01_36	Желязо	133 952	0,86
01_37	ЖСК	49 953	1,54
01_38	CRP	49 087	2,50
02_09	Антистрептолизинов титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	19 657	3,56
02_10	Waaler Rose/RF (ревматоиден артрит)	13 388	3,56
01_40	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	306 035	1,94
01_41	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване	31 868	1,30
09_01	Криоглобулини	50	2,50

		Прогнозен брой	Цена в лева
09_02	Общи имуноглобулини IgM	305	2,50
09_03	Общи имуноглобулини IgG	363	2,50
09_04	Общи имуноглобулини IgA	317	2,50
09_05	С3 компонент на комплемента	86	2,50
09_06	С4 компонент на комплемента	61	2,50
10_08	fT4	105 946	4,00
10_09	TSH	250 918	4,00
10_10	PSA	16 265	6,00
10_11	CA-15-3	3 836	9,00
10_12	CA-19-9	2 936	9,00
10_13	CA-125	4 910	9,00
10_14	Алфа-фетопротейн	1 548	9,00
10_15	Бета-хорионгонадотропин	1 213	9,00
10_16	Карбамазепин	491	9,00
10_17	Валпроева киселина	1 151	9,00
10_18	Фенитоин-отпада	2	9,00
10_19	Дигоксин-отпада	5	9,00
10_20	Микроалбуминурия	101 034	5,00
10_21	Progesteron	7 783	7,00
10_22	LH	9 368	7,00
10_23	FSH	10 909	7,00
10_24	Prolactin	17 035	7,00
10_25	Estradiol	9 032	7,00
10_26	Testosteron	9 836	7,00
10_34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	1 292	9,00
10_61	CEA	1 713	7,00
2	Клинична микробиология		
02_07	RPR (или Васерман)	58 752	3,56
02_09	Антистрептолизин титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	19 657	3,67
02_10	Waaler Rose/RF (ревматоиден артрит)	13 388	3,67
02_11	Paul-Bunnell (инфекциозна мононуклеоза)	617	3,46
02_12	Фекална маса и ректален секрет (Salmonella, Shigella, E. coli, Candida, Campylobacter, Clostridium difficile, Staphylococcus aureus)	91 196	5,08
02_13	Изследване на урина за урокултура E.coli, Proteus, Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам (-), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	113 042	5,08
02_14	Материал от генитална система N. gonorrhoeae, Streptococcus (Haemophilus), Staphylococcus, Gardnerella, Enterobacteriaceae и др, Грам (-), Гъби (C. albicans) и др.	96 521	5,08
02_15	Ранев материал и гной Staphylococcus (S. aureus), b-Streptococcus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Анаероби, Corynebacterium	6 922	5,08
02_16	Гърлени и назофарингеални секрети b- Streptococcus, Staphylococcus (S. aureus), Neisseria (N. meningitidis), Haemophilus (H. influenzae), Гъби (C. albicans и др.),	87 887	5,08

		Прогнозен брой	Цена в лева
	Corynebacterium		
02_17	Хрчка, a-(b)- Streptococcus, Staphylococcus, Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Гъби (C. albicans и др.), Mycobacterium, Анаероби, Aspergillus, M. pneumoniae, RSV	11 477	5,08
02_19	Антибиограма с 6 антибиотични диска	107 982	4,50
02_20	Chlamydia (сух тест)	3 097	3,46
04	Медицинска паразитология		
04_01	Микроскопско изследване за паразити, вкл. Trichomonas vaginalis	138 318	4,00
04_02	Серологично изследване за трихинелоза	268	6,00
04_03	Серологично изследване за токсоплазмоза	7 324	6,00
04_04	Серологично изследване за ехинококоза	2 370	6,00
05	Вирусология		
05_01	Доказване на HIV антитела с имунологичен метод ЕЛАЙЗА	26 616	5,00
05_02	Доказване на антитела РЗХА за рубеола при бременни	118	6,00
05_03	Доказване на антитела РЗХА за морбили при бременни	10	6,00
05_04	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси А по метода ЕЛАЙЗА	761	6,00
05_05	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси В по метода ЕЛАЙЗА	59 327	6,00
05_06	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси С по метода ЕЛАЙЗА	5 807	6,00
06	Рентгенология		
06_01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	24 665	1,21
06_02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	867	6,16
06_03	Рентгенография на лицеви кости	3 305	6,16
06_04	Рентгенография на околоносни синуси	55 233	6,16
06_05	Специални центражи на черепа	3 389	6,16
06_06	Рентгенография на стернум	913	6,16
06_07	Рентгенография на ребра	13 598	6,16
06_08	Рентгеноскопия на бял дроб	9 057	6,16
06_09	Рентгенография на крайници	2 530	6,16
06_10	Рентгенография на длан и пръсти	40 826	6,16
06_11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	605	6,16
06_12	Рентгенография на сакроилиачна става	2 090	6,16
06_13	Рентгенография на тазобедрена става	46 918	6,16
06_14	Рентгенография на бедрена кост	6 032	6,16
06_15	Рентгенография на колянна става	118 296	6,16
06_16	Рентгенография на подбедрица	14 397	6,16
06_17	Рентгенография на глезенна става	40 626	6,16
06_18	Рентгенография на стъпало и пръсти	49 959	6,16
06_19	Рентгенография на клавикула	1 549	6,16

		Прогнозен брой	Цена в лева
06_20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	682	6,16
06_21	Рентгенография на скапула	519	6,16
06_22	Рентгенография на раменна става	37 593	6,16
06_23	Рентгенография на хумерус	3 341	6,16
06_24	Рентгенография на лакетна става	13 353	6,16
06_25	Рентгенография на антебрахиум	8 853	6,16
06_26	Рентгенография на гривнена става	32 327	6,16
06_27	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	15 987	11,22
06_28	Рентгенография на череп	5 938	11,22
06_29	Рентгенография на гръбначни прешлени	192 594	11,22
06_30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	530 324	11,22
06_31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастинум	15 139	11,22
06_32	Обзорна рентгенография на корем	23 901	11,22
06_33	Рентгенография на таз	50 537	11,22
06_34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	149 950	11,22
06_35	Томография на гръден кош и бял дроб	239	17,60
06_37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	25 003	17,60
06_38	Рентгеново изследване на тънки черва	922	17,60
06_39	Иригография	10 087	17,60
10_01	Компютърна аксиална или спирална томография	59 753	62,70
10_02	Ядрено-магнитен резонанс	24 757	183,70
10_03	Мамография на двете млечни жлези	63 594	14,96
10_58	Хистеросалпингография	233	17,60
10_59	Интравенозна холангиография	2	17,60
10_60	Венозна урография	2 171	17,60
07	Обща и клинична патология		
07_01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от хрчка	36	5,40
07_02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	12	5,40
07_03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	482	5,40
07_04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	8	5,40
07_05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	4	5,40
07_06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	9	5,40
07_07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	77	5,40
07_08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	126	5,40
07_09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	202 748	6,40
07_10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	35	5,40
07_11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	17	5,40

		Прогнозен брой	Цена в лева
07_12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	116	5,40
07_13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	0	5,40
10_38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	177	12,96
10_39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	591	12,96
10_40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	264	12,96
10_41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	1	12,96
10_42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	5	12,96
10_43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	1 027	12,96
10_44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларингс и трахея	0	12,96
10_45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастинум	1	12,96
10_46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	219	12,96
10_47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	1 941	12,96
10_48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	120	12,96
10_49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	2 074	12,96
10_50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	5	12,96
10_51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	581	12,96
10_52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	33	12,96
10_53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	23	12,96
10_54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	0	12,96
10_55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	7	12,96
10_56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	21	12,96
10_57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	2	12,96
09	Имунология		
09_01	Определяне на криоглобулини	63	2,50
09_02	Определяне на общи имуноглобулини Ig M	451	2,50
09_03	Определяне на общи имуноглобулини Ig G	473	2,50
09_04	Определяне на общи имуноглобулини Ig A	465	2,50
09_05	Определяне на C3 компонент на комплемента	332	2,50
09_06	Определяне на C4 компонент на комплемента	308	2,50
10_05	Флуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел	31	85,00

		Прогнозен брой	Цена в лева
10_06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест	0	20,00
10_07	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата	3	30,00
10_08	fT4	329	4,00
10_09	TSH	495	4,00
10_29	Определяне на общи Ig E	252	7,40
10_30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	475	12,00
12	Имунохематология		
10_35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на еритроантителата (диференциран директен тест на Coombs) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти-IgG и анти-комплементарен (C') тест-реагент	45	11,76
10_36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	121	21,00
10_37	Определяне на титъра на имунните анти-A и анти-B антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	963	15,00
12_01	Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)	39 753	7,06
12_02	Определяне на подгрупите на A антигена (A1 и A2) с тест-реагенти с анти-A и анти-H	5 803	3,00
12_03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	514	30,00
12_04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите – чрез директен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума – чрез аглутинационен или ензимен метод	714	20,00
12_05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум	9 136	30,00
12_06	Определяне на Rh фенотип (CcDEe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	150	27,00

Предложения за цени и обеми за медико-диагностичните дейности от националните консултанти:

Специалност	Изследване	Цени в лв.	Обеми
Клинична имунология			
Код 09_01	Определяне на криоглобулини	5.00	146

Код: 09-02;09-03;09-04	Определяне на общи имуноглобулини ИгМ ИгГ и ИгА	8.50	13426
	Определяне на С3 и С4 компоненти на комплемента	8.50	6819
Код: 10-05	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити-стандартен панел	100.00	2064
Код: 10-06	Определяне на оксилатен взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблу Тетразолов Тест (НБТ)	28.00	1053
Код: 10-07	Определяне на фагоцитоза с флоуцитометрия	41.00	168
Код: 10-08	fT4	9.00	329
Код: 10-09	TSH	9.00	495
Код: 10-29	Определяне на общи имуноглобулини Е	16.00	485
Код: 10-30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	20.00	3145
нова	Определяне на антинуклеарни антитела: - ds DNA - SmAg - RNP (ACA) - ssA-Ro - ssB-La - и др. Всяко по:	15.00	7708
Клинична лаборатория Код:			
01_01	Кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	1,80	1 850 783
01_03	Скорост на утаяване на еритроцитите	0,80	1 110 379
01_04	Време на кървене	1,43	82 692
01_05	Пресяващи тестове: протромбиново време	1,43	251 302
01_06	Пресяващи тестове: активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)	1,43	26 205
01_07	Пресяващи тестове:	1,43	63 244

	фибриноген		
01_08	Химично изследване на урина - комплексно	0,70	1 004 155
01_09	Седимент на урина – ориентируващо изследване	1,00	1 204 279
01_10	Окултни кръвоизливи	2,30	20 612
01_11	Глюкоза	1,00	1 803 209
01_12	Кръвно-захарен профил	3,00	426 669
01_13	Креатинин	1,00	595 245
01_14	Урея	1,00	227 907
01_15	Билирубин – общ	1,00	92 619
01_16	Билирубин – директен	1,00	35 485
01_17	Общ белтък	1,00	130 255
01_18	Албумин	1,00	36 238
01_19	Холестерол	1,00	2 394 560
01_20	HDL-холестерол	1,20	1 945 656
01_21	Триглицериди	1,00	2 263 816
01_22	Гликиран хемоглобин	6,00	194 251
нов	Хемоглобин A2 -таласемия	10,00	25 000
01_23	Пикочна киселина	1,00	158 712
01_24	АСАТ	1,00	400 365
01_25	АЛАТ	1,00	392 166
01_26	Креатинкиназа (КК)	1,00	28 708
01_27	ГГТ	1,00	135 854
01_28	Алкална фосфатаза (АФ)	1,00	72 254
01_29	Алфа-амилаза	1,00	30 776
01_30	Липаза	1,80	1 907
01_31	Натрий и Калий	2,00	162 468
01_34	Калций	1,00	46 914
01_35	Фосфати	1,00	23 983
01_36	Желязо	1,00	133 952
01_37	ЖСК	1,54	49 953
01_38	CRP	2,50	49 087
нов	високочувствителен CRP	7,00	30 000
02_09	Антистрептолизин титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	2,50	19 657
02_10	Waalер Rose/RF (ревматоиден артрит)	2,50	13 388
01_40	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	3,00	306 035
01_41	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване	2,00	31 868
09_01	Криоглобулини	2,50	50
09_02	Общи имуноглобулини IgM	3,00	305
09_03	Общи имуноглобулини IgG	3,00	363
09_04	Общи имуноглобулини IgA	3,00	317
09_05	С3 компонент на комплемента	3,00	86
09_06	С4 компонент на комплемента	3,00	61
10_08	ft4	6,00	105 946

10_09	TSH	6,00	250 918
нов	PTH парат хормон	10,00	2 000
нов	anti-Tg тиреоглобулинови антитела	7,00	25 000
нов	anti-TPO микрозомални антитела	7,00	40 000
10_10	PSA	7,00	16 265
10_11	CA-15-3	10,00	3 836
10_12	CA-19-9	10,00	2 936
10_13	CA-125	10,00	4 910
10_14	Алфа-фетопротеин	10,00	1 548
10_15	Бета-хорионгонадотропин	10,00	1 213
10_16	Карбамазепин	10,00	491
10_17	Валпроева киселина	10,00	1 151
10_18	Фенитоин	10,00	2
10_19	Дигоксин	10,00	5
нов	Монохидроксикарбазепин	14,00	500
нов	Ламотригин	14,00	300
10_20	Микроалбуминурия	5,00	101 034
10_21	Progesteron	7,00	7 783
10_22	LH	7,00	9 368
10_23	FSH	7,00	10 909
10_24	Prolactin	7,00	17 035
10_25	Estradiol	8,00	9 032
нов	DHEA-S дехидроепиандростерон	8,00	2 500
нов	Cortizol	9,00	1 500
10_26	Testosteron	8,00	9 836
10_34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	10,00	1 292
10_61	CEA	7,00	1 713
Микробиология Код:			
02-17	Храчка	около 1103	
от 02-12 до 02-17	Да се диференцират изследванията на положителни и отрицателни.	Да се повиши цената с 40% за положителните проби и да се намали с 20% за отрицателните.	
Вирусология			
	Маркери на хепатит тип Б	около 9.40	
Обща ио клинична патология Код:			
07-01, 07-02, 07-03, 07-04, 07-05-, 07-06, 07-07, 07-08, 07-09, 07-10, 07-11, 07-12, 07-13	Цитологично изследване на 2 проби	50	
10.38, 10.39, 10.40, 10.41, 10.42, 10.43, 10.44, 10.45, 10.46, 10.47, 10.48, 10.49,	Хистобиопсично изследване на две проби от	80	

10.50, 10.51, 10.52, 10.53, 10.54, 10.55, 10.56, 10.57			
Медицинска паразитология Код:			
ново	Трайно оцветяване за паразити	Коментарът на националния консултант е, че цената трябва да се завиши спрямо другите паразитологични позиции	

На заседанието на Консултативния съвет ще се обсъдят предложенията на консултантите, спрямо действащите през 2010 година цени с цел приемане на становище от Консултативния съвет относно цените в тази сфера:

		Брой дейности	Предложен не консултант и	Предложение за цени 2011 II вариант - на равнището на 2010г.
01	Клинична лаборатория			
01_01	Кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	1 850 783	1,80	1,98
01_03	Скорост на утаяване на еритроцитите	1 110 379	0,80	0,77
01_04	Време на кръвене	82 692	1,43	1,43
01_05	Пресяващи тестове: протромбиново време	251 302	1,43	1,43
01_06	Пресяващи тестове: активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)	26 205	1,43	1,43
01_07	Пресяващи тестове: фибриноген	63 244	1,43	1,43
01_08	Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген)	1 104 155	0,70	0,66
01_09	Седимент на урина – ориентировъчно изследване	1 204 279	1,00	0,66
01_10	Окултни кръвоизливи	20 612	2,30	0,66
01_11	Глюкоза	1 903 209	1,00	1,43
01_12	Кръвно-захарен профил	426 669	3,00	3,85
01_13	Креатинин	595 245	1,00	1,43
01_14	Урея	227 907	1,00	1,43

		Брой дейности	Предложение консултанти	Предложение за цени 2011 II вариант - на равнището на 2010г.
01_15	Билирубин – общ	92 619	1,00	1,43
01_16	Билирубин – директен	35 485	1,00	1,43
01_17	Общ белтък	130 255	1,00	1,43
01_18	Албумин	36 238	1,00	1,43
01_19	Холестерол	2 394 560	1,00	1,43
01_20	HDL-холестерол	1 945 656	1,20	1,43
01_21	Триглицериди	2 263 816	1,00	1,43
01_22	Гликиран хемоглобин	194 251	6,00	9,24
01_23	Пикочна киселина	158 712	1,00	1,43
01_24	АСАТ	400 365	1,00	1,43
01_25	АЛАТ	392 166	1,00	1,43
01_26	Креатинкиназа (КК)	28 708	1,00	1,43
01_27	ГГТ	135 854	1,00	1,43
01_28	Алкална фосфатаза (АФ)	72 254	1,00	1,43
01_29	Алфа-амилаза	30 776	1,00	1,43
01_30	Липаза	1 907	1,80	1,43
01_31	Натрий и Калий	162 468	2,00	2,86
01_34	Калций	46 914	1,00	1,43
01_35	Фосфати	23 983	1,00	1,43
01_36	Желязо	133 952	1,00	1,43
01_37	ЖСК	49 953	1,54	1,43
01_38	CRP	49 087	2,50	3,74
02_09	Антистрептолизин титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	19 657	2,50	3,67
02_10	Waaler Rose/RF (ревматоиден артрит)	13 388	2,50	3,67
01_40	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	306 035	3,00	1,98
01_41	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване	31 868	2,00	1,98
09_01	Криоглобулини	50	2,50	6,27
09_02	Общи имуноглобулини IgM	305	3,00	9,79
09_03	Общи имуноглобулини IgG	363	3,00	9,79
09_04	Общи имуноглобулини IgA	317	3,00	9,79
09_05	С3 компонент на комплемента	86	3,00	9,79
09_06	С4 компонент на комплемента	61	3,00	9,79
10_08	fT4	105 946	6,00	10,34
10_09	TSH	250 918	6,00	10,34
10_10	PSA	16 265	7,00	12,10
10_11	СА-15-3	3 836	10,00	12,10
10_12	СА-19-9	2 936	10,00	12,10

		Брой дейности	Предложение консултанти	Предложение за цени 2011 II вариант - на равнището на 2010г.
10_13	СА-125	4 910	10,00	12,10
10_14	Алфа-фетопротеин	1 548	10,00	12,10
10_15	Бета-хорионгонадотропин	1 213	10,00	12,10
10_16	Карбамазепин	491	10,00	12,00
10_17	Валпроева киселина	1 151	10,00	12,00
10_18	Фенитоин	2	10,00	12,00
10_19	Дигоксин	5	10,00	12,00
10_20	Микроалбуминурия	101 034	5,00	8,00
10_21	Progesteron	7 783	7,00	10,34
10_22	LH	9 368	7,00	10,34
10_23	FSH	10 909	7,00	10,34
10_24	Prolactin	17 035	7,00	10,34
10_25	Estradiol	9 032	8,00	10,34
10_26	Testosteron	9 836	8,00	10,34
10_34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	1 292	10,00	12,10
10_61	СЕА	1 713	7,00	12,10
2	Клинична микробиология			
02_07	RPR (или Васерман)	58 752		3,56
02_09	Антистрептолизинов титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	19 657		3,67
02_10	Waalер Rose/RF (ревматоиден артрит)	13 388		3,67
02_11	Paul-Bunnell (инфекциозна мононуклеоза)	617		3,46
02_12	Фекална маса и ректален секрет (Salmonella, Shigella, E. coli, Candida, Campylobacter, Clostridium difficile, Staphylococcus aureus)	91 196		5,08
02_13	Изследване на урина за урокултура E.coli, Proteus, Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам (-), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	113 042		5,08
Предложение за 02_14	Материал от генитална система N. gonorrhoeae, Streptococcus (Haemophilus), Staphylococcus, Gardnerella, Enterobacteriaceae и др, Грам (-), Гъби (C. albicans) и др.	96 521		5,08
02_15	Ранев материал и гной Staphylococcus (S. aureus), b-Streptococcus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Анаероби, Corynebacterium	6 922		5,08

		Брой дейности	Предложение консултанти	Предложение за цени 2011 II вариант - на равнището на 2010г.
02_16	Гърлени и назофарингеални секрети b-Streptococcus, Staphylococcus (S. aureus), Neisseria (N. meningitidis), Haemophilus (H. influenzae), Гъби (C. albicans и др.), Corynebacterium	87 887		5,08
02_17	Храчка, a-(b)- Streptococcus, Staphylococcus, Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Гъби (C. albicans и др.), Mycobacterium, Анаероби, Aspergillus, M. pneumoniae, RSV	11 477	8,00	5,08
02_19	Антибиограма с 6 антибиотични диска	107 982		3,56
02_20	Chlamydia (сух тест)	3 097		3,46
04	Медицинска паразитология			
04_01	Микроскопско изследване за паразити, вкл. Trichomonas vaginalis	138 318		3,56
04_02	Серологично изследване за трихинелоза	268		3,56
04_03	Серологично изследване за токсоплазмоза	7 324		3,56
04_04	Серологично изследване за ехинококоза	2 370		3,56
05	Вирусология			
05_01	Доказване на HIV антитела с имунологичен метод ЕЛАЙЗА	26 616		7,45
05_02	Доказване на антитела РЗХА за рубеола при бременни	118		7,88
05_03	Доказване на антитела РЗХА за морбили при бременни	10		7,88
05_04	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси А по метода ЕЛАЙЗА	761	9,40	7,45
05_05	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси В по метода ЕЛАЙЗА	59 327	9,40	7,45
05_06	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси С по метода ЕЛАЙЗА	5 807	9,40	7,88
06	Рентгенология			
06_01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	24 665		1,21
06_02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	867		6,16
06_03	Рентгенография на лицеви кости	3 305		6,16
06_04	Рентгенография на околоносни синуси	55 233		6,16

		Брой дейности	Предложен ие консултант и	Предложение за цени 2011 II вариант - на равнището на 2010г.
06_05	Специални центражи на черепа	3 389		6,16
06_06	Рентгенография на стернум	913		6,16
06_07	Рентгенография на ребра	13 598		6,16
06_08	Рентгеноскопия на бял дроб	9 057		6,16
06_09	Рентгенография на крайници	2 530		6,16
06_10	Рентгенография на длан и пръсти	40 826		6,16
06_11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	605		6,16
06_12	Рентгенография на сакроилиачна става	2 090		6,16
06_13	Рентгенография на тазобедрена става	46 918		6,16
06_14	Рентгенография на бедрена кост	6 032		6,16
06_15	Рентгенография на колянна става	118 296		6,16
06_16	Рентгенография на подбедрица	14 397		6,16
06_17	Рентгенография на глезенна става	40 626		6,16
06_18	Рентгенография на стъпало и пръсти	49 959		6,16
06_19	Рентгенография на клавикула	1 549		6,16
06_20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	682		6,16
06_21	Рентгенография на скапула	519		6,16
06_22	Рентгенография на раменна става	37 593		6,16
06_23	Рентгенография на хумерус	3 341		6,16
06_24	Рентгенография на лакетна става	13 353		6,16
06_25	Рентгенография на антебрахиум	8 853		6,16
06_26	Рентгенография на гривнена става	32 327		6,16
06_27	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	15 987		11,22
06_28	Рентгенография на череп	5 938		11,22
06_29	Рентгенография на гръбначни прешлени	192 594		11,22
06_30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	530 324		11,22
06_31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастинум	15 139		11,22
06_32	Обзорна рентгенография на корем	23 901		11,22
06_33	Рентгенография на таз	50 537		11,22
06_34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	149 950		11,22
06_35	Томография на гръден кош и бял дроб	239		17,60
06_37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	25 003		17,60

		Брой дейности	Предложение консултанти	Предложение за цени 2011 II вариант - на равнището на 2010г.
06_38	Рентгеново изследване на тънки черва	922		17,60
06_39	Иригография	10 087		17,60
10_01	Компютърна аксиална или спирална томография	59 753		62,70
10_02	Ядрено-магнитен резонанс	24 757		183,70
10_03	Мамография на двете млечни жлези	63 594		14,96
10_58	Хистеросалпингография	233		17,60
10_59	Интравенозна холангиография	2		17,60
10_60	Венозна урография	2 171		17,60
07	Обща и клинична патология			
07_01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от хранка	36	50,00	5,40
07_02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	12	50,00	5,40
07_03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	482	50,00	5,40
07_04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	8	50,00	5,40
07_05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	4	50,00	5,40
07_06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	9	50,00	5,40
07_07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	77	50,00	5,40
07_08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	126	50,00	5,40
07_09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	202 748	50,00	5,40
07_10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	35	50,00	5,40
07_11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	17	50,00	5,40
07_12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	116	50,00	5,40
07_13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	0	50,00	5,40
10_38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	177	80,00	12,96

		Брой дейности	Предложен ие консултант и	Предложение за цени 2011 II вариант - на равнището на 2010г.
10_39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	591	80,00	12,96
10_40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	264	80,00	12,96
10_41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	1	80,00	12,96
10_42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	5	80,00	12,96
10_43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	1 027	80,00	12,96
10_44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларинкс и трахея	0	80,00	12,96
10_45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастиnum	1	80,00	12,96
10_46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	219	80,00	12,96
10_47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	1 941	80,00	12,96
10_48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	120	80,00	12,96
10_49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	2 074	80,00	12,96
10_50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	5	80,00	12,96
10_51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	581	80,00	12,96
10_52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	33	80,00	12,96
10_53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	23	80,00	12,96
10_54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	0	80,00	12,96
10_55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	7	80,00	12,96
10_56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	21	80,00	12,96
10_57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	2	80,00	12,96
09	Имунология			
09_01	Определяне на криоглобулини	63	5,00	6,27
09_02	Определяне на общи имуноглобулини Ig M	451	8,50	9,79
09_03	Определяне на общи	473	8,50	9,79

		Брой дейности	Предложен ие консултант и	Предложение за цени 2011 II вариант - на равнището на 2010г.
	имуноглобулини Ig G			
09_04	Определяне на общи имуноглобулини Ig A	465	8,50	9,79
09_05	Определяне на C3 компонент на комплемента	332	8,50	9,79
09_06	Определяне на C4 компонент на комплемента	308	8,50	9,79
10_05	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел	31	100,00	123,20
10_06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест	0	28,00	32,82
10_07	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата	3	41,00	47,94
10_08	fT4	329	9,00	10,34
10_09	TSH	495	9,00	10,34
10_29	Определяне на общи Ig E	252	16,00	41,89
10_30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	475	20,00	41,89
12	Имунохематология			
10_35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на еритроантителата (диференциран директен тест на Coombs) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти-IgG и анти-комплементарен (C') тест-реагент	45		11,76
10_36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	121		23,41
10_37	Определяне на титъра на имунните анти-А и анти-В антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	963		16,35
12_01	Определяне на кръвни групи от системата АВ0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-А, анти-В, анти-АВ, анти-D и тест-еритроцити А1, А2, В и 0)	39 753		7,06
12_02	Определяне на подгрупите на А антигена (А1 и А2) с тест-реагенти	5 803		4,14

		Брой дейности	Предложение консултант и	Предложение за цени 2011 II вариант - на равнището на 2010г.
	с анти-А и анти-Н			
12_03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	514		31,58
12_04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите – чрез директен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума – чрез аглутинационен или ензимен метод	714		21,06
12_05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум	9 136		31,58
12_06	Определяне на Rh фенотип (CcDEe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	150		29,23

(2) В заплащането по ал.1 не се включват стойността на контрастната материя и цената за вземане на биологичен материал.

(3) Заплащането по ал.1 е за медико-диагностичната дейност, назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, Наредба №40 от 2004 г., включително за интерпретацията на резултатите.

(4) Отчетените ВСМДИ, кодирани с начални символи "10", се заплащат само когато са назначени от изпълнител на СИМП, а за ВСМДИ "Мамография на двете млечни жлези" от пакет "Образна диагностика", "Хормони: fT4, TSH", "Туморни маркери: PSA" и "Изследване на урина - микроалбуминурия" от пакет "Клинична лаборатория" - и от изпълнител на ПИМП.

(5) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи, първични медицински документи и електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност, във формат, определен от НЗОК.

Чл.11. На изпълнители на СИМП се заплаща по настоящия ред за извършена и отчетена дейност по чл.1 ал.1, т.10.

Чл.12. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща по 2,50 лв. за извършена и отчетена медицинска експертиза на работоспособността на всеки член на обща или специализирана ЛКК, но на не повече от трима членове.

(2) Експертизата по ал.1 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК №6) за всеки член на ЛКК и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ,

отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, издаден от председателя на ЛКК, а за осигурени в друга държава лица и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

(3) За извършен и отчетен преглед за подготовка за ЛКК, преглед по искане на ЛКК/РКМЕ или преглед за подготовка за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК се заплаща – 2,50 лв.

(4) Прегледът по ал.1 се отчита с отрязък от “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК №6) и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

Чл.13. Заплащането на изпълнител на СИМП по чл.1 се извършва след проверка по фактура, спецификация и представяне на съответните отчетни документи.

Условия и срокове за заплащане на извършените медицински дейности

Чл.14. (1) Изпълнителите на медицинска помощ се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура, финансово-отчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и/или електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност и първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат, по утвърден график до 3-тия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура, придружена със съответната отчетна документация.

(3) Изпълнителите на ПИМП представят ежемесечно в РЗОК първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат, в сроковете по ал.1 и в случаите, когато не отчитат дейност.

Чл.15. (1) Електронният отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, се коригира от ИМП в момента на отчитането, в случай че при приемането им се установяват следните фактически грешки:

- а) сгрешен МКБ код на заболяване при правилно попълване на диагноза;
- б) неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист;
- в) липса или грешен УИН на лекаря, при вярно изписани три имена на лекаря;
- г) липса или грешен ЕГН на ЗЗОЛ в амбулаторния лист, при вярно изписани три имена на ЗЗОЛ.

(2) При нарушена структура на файла, водеща до невъзможност за обработка на електронния отчет по вина на ИМП, РЗОК връща електронния отчет на ИМП. Изпълнителят на медицинска помощ коригира електронния отчет в сроковете по чл.14, ал. 1.

(3) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

Чл.16. При неспазване на посочения в чл.14, ал.1 срок за представяне на отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

Чл.17. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

(2) Не се заплаща по предвидения ред, за извършени дейности от ИМП, ако те не са отчетени за два последователни месеца.

(3) Не се заплаща по предвидения ред за извършена от ИМП дейност през период, който изпълнителят вече е отчетел по реда на чл.14, ал.1.

Чл.18. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни и/ или грешки, установени при обработката на електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и/или електронен отчет за извършена медико-диагностична дейност, в определен от НЗОК формат, РЗОК информира ИМП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения.

(2) При необходими корекции и допълнения на финансово-отчетните документи по чл.14, ал.1, РЗОК връща фактурата и спецификацията към нея на ИМП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно от 16-то число на месеца на отчитане. В срок до 2 работни дни ИМП се задължава да представи фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията към тях. В случай на отказ от страна на ИМП за корекции и допълнения, фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията се придружават от отказ на ИМП, предоставен в писмена форма.

(3) Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове.

(4) Ако ИМП не спазят реда за корекции по ал. 1 и 2 в текущия период за отчитане, на ИМП не се заплаща отчетената дейност.

Чл.19. Плащанията се извършват в левове по банков път, по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл.20. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на глава двадесета от действащия НРД.

Чл.21. В случай, че плащането за извършените и отчетени дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Регулация на дейностите в извънболничната медицинска помощ

Чл.22. (1) Регулацията на дейностите по цени и обеми в извънболничната помощ се осъществява съгласно ЗБНЗОК 2011 по ред, определен от НС на НЗОК.

(2) Всяко тримесечие към индивидуалните договори с изпълнителите на ПИМП и СИМП се определят: брой на назначаваните специализирани медицински дейности и стойност на назначаваните медико-диагностични дейности в съответствие със ЗБНЗОК за 2011 г.

(3) Броят на назначаваните специализирани медицински дейности и стойност на назначаваните медико-диагностични дейности по ал.2 се определят в протоколи, които представляват неразделна част към индивидуалните договори с изпълнителите на ПИМП и СИМП.

Приложение 3: Международни практики при финансирането на извънболничната помощ

Страна	Основно плащане от финансиращата институция и/или доплащане от пациента	Първични услуги (ОПЛ)	Специалисти (амбулатория)	Специалисти (в болници)
Австрия	Финансиране от публични източници	Allowances (80%) + Такса за услуга (договорени), Такса за услуга (недоговорени)	Allowances (50%) + Такса за услуга (договорени), Такса за услуга (недоговорени)	Заплата + бонуси
	Доплащане от пациента	Такса от 3.6 € за първата консултация през тримесечието и 20 % на консултация Такса от 4.25 € за всеки медицински документ Безплатно за децата, пенсионерите, лицата с ниски доходи и хронично болните		
Белгия	Финансиране от публични източници	Такса за услуга	Такса за услуга	Такса за услуга
	Доплащане от пациента	30 % на консултация и 35 % на посещение 10 % за социално слабите (преференциален режим); Лимитиране на остатъка за доплащане в рамките на „максимум за фактуриране„ (между 450 € et 2.500 € в зависимост от доходите)	46 % на консултация 10 % за социално слабите (преференциален режим); Лимитиране на остатъка за доплащане в рамките на „максимум за фактуриране„ (между 450 € et 2.500 € в зависимост от доходите)	
	Доплащане от пациента	Плащания от страна на потребителите на здравни услуги (потребителски такси) по чл.37 ал.1 от Закона за здравното осигуряване; (1 % от минималната работна заплата, установена за страната; лицата, навършили 60 години за жените и 63 години за мъжете, заплащат сумата от 1 лев)		
Кипър	Финансиране от публични източници	Заплата (публични), Такса за услуга (частни)	Заплата (публични), Такса за услуга (частни)	Заплата
	Доплащане от пациента			
Чешка република	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга	Такса за услуга с таван на обема	Заплата
Дания	Финансиране от публични източници	Капитация+ Такса за услуга	Такса за услуга	Такса за услуга
	Доплащане от пациента	Доплащане на пациентите от категория 2, които свободно избират своя лекар.		
Естония	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга	Такса за услуга	Такса за услуга
	Доплащане от пациента			

Финландия	Финансиране от публични източници	Заплата + Такса за услуга или комбинация от заплата, капитация + Такса за услуга за индивидуалните лекари (публични), Такса за услуга (частни)	Заплата+ Такса за услуга (публични), Такса за услуга (частни)	Заплата + Такса за услуга
	Доплащане от пациента	В медицинските центрове на всеки 12 месеца (по избор на общините) : 11 € на консултация за първите три консултации и бесплатно за повече от три (Участието се отнася също и за био-медицинските изследвания, както и за рентгенологията.) В болниците: 22 € за външна консултация Частни лекари: 40 % на консултация (13 € на консултация, дейност или назначено изследване и 25 % над този дял) Горен лимит на доплащането до 589 € в публичния сектор Безплатно за деца до 15 години и за превантивната помощ		
Франция	Финансиране от публични източници	Такса за услуга	Такса за услуга	Заплата
	Доплащане от пациента	30 % на консултация или посещение; Безплатно за пациенти в ALD и социално слаби (CMUC)	30 % на консултация или посещение Безплатно за пациенти в ALD и социално слаби (CMUC)	
Германия	Финансиране от публични източници	Точкова такса за услуга	Точкова такса за услуга	Заплата
	Доплащане от пациента	Такса от 10 € на тримесечие при първата консултация (считано от 2004 година) Безплатно за децата и за лица, включени в програми за здравна превенция. Ограничаване до 1 % от доходите за хронично болните и 2 % за останалите здравно осигурени лица (от 2004 година)		
Гърция	Финансиране от публични източници	Заплата+ Такса за услуга (публични), Такса за услуга (частни)	Идентично с първичната услуга	Заплата+ Такса за услуга
	Доплащане от пациента			
Унгария	Финансиране от публични източници	Претеглена капитация + корекции, базирани на характеристиките на доставчика	Такса за услуга с тавани на национално ниво за организациите на доставчиците , но предимно заплата за лекарите	Заплата
	Доплащане от пациента			
Ирландия	Финансиране от публични източници	Претеглена капитация + Такса за услуга	Нама данни	Заплата
	Доплащане от пациента			
Италия	Финансиране от публични източници	Капитация+ Такса за услуга + Заплащане на база резултат (Performance-related pay) (също и за педиатрите)	Такса за услуга	Заплата

	<i>Доплащане от пациента</i>		<i>До 36 € на консултация (Същото участие се отнася за дейността на масажистите кинезитерапевти, за балнеотерапията и за биомедицинските изследвания.) Безплатно за деца до 6 години, възрастни над 65 год., безработни с ниски доходи, пенсионери с минимална пенсия и социална пенсия, инвалиди трудоустроени, лица страдащи от много тежки заболявания</i>	
Латвия	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга	Такса за услуга или Базирани на случая плащания	Заплата + Точкова такса за услуга
	<i>Доплащане от пациента</i>			
Литва	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация	Базирани на случая плащания	Заплата
	<i>Доплащане от пациента</i>			
Люксембург	Финансиране от публични източници	Такса за услуга	Такса за услуга	Предимно такса за услуга
	<i>Доплащане от пациента</i>	<i>В течение на 28 дни: 20 % за първата консултация и 5 % за следващите</i>		
Холандия	Финансиране от публични източници	Заплата	Заплата	Заплата
Малта	Финансиране от публични източници	Капитация + Такса за услуга	Няма данни	Такса за услуга с тавани (65%) или Заплата
	<i>Доплащане от пациента</i>			
Полша	Финансиране от публични източници	Претеглена капитация	Такса за услуга	Заплата
Португалия	Финансиране от публични източници	Заплата (National Health System) + Капитация + Заплащане на база резултат	Заплата (NHS)	Заплата (NHS)
	<i>Доплащане от пациента</i>			
Румъния	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга (15%)	Такса за услуга (с гъвкави стойности)	Заплата

Словения	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга	Такса за услуга с национални тавани	Заплата
Словакия	Финансиране от публични източници	Капитация + Такса за услуга (50%)	Такса за услуга	Заплата
	Доплащане от пациента			
Испания	Финансиране от публични източници	Заплата + Претеглена на база възраст капитация (15%)	Заплата	Заплата
Швеция	Финансиране от публични източници	Заплата или Капитация + определени такси за услуга	Заплата	Заплата
	Доплащане от пациента	Между 11 и 16 € на консултация Безплатно за деца до 18 год., ползващи бърза медицинска помощ. Лимит на остатъка за доплащане до 99 € на година	Между 17 и 28 € на външна консултация в болница. Безплатно за деца до 18 год., ползващи бърза медицинска помощ. Лимит на остатъка за доплащане до 99 € на година	
Великобритания	Финансиране от публични източници	Претеглена капитация+ Такса за услуга+ Заплащане на база резултат	Няма данни	Заплата (NHS)

Заплата/договор (споразумения за заплащане). Методът заплата/договор за частично или цялостно възнаграждение на изпълнителите на медицински услуги¹⁴ е широко разпространено в страните от OECD, независимо дали лекарите работят на индивидуална практика или в рамките на дадена организационна структура.

При този метод доходите на изпълнителите на медицинска помощ не са обвързани с резултата от дейността или с качеството на продуктите или услугите, които предлагат. Изработените часове се използват за основна единица за изчисление на възнаграждението, което не е достатъчно, за да стимулира производителността и качеството на предоставяните услуги. Поради това в много от страните заплата се комбинира с друг механизъм на заплащане (Финландия, Гърция, Португалия, Испания, Швеция и др.).

Таксата за услуга е метод за възнаграждение на изпълнителите според броя на оказаните услуги. При този метод парите следват пациента като насърчават производителността, доколкото директно компенсират лекарите за извършените услуги и вложения времеви ресурс.

Таксата може да бъде или договорена на национално ниво (Германия, Франция), или договорена между финансиращата институция и индивидуалните доставчици.

Таксата за услуга насърчава изпълнителите на извънболнични услуги да намалят броя на прехвърлянето на пациентите към по-горните нива в системата. Независимо от това използването на таксата за услуга като единствен метод на заплащане е избягван, тъй като

¹⁴ Разходите за персонала са само част от общите разходи за лечение.

това повишава разходите по начин, който не може да бъде контролиран с други стимули. Въпреки това тенденцията към свръхпредлагане на услуги при този механизъм може да бъде лесно ограничена чрез лимити на цените или обема. Това става чрез поставяне на тавани на общия стойностен размер на услугите, договаряне на обема в рамките на бюджетни тавани или пропективни глобални бюджети с гъвкави тавани.

Например такса за услуга може да бъде комбинирана с общи бюджетни (разходни) тавани. В Германия таксата за услуга при амбулаторните услуги е комбинирана със секторни бюджети. Всеки вид услуга е свързан със специфичен брой точки. Стойността на всяка точка се получава чрез разделянето на секторния бюджет за амбулаторни услуги на броя точки „произведени“ от всички ОЛП-та. Крайното възнаграждение на лекаря (платено на тримесечна база) е еквивалент на общата стойност на точките, които е „получил“ посредством предоставянето на здравни услуги.

Капитация. Капитационното плащане е фиксирано ежемесечно заплащане, получавано на база брой записани пациенти за предоставянето на определен обхват от услуги. Предимствата на този механизъм се основават на фискалната предвидимост на плащанията и липсата на сложни системи от цени, които да компенсират лекарите за широкия обхват и разнообразие на предлаганите услуги. Когато капитационният размер на плащането не е определен адекватно съществува риск от селекция на пациенти с по-висок здравен статус и съответно с по-ниски от средното ниво разходи.

Изборът на фактори, които да бъдат включени при изчислението на капитационния коефициент и техните тегла са обусловени от наличието на релевантни данни за променливите, свързани с потребността от медицински услуги. Капитационните системи разчитат на емпирични данни и се основават предимно на задълбочен анализ на използваемостта на здравните услуги.

Капитацията все повече се използва международната практика като механизъм за заплащане в първичната извънболнична помощ, насочен към промоция, превенция и управление на здравния статус¹⁵.

Капитацията прехвърля осигурителния риск върху доставчиците и ги възпира от свръхпредлагане на услуги. Това налага да се ограничат потенциалните негативни ефекти от капитацията (намаляване на предлаганите услуги и избягване на високорискови пациенти), като се съчетае с базиран на резултата механизъм за заплащане за предоставяне на специфични услуги.

¹⁵ Здравната програма на ЕС (2008 - 2013 г.) включва дейности за промоция на здравето, насочени към основните фактори за заболяемост и ранна смъртност. http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/prevention_and_promotion/index_bg.htm; Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses, 2009; МФ, Финансиране и управление на здравеопазването, 2005

Приложение 4. СИСТЕМА ОТ ИНДИКАТОРИ ЗА ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ В ПЪРВИЧНАТА И СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Обект на оценка	Индикатор	Описание	Забележки
Качество на клиничната дейност	Ранна диагностика и наблюдение на пациенти с или риск от рак на маточната шийка	Дял на жените между 18 и 64 г. на които е изследван материал (цитонамазка).	
	Ранна диагностика и наблюдение на пациенти с или риск от рак на гърдата	Дял на жените между 18 и 69 г., на които е правена мамография или ехография на гърди.	
	Детски имунизации	Процент на ваксинираните деца на възраст до 2 г.	
	Ранна диагностика и наблюдение на пациенти с или риск от рак на простатата	Процент на наблюдавани пациенти и конкретни показатели за проследяване	
	Ранна диагностика и наблюдение на пациенти с или риск от рак на дебелото черво	Процент на наблюдавани пациенти и конкретни показатели за проследяване	
	Скрининг за холестерол – при диабет и сърдечно-съдови заболявания	Дял на пациентите на възраст между 18 и 75 г., диагностицирани със сърдечно заболяване или диабет, на които е направен HDL – С тест.	
	Скрининг на сърдечно-съдовите заболявания	Процент на наблюдавани пациенти и конкретни показатели за проследяване	
	Скрининг на ендокринни заболявания	Процент на наблюдавани пациенти	
	Лечение на деца с инфекции на горните дихателни пътища	Дял на децата на възраст между 3 месеца и 18 г., на които е поставена диагноза „инфекция на горните дихателни пътища“ и на които не е предписвано лечение с антибиотици до три дни след диагностицирането.	
	Оптимална извънболнична грижа с цел избягване на хоспитализация	Дял на пациентите, хоспитализирани със заболяване, включено в Наредба 39 и приложението за диспансерно наблюдение в НРД.	
	Насочване за хоспитализации	Дял на издадените направления за хоспитализация от общия брой прегледани пациенти	
	Степен на предотвратими хоспитализации	Дял на издадени направления за СИМП и БП от общия брой прегледани пациенти	
Ефективност на клиничната дейност	Ефективност на профилактичната дейност	Дял на рискови пациенти /като резултат от прегледа/ спрямо преминали на профилактика; дял на преминали през профилактичен преглед спрямо общ брой пациенти	
	Придобита Специалност	Наличие на специалност по обща медицина и на повече от една специалност – въвеждане на коефициенти	
	Обем на спешната помощ	Дял на преминалите през спешното отделение (кабинет) в записаните в пациентската листа на изпълнителите .	

Приложение 5: Становище на националните консултанти за извънболнична медицинска помощ

Списък на националните консултанти, предоставили становищата си в периода 27.10.2010 година – 11.11.2010 година:

Специалност	Име	Предложени цени	Предложени индикатори	Отношение по обемите
Обща медицина	Доц. Георги Иванов	Предлага диференцирано плащане на база специалност и на база утежненост на диспансерното наблюдение	Медицински стандарт „Обща медицина“	НЕ
Клинична имунология	Проф. Елисавета Наумова	ДА	Медицински стандарти: „Клинична имунология“ и „Имунологична подготовка при трансплантация на тъкани, органи и клетки“	Посочила е различен годишен брой обеми
Клинична лаборатория	Проф. Добрин Свиначев	ДА	Медицински стандарт „Клинична лаборатория“	ДА
Микробиология	Проф. Тодор Кантарджиев	ДА	Квалификация на персонала; Външна стандартизация на микробиологичните лаборатории; Одит на консумативите	НЕ
Вирусология	Ст.н.с II ст. Павел Теохаров	ДА	Медицински стандарт „Вирусология“; Външна система за сертифициране и контрол на качеството на лабораториите	Съгласен е с обемите, освен с тези, касаещи изследванията за HIV, които счита, че ще се увеличат.
Обща и клинична патология	Доц. Светлана Христова	ДА	Медицински стандарт „Обща и клинична патология“	Счита, че към обемите, трябва да се включи дейността и от болничните заведения
Медицинска паразитология	Доц. Росица Курдова	Счита, че стойността на „Трайно оцветяване на паразити“ трябва да се повиши	Медицински стандарт „Медицинска паразитология“; Акредитация и сертифициране на лабораториите	НЕ
Детска дентална медицина	Доц. Милена Пенева	ДА	Индикатори за достъпност, лечение, спазване на установеното	Обемът да е еквивалентен на лечебните дейности

			времетраене, изключения прилагането индикатори.	за на	
--	--	--	--	----------	--

Изпратени са осем писма към националните консултанти в извънболничната медицинска помощ. От тях, не е отговорил само 1 (доц. Васил Хаджидеков, национален консултант по образна диагностика), а отговорилите национални консултанти и водещи специалисти са 7 (92%).

Като обща позиция на националните консултанти в извънболничната медицинска помощ се очертава необходимостта от промяна и усъвършенстване на основния пакет дейности, заплащан от НЗОК, дейност от компетенциите на Министерство на здравеопазването.

II. Коментари по предложенията на националните консултанти

1. Националният консултант по „Обща медицина“ предлага да се въведе скала за оценка на лекарския труд по специалности в извънболничната помощ. Също така, той предлага да се „измери“ търсенето на здравни услуги при различните ОПЛ и на тази база да се изчисляват капитационните плащания. От друга страна, не приема предложените индикатори за мониторинг и оценка на работата на ОПЛ, поради липса на принцип и възможност те да бъдат отчитани. Предлага се бонус за онези ОПЛ, които имат специалност.
2. Националният консултант по „Клинична имунология“, счита цените на медико-диагностичните дейности за занижени. Прилага таблица с прогнозни цени и обеми.
3. Националният консултант по „Клинична лаборатория“ предлага разделяне на пакета на две части – за болнична и за доболнична помощ. Той предлага изследването „Cost Accounting in the Clinical Laboratory“, с ISBN 1-66238-366-6, като база за остойностяването на здравните дейности в неговата специалност. Също така, се предлага и създаването на разширен екип, включващ и медицински специалисти, при остойностяването на услугите.
4. Националният консултант по „Микробиология“ предлага сериозно предефиниране на дейностите и групирането им в пакет „Микробиология“.
5. Националният консултант по „Вирусология“ предлага сериозно предефиниране на дейностите и групирането им в пакет „Вирусология“.
6. Националният консултант по „Обща и клинична патология“ предлага отделно реимбурсиране за дейността по специалността ѝ, за болничната помощ, като се счита, че изследванията трябва да бъдат отделени от клиничните пътеки.
7. Националният консултант по „Медицинска паразитология“ предлага сериозно предефиниране на дейностите и групирането им в пакет „Медицинска паразитология“.

Чл. 1 (1) Договорената и извършената дейност от изпълнителите на извънболнична дентална помощ се заплаща на база на следните договорени цени:

1. обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист - 8,24 лв.;
2. обтурация с амалгама или химичен композит - 25,13 лв.;
3. екстракция на временен зъб, вкл. анестезията - 11,98 лв.;
4. екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията - 25,13 лв.;
5. лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурация) - 26,62 лв.;
6. лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 81,23 лв.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло или частично договорения обем дейности, както следва:

1. при ЗЗОЛ до 18 години:
 - а) обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, в т. ч. един допълнителен преглед за бременни - 6,44 лв.;
 - б) обтурация с амалгама или химичен композит - 25,13 лв.;
 - в) екстракция на временен зъб, вкл. анестезията - 11,98 лв.;
 - г) екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията - 25,13 лв.;
 - д) лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 21,92 лв.;
 - е) лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 68,93 лв.;
2. при ЗЗОЛ на възраст над 18 години:
 - а) обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, в т. ч. един допълнителен преглед за бременни - 6,44 лв.;
 - б) обтурация с амалгама или химичен композит - 21,13 лв.;
 - в) екстракция на зъб, вкл. анестезията - 21,13 лв.

Чл. 2. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнителите на специализирана хирургична извънболнична дентална помощ на база на следните договорени цени:

1. специализиран обстоен преглед – 9,10 лв.;
 2. за инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезия – 19,40 лв.;
 3. за екстракция на дълбоко фрактуриран и дълбоко разрушен зъб, вкл. анестезия -35,10 лв.;
 4. за контролен преглед след някоя от дейностите по т.2 и т.3 - 4,60 лв.
- (2) При ЗЗОЛ на възраст до 18 години НЗОК заплаща частично договорения обем дейности по цени, както следва:
1. специализиран обстоен преглед – 7,30 лв.;
 2. за инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезията – 16,40 лв.;
 3. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, вкл. анестезията -30,10 лв.;
 4. контролен преглед след някоя от дейностите по т.2 и 3 - 3,80 лв.
- (3) При ЗЗОЛ на възраст над 18 години НЗОК заплаща частично договорения обем дейности по цени, както следва:
1. специализиран обстоен преглед – 7,30 лв.;
 2. за инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезията – 11,90 лв.;
 3. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, вкл. анестезията -21,60 лв.;
 4. контролен преглед след някоя от дейностите по т. 2 и 3 - 3,80 лв.
- (4) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ по специалност „детска дентална медицина”, на база на следните договорени цени:
1. при ЗЗОЛ до 18 години:
 - а) обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, в т. ч. един допълнителен преглед за бременни - 9,10 лв.;
 - б) обтурация с амалгама или химичен композит - 27,64 лв.;

- в) екстракция на временен зъб, вкл. анестезията - 13,18 лв.;
- г) екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията - 27,64 лв.;
- д) лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 29,28 лв.;
- е) лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 89,35 лв.;
- (5) Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло или частично договорения обем дейности, на изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ по специалност „детска дентална медицина”, както следва:
1. при ЗЗОЛ до 18 години:
- а) обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, в т. ч. един допълнителен преглед за бременни - 7,30 лв.;
- б) обтурация с амалгама или химичен композит - 27,64 лв.;
- в) екстракция на временен зъб, вкл. анестезията - 13,18 лв.;
- г) екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията - 27,64 лв.;
- д) лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 24,58 лв.;
- е) лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 77,05 лв.;

Чл.3. За 2011 г. НЗОК заплаща дентална помощ в следните обеми:

Код	Номенклатура	Прогноза и брой
I.	Дентална помощ	
1	Първична дентална помощ	
10111	обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус	295 466
30111	обтурация с амалгама или химичен композит	533 236
50811	екстракция на временен зъб	95 327
50911	екстракция на постоянен зъб	6 174
33211	лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб	78 666
33311	лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб	104 392
	Първична над 18 години	
10112	обстоен преглед за установяване на орален статус	1 213 920
30112	обтурация с амалгама или химичен композит	1 496 627
50912	Екстракция на зъб	529 792
	Неблагоприятни условия на работа	
	Първична до 18 години	
101111	обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус	3 475
301111	обтурация с амалгама или химичен композит	3 346
508111	екстракция на временен зъб	864
509111	екстракция на постоянен зъб	107
332111	лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб	444
333111	лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб	797
	Първична над 18 години	
101121	обстоен преглед за установяване на орален статус	3 290
301121	обтурация с амалгама или химичен композит	1 238
509121	Екстракция на зъб	1 849
2	Специализирана	
	Първична извършвана от специалист до 18 години	

10121	обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус	3 372
30121	обтурация с амалгама или химичен композит	5 613
50821	екстракция на временен зъб	935
50921	екстракция на постоянен зъб	5
33221	лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб	1 415
33321	лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб	331
	Първична извършвана от специалист до 18 години	
101211	обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус	17
301211	обтурация с амалгама или химичен композит	39
508211	екстракция на временен зъб	5
509211	екстракция на постоянен зъб	2
332211	лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб	0
333211	лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб	5
	Специализирана хирургичнаизвънболнична за лица до 18 години	
102214	Специализиран обстоен преглед	1 307
520214	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия	683
510214	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия	1 544
544214	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	1 039
	Специализирана хирургичнаизвънболнична за лица над 18 години	
102224	Специализиран обстоен преглед	18 103
520224	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия	8 086
510224	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия	28 180
544224	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	16 317
	Специализирана хирургичнаизвънболнична за лица до 18 години	
102211 4	Специализиран обстоен преглед	7
520211 4	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия	8
510211 4	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия	24
544211 4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	8
	Хирургична дентална помощ за лица над 18 години	
102221 4	Специализиран обстоен преглед	14
520221 4	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия	4
510221 4	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия	24
544221 4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	3

	Специализирана за лица до 18 години с психични заболявания	
903212	24 часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия	416
101212	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	264
301212	Обтурация с амалгама или химичен композит	1 580
508212	Екстракция на временен зъб	381
509212	Екстракция на постоянен зъб	12
332212	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности. без обтурация)	593
333212	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб(включва всички дейности. без обтурация)	277
520212	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия	23
510212	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб	162
544212	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	56
	Обща анестезия по т.298.4	
901212	Обща анестезия в извънболнично лечебно заведение	648
902212	Обща анестезия в болнично лечебно заведение	2
	ЛКК	
2631	Подготовка за ЛКК	1
2632	ЛКК	2
2633	По искане на ЛКК	1

Чл. 4. Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло денталните дейности по договорените пакети и обеми за ПИДП и СИДП по цените в чл.1 ал.1 и чл.2, ал.1 и ал.4, за следните лица:

1. лицата, настанени в домове за медико-социални услуги;
2. децата, настанени в специалните училища и домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, включително и след навършване на 18 години;
3. лицата, задържани под стража.

Чл. 5. Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло договорената и извършената дейност по чл.1, ал.1 и чл.2, ал.1 и ал.4 от изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ под обща или венозна анестезия за ЗЗОЛ до 18 години с психични заболявания, както следва:

1. обстоен преглед от лекар по дентална медицина за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист с насочване към специалист-психиатър – 17,30 лв.;
2. обстоен преглед от специалист-психиатър със заключение, съдържащо диагноза за психично заболяване и необходимостта от дентално лечение под обща анестезия и насочване с медицинско направление към лекар - специалист по дентална медицина (по детска дентална медицина или орална, или лицево-челюстна хирургия), от лечебно заведение, сключило договор за тази дейност;
3. снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия;
4. обща или венозна анестезия – 41,25 лв. на час:
 - а) не повече от 180 мин. в лечебни заведения за специализирана извънболнична дентална помощ;
 - б) не повече от 360 мин. в лечебни заведения за болнична помощ;
5. обтурация с амалгама или химичен композит – 38,60 лв.;
6. екстракция на временен зъб – 19,95 лв.;

7. екстракция на постоянен зъб – 38,60 лв.;
8. лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без obtурацията) – 42,60 лв.;
9. лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без obtурацията) – 139,70 лв.;
10. инцизия в съединителнотъканни ложи – 30,60 лв.;
11. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб – 55,90 лв.;
12. контролен преглед след някоя от горните две дейности – 8,05 лв.;
13. 24-часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия – 25,30 лв.

Чл. 6. Изпълнителят на извънболнична дентална помощ има право на пряко заплащане и/или доплащане от ЗЗОЛ в следните случаи:

1. при доплащане до пълните договорени стойности на извънболничната дентална помощ по чл.1 и чл.2;
2. когато лицето е получило полагащия му се обем дейности съгласно настоящите условия и желае да продължи лечението си;
3. когато необходимото лечение обхваща лечебно-диагностични дейности, невключени в посочения пакет по настоящите условия;
4. когато при дейност, заплащана от НЗОК, лицето изрично предпочете методики, средства или материали, невключени в посочения пакет по настоящите условия.

Чл. 7. (1) За секторна рентгенография на зъби и ортопантомография се заплаща на изпълнител на ИзвбДП, притежаващ разрешение за извършване на рентгенографска дейност, ако е назначена с направление за медико-диагностична дейност от изпълнител на извънболнична дентална помощ.

(2) За ИДП не се прилага реда за определяне на стойностите за медико-диагностични изследвания - рентгенографски изследвания.

(3) Редът на назначаване, заплащане и отчитане на рентгенографски изследвания от изпълнителите на извънболнична дентална помощ е както при изпълнителите на СМДИ.

Чл. 8. На изпълнители на ИДП, които са в договорни отношения с НЗОК, се заплаща отчетена експертна дейност, извършена по установения ред.

Чл. 9. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща 2,50 лв. за отчетена експертиза на временната неработоспособност на всеки член на обща или специализирана ЛКК, но на не повече от трима.

(2) Експертиза по ал.1 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6) за всеки член на ЛКК.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща 2,50 лв. за отчетен преглед, поискан от ЛКК и РКМЕ.

(4) Прегледът по ал.3 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6).

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща извършените медико-диагностични дейности, изискани от ЛКК.

Чл. 10. Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на ИДП след проверка по фактура, спецификация и изискваните отчетни документи. Денталната помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се отчита на отделна фактура, придружена със съответните финансово-отчетни документи, първични документи, копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

Чл. 11. (1) Изпълнителите на ИзвбДП, сключили договор с НЗОК, представят ежемесечни отчети за дейността си на РЗОК по утвърден график до 3-тия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Районната здравноосигурителна каса извършва плащанията до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 12. (1) Условия за плащане на ИДП са точно и правилно попълнените документи съгласно настоящите условия.

(2) Районната здравноосигурителна каса не заплаща по настоящия ред за извършени дейности от изпълнител, ако те не са отчетени до 3-тия работен ден на третия месец, следващ отчетния, а за ИДП, отчитащи медико-диагностична дейност на втория месец следващ отчетния.

Чл. 13. При нарушена структура на файла, водеща до невъзможност за обработка на електронния отчет по вина на ИДП, РЗОК връща електронния отчет на ИДП. Изпълнителят на дентална помощ коригира електронния отчет в сроковете по НРД.

Чл. 14. При констатиране на неправилно попълнени данни и/ или грешки, установени при обработката на електронните отчети, РЗОК информира изпълнителите на дентална помощ с писмени указания за необходимите корекции и допълнения. Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определения срок.

Чл. 15. (1) При необходими корекции и допълнения на финансово-отчетните документи по чл.318, РЗОК връща фактурата и спецификацията към нея на ИДП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно от 15-то число на месеца на отчетане. В срок до 3 работни дни ИДП се задължава да представи фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията към тях. В случай на отказ от страна на ИДП за корекции и допълнения, фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията се придружават от отказ на ИДП, предоставен в писмена форма.

(2) Средствата се превеждат на ИДП до 7 работни дни след получаване на коригираните документи.

(3) Ако исканите поправки не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя не се заплаща по този ред.

Чл. 16. Плащанията се извършват в левове по банков път по обявена от ИДП банкова сметка.

Чл. 17. (1) За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИДП носят отговорност съгласно условията на този договор.

(2) Отговорност не се търси и амбулаторните листове се коригират от ИДП в момента на отчетането, в случай че при приемането им се установяват следните фактически грешки:

- а) сгрешен код на дейност при правилно попълване на диагноза и извършена дейност;
- б) неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист;
- в) липса или грешен личен професионален код на ИДП, при вярно изписани три имена на лекаря по дентална медицина;
- г) липса или грешен ЕГН на ЗЗОЛ в амбулаторния лист, при вярно изписани три имена на ЗЗОЛ.

Чл. 18. В случай че РЗОК не заплати на ИДП извършените дейности в сроковете, определени с договора с ИДП, тя дължи на изпълнителя законна лихва за просроченото време.

Чл.19. (1) Представителите на БЗС и НЗОК ежемесечно наблюдават и анализират изпълнението на бюджета за годината в частта на здравноосигурителните плащания за извънболнична дентална помощ.

(2) В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 юни на съответната година надхвърля с повече от 25 на сто половината от предвидените в ЗБНЗОК за 2011 г. средства за плащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 юни НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по чл.1 и чл.2, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

(3) В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 юли на съответната година надхвърля с повече от 22 на сто от предвидените за седемте месеца в ЗБНЗОК за 2011 г. средства за плащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 юли НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по чл.1 и чл.2, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

(4) В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 август на съответната година надхвърля с повече от 18 на сто от предвидените за осемте месеца в ЗБНЗОК за 2011 г.

средства за заплащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 август НЗОК извършва корекция в цените на денталните дейности по чл.1 и чл.2, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

(5) В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 септември на съответната година надхвърля с повече от 15 на сто три четвърти от предвидените в ЗБНЗОК за 2011 г. средства за заплащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 септември НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по чл.1 и чл.2, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

Чл.20. (1) Директорът на НЗОК определя списък с населените места, определени като практики с неблагоприятни условия за изпълнители на дентална помощ, съгласно методика.

(2) Изпълнителят на ИДП има право на допълнително заплащане, когато населеното място, в което е разкрита амбулаторията му е определено като неблагоприятно, при наличие едновременно на следните условия:

1. обслужваните ЗЗОЛ са с настоящ адрес в населеното място, включено в списъка по ал.1;
2. дейността, за която допълнително се заплаща, се извършва в амбулатория, разкрита в населено място, включено в списъка по ал.1.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите по ал.1 допълнително 20% върху цените на денталните дейности по чл.1, ал.2.

Приложение 7: Становище на националните консултанти по дентална медицинска помощ

Списък на националните консултанти, предоставили становищата си в периода 27.10.2010 година – 11.11.2010 година:

Специалност	Име	Предложени цени	Предложени индикатори	Отношение по обемите
Детска дентална медицина	Доц. Милена Пенева	ДА	Индикатори за достъпност, лечение, спазване на установеното времетраене, изключения за прилагането на индикатори.	Обемът да е еквивалентен на лечебните дейности
БЗС	Д-р Николай Шарков; Д-р Георги Димов	ДА	Индикатори за достъпност, лечение, спазване на установеното времетраене, изключения за прилагането на индикатори.	Обемът да е еквивалентен на лечебните дейности

Специалистите и трима от националните консултанти по дентална медицина са отговорили с общо становище от името на Българския зъболекарски съюз (БЗС):

Оперативно зъболечение, ендодонтия, парадонтология и заболявания на оралната лигавица	Доц. Стоян Владимиров
Протетична дентална медицина	Проф. Андон Филчев
Дентална образна диагностика	Проф. Доан Зия

Националният консултант по „Детска дентална медицина”, както и колективното писмо на БЗС, акцентират върху това, че обемът на здравните услуги не бива да се определя, защото всеки здравноосигурен има право на точно определен брой дейности от обхвата на денталната помощ. Във връзка с това се предлага да отпадне чл. 3 от предложената Методика за заплащане на дейностите.

Предложения за цени на националните консултанти:

Дейност	Цена
Обтурация с амалгама или химичен композит (ЗЗОЛ до 18 год.)	27,39
Екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията (ЗЗОЛ до 18 год.)	27,39
Обтурация с амалгама или химичен композит (ЗЗОЛ над 18 год.)	23,03
Екстракция на зъб, вкл. анестезията (ЗЗОЛ над 18 год.)	23,03

Предлага се цените за две от дейностите при деца и възрастни да бъдат увеличени за сметка на НЗОК¹⁶, с процента на нарастване на средствата по бюджета за дентална помощ

¹⁶ Някои от дейностите в обхвата на основния пакет за дентална медицина се заплащат съвместно от НЗОК и пациентите, съгласно ЗЗО. БЗС предлагат да се увеличи дела на НЗОК и да не се променя дела на пациентите в общата стойност на конкретните услуги.

ИЗТОЧНИЦИ

Закон за здравното осигуряване

Закон за здравето

Закон за лечебните заведения

Наредба № 39 от 16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията

Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК

Национален рамков договор – 2010 г.

Приложение №17, НРД- 2010, Дейности на лекаря специалист по „детски болести“ по програма „детско здравеопазване“, на лекаря специалист по „акушерство и гинекология“ по програма „майчино здравеопазване“ и на лекаря специалист по профилактика на ЗЗОЛ от рискови групи

Приложение № 16, НРД- 2010, Пакет дейности и изследвания на ЗЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар - специалист, които НЗОК заплаща

Приложение № 15, НРД- 2010, Дейности на ОПЛ по Имунопрофилактика, програма „Детско здравеопазване“, Профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години, Формиране на рискови групи при ЗЗОЛ над 18 години и програма „Майчино здравеопазване“

Приложение № 13, НРД- 2010, Пакет дейности и изследвания на ЗЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ, които НЗОК заплаща

Министерство на финансите, отдел „Микроикономически анализи“ (2005): Финансиране и управление на здравеопазването, София.

Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009): Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses; World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Kigali and Rwanda, (2007): Assuring quality health care through social protection: the role of purchasing and quality management, GTZ-ILO-WHO

Maceira D., (1998): ProviderPayment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries, Harvard School of Public Health

Boerma, W. и Fleming, D. (1998): “The Role of General Practice in Primary Health Care”, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Boyden, A. и Carter, R. (2000): “The appropriate use of financial incentives to encourage the preventive care in general practice”, West Heidelberg, Centre for Health Program Evaluation, Research Report 18.

Brown, S. (1999): “A Literature Review: Physician Funding and Health Care Systems – An International Perspective”, London: The Royal College of General Practitioners.

Eloia J., Daponte, A. и Navarro, V. (1995): "Health indicators and the organization of health care systems in Western Europe", American Journal of Public Health № 85, стр. 1397–401.

Fleming, D. (1993): "The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care", Amsterdam, Thesis Publishers.

Goicoechea, J. (1996): "Primary Health Care Reforms", Copenhagen, World Health Organization.

Gosden, T. и коллектив (2001): "Impact of payment method on behavior of primary care physicians", Journal of Health Services Research and Policy, Vol. 6(1), стр. 44-55.

Gosden, T. и коллектив (2004): "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behavior of primary care physicians", The Cochrane Library, Issue 1, Chichester, John Wiley and Sons.

Robinson, J. (2001): "Theory and practice in the design of physician payment systems", The Milbank Quarterly Vol. 79(2), стр. 149-177.

Starfield, B. (1998): "Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology", Oxford, Oxford University press.