



БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

Вх. № .....  
..... 2016

УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

✓ ДО  
ЧЛЕНОВЕТЕ НА  
НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК

ДО  
Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ  
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДА,**

Във връзка с публикуваното Ваше Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016 г., настояваме за отговор на следните въпроси, които са от съществено значение за работата на българските лекари по изпълнение на договорите с НЗОК за 2016 г.:

**1. Как се изпълняват изискванията на чл. 53, ал. 1 и чл. 54, ал. 1, 3 и 4 от Закона за здравното осигуряване? Кой преговаря от името на НС на НЗОК и от името на УС на БЛС- министърът на здравеопазването и членове на различни сдружения на лекари ли?**

*(Текст на чл. 53. (Доп. - ДВ, бр. 113 от 2007 г., в сила от 1.12.2007 г., изм., бр. 101 от 2009 г., в сила от 1.01.2010 г.) (1) За осъществяване на дейностите, предвидени в този закон, НЗОК и Българският лекарски съюз приемат чрез подписване Национален рамков договор за медицинските дейности, а НЗОК и Българският зъболекарски съюз приемат чрез подписване Национален рамков договор за денталните дейности.)*

*(Текст на чл. 54. (Изм. - ДВ, бр. 101 от 2009 г., в сила от 1.01.2010 г.) (1) Изготвянето на НРД за медицинските дейности се извършва от 10 представители на НЗОК и 10 представители на Българския лекарски съюз след внасяне на проекта на закон за бюджета на НЗОК за следващата година за разглеждане от Народното събрание. (3) Статутът на съсловните организации по ал. 1 и 2 и редът за определяне на представителите им за участие в изработването и приемането на НРД се уреждат със Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина. (4) Представители на НЗОК по ал. 1 и 2 са членове на надзорния съвет и управителят на НЗОК.)*

**2. Как на практика ще се прилага Националната здравна карта спрямо желаещите български лекари да сключат договори с НЗОК в условията на достатъчност от определени специалисти в даден регион/област/община?**

**Подвъпроси:**

- По какви критерии ще се разрешава или отказва договор на лекар, заявил желание за сключване на договор с НЗОК?

- Моля да уточните на базата на кои обективни критерии ще се прави преценка, ако:

- на съответната територия има достатъчност от лекари с определена специалност, които и в момента имат договор с НЗОК и този договор е единствен за тях;
- на територията има достатъчност, в която се включват и лекари от БМП, които имат договори за СИМП и в момента?

*(Текст на чл.19. (1) Когато въз основа на оценка на потребностите и установена недостатъчност съгласно Национална здравна карта е налице потребност от медицинска помощ, директорът на РЗОК може да сключва договор/допълнително споразумение и след изтичане на срока по чл. 18, ал. 3 с лечебни заведения, които отговарят на изискванията на закона, НРД за медицинските дейности за 2015 г. и Решението. (2) В случаите по ал. 1 директорът на РЗОК сключва договори или издава мотивирани откази за сключване на договори в срок от 30 дни от подаването на документите. При установяване на непълнота на представените документи се прилага чл. 18, ал. 2.)*

**3. Как обемите ще станат част от индивидуалните договори с изпълнителите на медицинска помощ: в самия текст, в Приложение №2 за ЛЗ за БМП или чрез друго приложение? Как и на каква база ще бъдат определяни обемите за всяко ЛЗ за БМП и за всяко ЛЗ за доболнична медицинска помощ?**

БЛС настоява предварително публично да бъдат представени Правилата за условията и реда за прилагане на ал.1 и 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2016г., преди приемането им от НС на НЗОК.

*(Текст на чл. 20. (1) Типовите договори/допълнителни споразумения с ИМП се утвърждават от управителя на НЗОК. (3) Обемите и цените на медицински дейности, установени в Решението, са част от съдържанието на типовите договори/допълнителни споразумения. (4) Неразделна част към договорите с изпълнителите на медицинска помощ представляват: 1. протоколи за брой на назначаваните специализирани медицински дейности и стойност на назначаваните медико-диагностични дейности – за изпълнителите на ПИМП и СИМП, определени по реда на ЗБНЗОК за 2016 г. от НС на НЗОК; 2. приложения за стойности и обеми на дейностите в БМП и стойности на медицинските изделия в БМП и лекарствените продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП.)*

**4. Във връзка с прилагане на чл. 65, ал. 3 в извънболничната медицинска помощ и чл.199, ал.3 в болничната медицинска помощ, моля да се представят публично Правилата за условията и реда за прилагане на ал.1 и 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2016г., преди приемането им от НС на НЗОК.**

*(Текст на чл. 65. (3) В случай, че при анализа по ал. 2 се установи превишение на обемите за ПИМП, СИМП и/или МДД, НС на НЗОК приема решение с коригирани обеми в рамките на оставащите средства по бюджетните параграфи за съответното здравноосигурително плащане, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на ИМП. и чл. 199. (3) В случай, че при анализа по ал. 2 се установи превишение или неизпълнение на обемите по определени здравноосигурителни плащания, НС на НЗОК приема решение с коригирани обеми в*



рамките на оставащите средства по бюджетния параграф за здравноосигурителни плащания за БМП, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на БМП.)

**5. При сключването на договори с ЛЗ за БМП ще се даде ли възможност да се сключат договори с ЛЗ за БМП, които не притежават изискващото се ниво на компетентност по Наредба №2 за изпълнението на КП, Амб.Пр и КПр., но в медицинските стандарти е дадено право да се изпълняват и от тези ЛЗ за БМП в условията на спешност или е дадено това право в алгоритмите на КП, Амб.Пр и КПр?**

*(Текст на чл.142. (1) Страна по договор с НЗОК за оказване на БМП по КП, АПр и КПр може да бъде лечебно заведение по чл. 9, което отговаря на общите условия по чл. 19, ал. 1, т. 1, букви „а“, „б“ и „в“ НРД за медицинските дейности за 2015 г., както и на следните специални условия:*

*1. съответствие на устройството на лечебното заведение с разрешението за осъществяване на лечебна дейност и съответното ниво на компетентност, респ. с регистрацията в РЦЗ/РЗИ;*

*7. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение за болнична или извънболнична помощ в случаите, когато съответната КП, АПр и КПр допуска това, с лечебни заведения, които се намират на територията на същата област, или с по-близко лечебно заведение в съседна област).*

**6. Как ще работят ЛЗ при изпълнение на дейности за „заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“, при положение, че това може да се установи едва след подаване на заявителните документи за сключване на договори, т.е. най-рано 30 дни, след влизане в сила на Решението?**

*(Текст на чл.142, ал.1, т.14. „лечебното заведение е осигурило комплексно лечение по приложение № 12 на Наредба № 2 от 2016 г., самостоятелно или по договор/и с друго лечебно заведение/я, за реализиране на пълния обем дейности по чл. 185, ал. 2.“; чл. 156. (4) Клинични пътеки № 112, 240, 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252 и 253 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 185.; чл. 160. (3) Амбулаторни процедури № 5, 6, 7, 8 и 9 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 185. 3 се изпълняват само в условията на комплексно лечение.“; чл. 185. (1) За заболяванията по приложение № 12 „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“ към чл. 1, ал. 1 и чл. 4 от Наредба № 2 от 2016 г. се осигурява комплексно лечение.*

*(2) Комплексно лечение се осигурява за: 1. злокачествени заболявания: а) злокачествени заболявания при лица до 18 години;*

*б) злокачествени солидни тумори при лица над 18 години; в) злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години; 2. редки болести – муковисцидоза.*

*(3) За заболяванията, посочени в ал. 2, отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на АПр и КП, изчерпателно посочени в приложение № 12 от Наредба № 2 от 2016 г.; чл. 186. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на медицинска помощ за заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение), само с лечебни заведения или техни обединения, които са осигурили комплексното лечение на тези заболявания.)*



**7. Как ще бъдат обслужвани пациентите с онкологични заболявания при прилагане на чл.187 от Решението?**

Няма ли да се затрудни достъпът на пациентите, при положение, че, по наш анализ на условията, заложили в този член, не повече от 20-25 лечебни заведения ще могат да сформират онкологична комисия и то за територията на цялата страна?

*(Текст на чл. 187. (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договор за изпълнение на АПр № 5 по чл. 185, ал. 2, т. 1, букви „а“ и „б“ само с лечебни заведения, които са създали клинична онкологична комисия (обща или по локализации), в съответствие с медицински стандарт „Медицинска онкология“ и притежават собствени структури по медицинска онкология от минимум 2-ро ниво на компетентност и структура по лъчелечение или нуклеарна медицина от минимум 2-ро ниво на компетентност, или хирургия 3-то ниво на компетентност. (2) Всички лечебни заведения, които изпълняват по договор с НЗОК дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични заболявания само след заключение от клинична онкологична комисия по АПр № 5, с изключение на случаите, когато лечението се провежда в условията на спешност. (3) В случаите, когато лечебното заведение по ал. 2 няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, дейностите на клинична онкологична комисия се осигуряват по договор с лечебно заведение по ал. 1. (4) Договор за отделни дейности по чл. 185, ал. 2, т. 1, букви „а“ и „б“ могат да сключат лечебни заведения, които представят договор/ договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по чл. 185, ал. 2, т. 1, букви „а“ и „б“.*

*(5) Лечебните заведения по ал. 1 и ал. 2 осигуряват на пациентите с онкологични заболявания пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.*

**8. Защо при отчитане на КП с продължителност до 3 дни, като АПр№ „Предсрочно изпълнение на дейности по КП...”, за случаите по КП №№ 16, 17, 19.1, 20, 25 или 33 се заплаща цената на съответната пътеката (чл.194, ал.4), а за всички останали случаи по КП с продължителност до 3 дни се заплаща 60% от цената на съответната КП? Ако това са КП, които НРД 2015 са били с минимален престой до 1 ден (24 часа), то защо това изключение не е приложено за всички пътеки с такъв минимален престой по НРД 2015? Това буди съмнения за лобизъм.**

**9. Защо няма да се заплаща на ЛЗ за БМП, ако при внезапен контрол се установи неизвършена и недокументирана задължителна процедура към момента на извършване на проверката в лечебното заведение по време на хоспитализация, при положение че в диагностично-лечебния алгоритъм на КП няма заложен краен час на извършването ѝ и тя може да се извърши и след проверката в рамките на определения престой по съответната КП?**

*(Текст на чл. 215. (4) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр, както и медицински изделия и лекарствени продукти на изпълнител на болнична помощ, в случаите, в които при извършен внезапен контрол се констатира отсъствие на пациента и/или неизвършена и недокументирана задължителна процедура към момента на извършване на проверката в лечебното заведение по време на хоспитализация.)*



**10. Какъв е мотивът и правното основание в §20 от Преходните и заключителни разпоредби да се разпише:**

*(Текст на §20. При осигурена техническа възможност изпълнителите на медицинска помощ ежедневно подават към интегрираната информационна система на НЗОК информацията относно предписаните по международно непатентно наименование или фармакопейно наименование на лекарственото им вещество лекарствените продукти, определени в Позитивния лекарствен списък като напълно заплащани в полза на ЗОЛ, по реда на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.)?*

**11. Какъв е мотивът и основание в §22 от Преходните и заключителни разпоредби да се разпише:**

*Текст на § 22. (1) При осигурена техническа възможност, за което НЗОК информира изпълнителите на ПИМП и СИМП, в НЗОК се изпращат по електронен път, чрез електронна услуга през интернет страницата на НЗОК, в реално време, медицинските направления с назначените дейности (бланки МЗ – НЗОК № 3 и 3а), подписани с електронен подпис на лекаря, издал направлението.*

*(2) Лекарят специалист от лечебно заведение, оказващо СИМП, изпраща по електронен път, чрез електронна услуга през интернет страницата на НЗОК, направлението по ал. 1, подписани с електронен подпис на лекаря, извършил дейността.*

*(3) При осигурена техническа възможност, за което НЗОК информира изпълнителите на ПИМП и СИМП, в НЗОК се изпращат по електронен път, чрез електронна услуга през интернет страницата на НЗОК, в реално време, медицинските направления (бланка МЗ – НЗОК № 4) с назначените дейности, подписани с електронен подпис на лекаря, издал направлението.*

*(4) Лекарят специалист от лечебно заведение, оказващо МДИ, изпраща по електронен път, чрез електронна услуга през интернет страницата на НЗОК, в реално време, медицинските направления по ал. 3, подписани с електронен подпис на лекаря, извършил дейността."*

Това би затруднило много работата на лекарите, а за ОПЛ, които обслужват по няколко села, би било невъзможно. Този текст показва изключително непознаване работата на ОПЛ.

**12. За чия сметка ще се разработва необходимия софтуер за изпълнението на §20 от Преходните и заключителни разпоредби на Решението?**

В какъв формат ще се предоставя тази информация и за какво е нужно, при положение че същата се съдържа и в xml формата на амбулаторния лист, който се отчита в НЗОК?

**13. По какъв начин ще се предоставя информацията на пациента по изпълнение на ал. 6 от чл. 27 от Решението, с какъв документ ще се доказва изпълнението на това изискване?**

*(Текст на чл.27 (6) В случаите на предписване на лекарствен продукт лекарят е длъжен да информира пациента ЗОЛ и относно това дали той се заплаща напълно или частично от НЗОК, както и дали има лекарствени продукти със същото международно непатентно наименование с по-ниска цена, заплащана частично или напълно от НЗОК).*

**14. Защо КП с №№ 210 и 211 цените от проекта за решение са променени и за двете пътеки, и макар и с различен обем и сложност са с еднакви цени? Защо са разделени тогава тези пътеки?**

**15. Относно реда за приемане на пациентите в лечебните заведения за болнична помощ, във връзка с чл. 157, ал. 2 от Решението и чл. 20, ал. 2 на Наредба №**



49 за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи:

15.1. Възможно ли е в условия на спешност „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ – НЗОК № 7) да бъде издадена от лекар в ДКБ, ако ЛЗБП, към което пациентът се самонасочил, не разполага със спешна структура?

15.2. Какъв е пътят на пациент с онкологично заболяване? След решение на онкологична комисия по Апр. 5, възможно ли е ЛЗБП, към което пациента се е самонасочил, да издаде „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ – НЗОК № 7) или пациентът следва да получи направлението от лекар от извънболнична помощ?

15.3. Ако пациент се е самонасочил към ЛЗБП, но „дейностите и услугите от обхвата“ на съответната клинична пътека могат „да се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план“, пациентът може да бъде записан в листа на чакащи и планиран за лечение от ЛЗБП или трябва да бъде върнат при лекар за извънболнична помощ за направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури и тогава да бъде вписан в листа на чакащите?

15.4. В случаите на плануване на хоспитализацията за повече от 30 дни, как се хоспитализира пациентът: с издаденото вече направление за хоспитализация или трябва да се анулира издаденото направление и да се връща пациентът за издаване на ново направление за хоспитализация? По какъв начин се удостоверява отложената хоспитализация при повторно издаване на направлението за хоспитализация?

16. Задължен ли е ОПЛ да издаде направление за хоспитализация бл. № 7 за заболявания, за които няма достатъчна компетентност или диагностични възможности да прецени медицинските индикации за хоспитализация, само въз основа на препоръка от СИМП или ЛЗБП? Как се удостоверява препоръката на лекар от СИМП или ЛЗБП в този случай?

17. След като ОПЛ ще води диспансерното наблюдение на всички сърдечносъдови заболявания при пациенти с хипертония или стенокардия, защо не е позволено да назначава терапия за I50, I25.2, I48 на пациенти, диспансеризирани при него? Предвижда ли се да се направят съответните промени в приложение № 4 „Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия, по Решението“?

**18. Какъв е мотивът да се разпише в чл. 52 "Здравното (медицинско) досие на пациентите по чл. 135 НРД за медицинските дейности за 2015 г., което създава и съхранява ОПЛ, съдържа още:**

1. „Карта за профилактика на ЗОЛ над 18 години“, включена в медицинския софтуер на ОПЛ;
2. екземпляр от издаденото от ОПЛ направление за хоспитализация“?

Задължително ли е направлението за хоспитализация да се съхранява от издаващото го ЛЗ на хартиен носител? Какъв е смисълът от отпечатването, след като и двата документа се съдържат в xml-отчета?

**20. Относно дейности на ОПЛ при провеждане на профилактични прегледи на ЗОЛ над 18-годишна възраст:**

В Приложение 1а към Наредба 39 е посочено:

Мъже $\geq$ 40 години	<u>LDL-холестерол и триглицериди;</u> оценка на СС риск по SCORE системата	1 път на 5 години
От 46 до 65 години (жени и мъже)	ПКК	1 път на 5 години
Мъже $\geq$ 46 години и жени $\geq$ 50 години	<u>LDL-холестерол и триглицериди;</u> оценка на СС риск по SCORE системата	1 път на 5 години
Мъже $\geq$ 50 години	PSA	1 път на 2 години
Жени от 50 до 69 години включително	Мамография на млечни жлези	1 път на 2 години
Над 65 години (жени и мъже)	1. ПКК 2. <u>LDL-холестерол и триглицериди;</u> оценка на СС риск по SCORE системата	Ежегодно 1 път на 5 години

В Приложение №8 към Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016 г. е посочено:

Мъже $\geq$ 40 години	1. триглецириди 2.1. *оценка на СС риск по SCORE системата за лица без сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН 2.2. <u>LDL-холестерол (за лица със сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН, при които не се извършва оценка на СС риск по SCORE системата)</u>	Веднъж на 5 години
От 46 до 65 години /жени и мъже/	ПКК	Веднъж на 5 години
Мъже $\geq$ 46 години и жени $\geq$ 50 години	1. триглецириди 2.1. *оценка на СС риск по SCORE системата за лица без сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН 2.2. <u>LDL-холестерол (за лица със сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН, при които не се извършва оценка на СС риск по SCORE системата)</u>	Веднъж на 5 години
Мъже $\geq$ 50 години	PSA	Веднъж на 2 години
Жени от 50 до 69 години, включително	Мамография на двете млечни жлези	Веднъж на 2 години
Над 65 години /жени и мъже/	1. ПКК 2. триглецириди 3.1. *оценка на СС риск по SCORE системата за лица без сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН 3.2. <u>LDL-холестерол (за лица със сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН, при които не се извършва оценка на СС риск по SCORE системата)</u>	Ежегодно Веднъж на 5 години

Не става ясно дали LDL-холестерол трябва да се изследва при всички пациенти от съответната възрастова група, както е посочено в Наредбата, или само при пациенти със сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН, при които не се извършва оценка на СС риск по SCORE системата), както е посочено в Приложение №8. По същия начин стои въпросът и по отношение на оценка на СС риск по SCORE системата.

Неясно остава и как да се прецизира дали пациентът има метаболитен синдром, след като изследването на HDL-холестерол е задължителен момент от преценката, а отсъства в Приложение 1а към Наредба 39 и Приложение №8 към Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016 г.



Уважаеми господа,

Напомняме, че в наши писма с вх. №17-01-25/15.04.2016 г., 17-01-24/13.04.2015 г., 17-01-23/7.04.2016 г., 17-01-22/4.04.2016 г. са поставени и други въпроси, свързани с практическото приложение на Решението, на повечето от които все още не сме получили еднозначен отговор. Някои от неясните моменти, дори да са изчистени, не са доведени до знанието на изпълнителите на медицинска помощ по адекватен начин - с указание от управителя на НЗОК. В тази връзка настояваме извършените медицински дейности по неизяснените регламенти на Решението да бъдат заплатени и за тях изпълнителите на медицинска помощ да не подлежат на санкции, считано от влизането му в сила до получаването на недвусмислени и конкретни отговори от НЗОК на всички зададени от нас въпроси, като това бъде изрично записано в следващото Указание на НЗОК по прилагането на Решението.

С неподписването на НРД българските лекари обърнаха внимание на институциите и на обществото за наличието на множество неясно регламентирани дейности в нормативните документи. Същите неясноти, пренесени в Решението на НЗОК, след 1.4.2016 г. пречат на оказването на медицинска помощ на всички нива в здравеопазването. Последствията от неизяснените или противоречиви правила за работа се понасят основно от пациентите и рефлексират в конфликти с изпълнителите на медицинска помощ, които нямат никаква вина за нормативните неясноти. Настояваме за Вашите отговори в максимално кратки срокове в интерес на цялото общество.

**Д-Р ВЕНЦИСЛАВ ГРОЗЕВ**  
**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС**

