



ДО
Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

УВАЖАЕМИ Д-Р КОМИТОВ,

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

1. Как ще бъде приложена на практика т. 2 от ал. 2 на чл. 4 от Решението?

(Чл. 4. (2) Когато здравноосигурените лица не са удовлетворени от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, те имат право да подават жалби пред директора на съответната РЗОК. В жалбата се описват причините и се посочва най-малко едно от следните основания: 2. качество на медицинската помощ, което не съответства на критериите за качество, определени в НРД;)

2. Важат ли критериите за достъпност или недостатъчност и за изпълнителите на извънболнична медицинска помощ, и ако отговорът е „да” по какви критерии ще се сключват/отказват договори с изпълнители, заявили желание за сключване на договори?

(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 извънболнична 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 2016 г., преди приемането им от НС на НЗОК.

(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.)

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

(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).

4. Защо в чл. 45, ал. 3 е останало изискването за представяне на договор, при положение, че в последната редакция на Наредбата за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК (Наредба № 2 от 2016 г.) е данено право на изпълнителите на ПИМП да осигурят достъп до медицинска помощ и по телефона?

(Чл. 45. (3) Към заявлението по ал. 1 изпълнителите на първична извънболнична медицинска помощ подават и договор по чл. 12, ал. 1, в случай че е налице промяна в начина, по който осигуряват достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 2 от 2016 г.)

5. 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 2016 г. преди приемането им от НС на НЗОК.

(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.)

6. 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 по Наредба №2 ниво на компетентност 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?

(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;)

7. 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?

(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.)

8. Как ще бъдат обслужвани пациентите с онкологични заболявания при прилагане на чл. 187 от Решението? Няма ли да се затрудни техния достъп при положение, че по наши анализи при условията, заложи в този член, не повече от 10 ЛЗ ще могат да сформират онкологична комисия и то за територията на цялата страна.

(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. (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.

9. Защо няма да се заплаща на ЛЗ за БМП медицинска помощ, 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?

(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. 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 това при положение, че същата информация е има и в xml формата на амбулаторния лист, който се отчита в НЗОК?

(§ 20. При осигурена техническа възможност изпълнителите на медицинска помощ ежедневно подават към интегрираната информационна система на НЗОК информация 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.)

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