

Позиция

на Пациентски организации „Заедно с теб”

Относно: Правила за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностичните дейности за назначаване от изпълнители на първична и специализирана медицинска помощ от 14.01.2013 г. на НЗОК

Като пациентски организации сме притеснени от Новите правила, въведени от НЗОК за отпускане на направления за специалисти и изследвания.

В чл. 2 се казва, че НЗОК определя брой направления за тип 1 и тип 2 (остри и хронични случаи) на 100 задължително здравно осигурени лица (ЗЗОЛ), но никъде **не става ясно колко точно са тези направления**, което предполага неясноти и замъгляване на реда и правилата.

НЗОК определя общо брой направления за тип 4 (диспансерните случаи), но не се казва никъде колко точно са тези направления, а те са задължителни и бройката трябва да е ясна предварително.

Според нас необосновано **направленията тип 1 и 2 (остри и хронични случаи) са поставени в една група с тип 8 (за ТЕЛК)** и стойността според тези Правила е обща, което води до несигурност и няма гаранция, че ще бъде осигурен достъп на пациентите с остри състояния.

В чл. 2 ал. 5 се казва, че НЗОК определя броя на направленията за медико-диагностични дейности (МДД) **в зависимост от очакваното изпълнение на бюджета на НЗОК**, което е правен абсурд, тъй като бюджетът е ясен и е гласуван в Парламента.

В чл. 3 се казва, че НЗОК определя броя направления за МДД на базата на издаваните такива, но **не е уточнено издадени в какъв срок**, което поражда хаотични тълкования, според интересите.

В чл. 4 ал. 1 по повод на острите случаи **при деца НЗОК прави ограничение за еднократно издаване на направление за всяко остро заболяване**, което според нас е недопустимо тъй като например заболяване на сливици е възможно да има нужда от трети преглед при специалист, а тези Правила не дават тази възможност. Ние сме разтревожени от липсата за защита на детското здраве от страна на НЗОК.

В чл. 8 ал. 3 НЗОК **ограничава прехвърлянето на неусвоените направления от завършилото тримесечие в следващото**, което според нас цели единствено спестяване на средства на НЗОК, но ограничава пациента в правото му за достъп до специализирана дейност. Факт е, че разпределението на посещенията (особено хроничните и диспансерните случаи) е неравномерно в годината (намаляване през летните месеци). Според нас общопрактикуващите лекари трябва да имат право да прехвърлят неусвоените направления в следващото тримесечие, защото това е в полза на пациентите и е недопустимо да се налагат правила от НЗОК единствено с цел спестяване на средства.

В чл. 8, ал. 4 се казва, че всяко тримесечие изпълнителите **могат да превишават с 15% определените направления, но трябва да ги компенсират в следващото, а в IV тримесечие не се допуска превишения.** Тази алинея реално ограничава превишението и такова на практика не съществува.

В чл. 9 ал. 2 РЗОК обобщава и анализира постъпилите искания за направления и **при необходимост може да предложи до 10-то число на последния месец от тримесечието в ЦУ на НЗОК предложение за отпускане на допълнителни направления.** Тази алинея освен популистка цел няма друга стойност тъй като поради мудността на работата на НЗОК, както и поради изключително малкото време, предвид дългия път, който трябва да извърви това предложение: РЗОК (обобщение и анализ) – НЗОК (събиране и обработване) – Управителят прави предложение за Надзорния съвет - свикване на заседание на Надзорния съвет, което става трудно поради необходимостта от кворум, тоест изисква се около месец, месец и половина за тази процедура, а през това време тримесечието, за което се иска допълнителен брой, отдавна е отминало.

В чл. 13 се казва, че ако лекарят надвиши брой/стойности на направленията, се извършва проверка и се съставя **„Протокол за неоснователно получени суми”**, което представлява правен абсурд, тъй като общо практикуващите лекари не получават заплащане за направленията, а такова получават специалистите или лабораториите. Общо практикуващите лекари се явяват само разпределител на направления.

В глава II от тези Правила **се въвеждат неясни формули и коефициенти, което предполага субективност и липса на прозрачност.**

Въвежда се коефициент k , който представлява „заложен за периода обръщаемост на 100 здравно осигурени лица, но ПИМП (първичната медицинска помощ) е лимитирана като бюджет и няма как това да бъде променяно с някакъв неясен коефициент.

В чл. 18 ал. 2 НЗОК **въвежда ограничение за диспансерните случаи - за дейности и изследвания направления могат да се дават само за това заболяване, което е с най-високия обем дейности.** Това представлява недомислие, тъй като заболяванията са различни и съответно изследванията са частично различни. Например при диабет и хипертония има някои изследвания, които се покриват, но то е ясно, че няма да се правят два пъти, а от друга страна всяко заболяване е и със специфична необходимост от изследвания. **Това ограничение ще лиши пациентите с някои заболявания от необходимите им специфични изследвания и консултации.**

От до тук направения кратък анализ се вижда, че тези Правила пораждат много въпроси, създават усещането за хаотичност и липса на обоснованост.

Според нас общо практикуващите лекари не трябва да бъдат наказвани първото тримесечие, в което имат надвишаване, а РЗОК трябва да направи анализ и да организира например обучителни курсове, с цел подпомагане на лекарите при конкретни заболявания, при които се наблюдава надхвърляне на броя на направленията, каквато е практиката в Европа.

Друго, което може да се направи е разделянето на направленията по типове - за остри, хронични и диспансерни случаи с цел да се взимат предвид спецификите на

заболяванията. Например една стабилна хипертония на сравнително млад пациент, без съпътстващи заболявания спокойно може да бъде наблюдавана от общо практикуващия лекар. Тези направления, които са за диспансерни пациенти да не бъдат със задължителен характер, а да са по преценка на лекаря.

Освен това, за да могат пациентите да получават повече направления трябва да се въведе натрупване за неизползваните направления. Ако даден пациент получи направление и не го използва, което се случва често и тъй като НЗОК няма да изразходи средства за него в такъв случай, то нека направлението се връща автоматично при лекаря, след отчитане на неизползването му, за да може да бъде използвано от друг пациент.

Считаме, че НЗОК трябва да работи в полза на пациента, тъй като това е независима институция, а пациентът е този, който плаща своите здравни вноски и има право на медицинска помощ.

Надяваме се НЗОК да вземе предвид направените коментари, предложения и да работи единствено и само в полза на пациентите.

С уважение: Пенка Георгиева

Пациентски организации „Заедно с теб”

Асоциация за репродуктивно здраве, бременност и грижи за децата „Усмихни се”

Алианс на трансплантираните и оперираните АТО „Бъдеще за всички”

Асоциация на пациентите със сърдечно-съдови заболявания

GSM: 0886 437 609, e-mail: pgeorgieva@e-zdravey.com

Гр. София 1000, ул. Цар Симеон 5, вх. Б