



## **СТАНОВИЩЕ НА УС НА БЛС ОТНОСНО ИЗМЕНЕНИЯТА В МЕТОДИКИТЕ НА НЗОК**

### **ОБЩИ БЕЛЕЖКИ**

#### **ПО ПРОМЕНЕНИТЕ ОТ НС НА НЗОК ПРАВИЛА ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА И БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

**I. По Правила за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностични дейности за назначаване от изпълнители на първична и специализирана медицинска помощ, приети с Решение на Надзорния съвет № РД-НС-04-3/14.01.2013 г., изменени с Решение № РД-НС-04-23/05.03.2013 г.**

1. В чл. 8, ал. 3, се променя текстът, като се позволява неусвоените направления в предходното тримесечие да се използват през следващото.

2. В чл. 8, ал. 4 се възстановява правото да се надвишават с 10 процента стандартите, но никъде не е споменато, че това става без компенсация.

3. В чл. 9 се регламентира отделяне на допълнителен резерв от 5 процента на ниво РЗОК, който вероятно няма да бъде разпределен. Това ще понижи броя на разпределени стандарти. Всъщност никъде в методиката няма текст, че се разпределят средства за СМД и МДД, равни на годишния бюджет. При това част от тях не се използват от пациентите и не се усвояват. По този начин нищо не пречи на НЗОК да разпредели занижени стойности, а да позволи надвишаването им с 10 процента, като накрая дори реализира „икономии“ от неусвоените. Следва да се регламентира колко точно средства разпределя НЗОК в национален мащаб.

4. В чл. 13 е премахнато възстановяването на надвишените средства и смешното понятие „Протокол за неоснователно получени суми“. В протокола

за определяне на СМД и МДД обаче, такова задължение фигурира в т. 4 /за СИМП/ и като т. 2 /за ПИМП/. Вероятно същият текст остава и в индивидуалните договори.

БЛС настояваше средства да се възстановяват само ако не са останали неусвоени средства на регионално и национално ниво едновременно, както и при липса на основания по медицинска целесъобразност.

5. Не е ясно защо промените влизат в сила от 1 април и какво се случва с първо тримесечие.

**II. По Правила за определяне на годишния прогнозен план за обем дейност и стойност на разходите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ за 2013 г. , приети с Решение на надзорния съвет № РД-НС-04-2/14.01.2013 г., изменени с Решение № РД-НС-04-25/05.03.2013 г.**

1. Действително в чл. 3, ал. 1 е предвидено разпределение по годишна стойност на разходите, но в други текстове фигурират. Годишния прогнозен обем дейност следва да се използва само с оглед прогнозен бюджет, и то не на база измислени коефициенти, а реално извършена в предходни години дейност.

2. Поставя се безусловен лимит от 5 процента на превишение на определения годишен обем и стойност на разходите, без да има никакви гаранции, че те са реално и справедливо определени.

Всъщност и в тази методика няма задължение за пълно разпределяне на определена годишна стойност за цялата страна. Т.е. НЗОК може да разпредели занижени годишни стойности, /което вероятно е направила/ и след това „великодушно” да разреши надвишаването им с 5 %. БЛС настоява за ясни правила за разпределяна на миналогодишната обща стойност на разходите по реално разпределение.

3. В ал. 4 е предвидено намаление на общата годишна стойност на разходите при неизпълнение за тримесечие, а не прехвърляне в следващото, без да се съобразява с цикличност, обективни обстоятелства и други.

Променен по този начин, при това едностранно, правилата са малка крачка напред, но не могат да удовлетворят вижданията на БЛС и ще продължат да създават напрежение и проблеми.