

Какво предлагаме :

1. Да се промени системата за контрол при изразходването на финансов ресурс в извънболничната помощ като **медицинската целесъобразност** и обоснованост стане „златен стандарт” при обективната оценка на здравните потребности в страната и разпределението на наличните ресурси. Ако не могат да отпаднат изобщо съществуващите „лимита”, то поне обемите на РС да останат на нивата от миналата година , както и да се запази възможността за 15% надвишение с компенсация през първите 3 тримесечия и допълнителните 10% надвишение без задължение за компенсация през следващото с изключение на 4тото тримесечие.
2. В 19 от 27 страни в Европейския съюз пациентите имат финансово осигурен директен достъп до извънболничен специалист. Затова предлагаме за пореден път да се осигури истински **директен нелимитиран достъп на пациентите до специалистите от извънболничната медицинска помощ** , като за начало това да въведе за рисковите групи като децата до 18г. до педиатър и съответно и бременните, независимо от осигурителния им статус, до акушер-гинеколог.(за неосигурените МЗ ще трансферира към НЗОК необходимите суми).
3. Да се актуализира наредба 40, така че да започне истинско реструктуриране на здравната система чрез поетапно прехвърляне на възможните медицински дейности от най-скъпата третичната част на здравната ни система БП към много по-евтината и ефективна вторична част-СИМП, при спазване на правилата за добра медицинска практика, медицинските стандарти и правата за безопасност на пациента.
4. Да се премахне чл.13 от „Правилата за определяне на РС на НЗОК за 2013” и от индивидуалните договори и споразумения.
5. Да не се съставят протоколи за „неоснователно получени суми” на СИМП за 2010,2011 и 2012г. при установено **медицински обосновано** надвишаване на определените РС, особено след своевременно поискано ,но неудовлетворено от РЗОК искане за допълнителни такива и поради реалното съществуване на незаконно формирани остатъци от събраните в повече здравни вноски, които бяха върнати във фискалния резерв от НС на НЗОК.
6. През 2013г. извършваните медицинските дейности в СИМП да се заплащат по цените, които бяха постигнати при финализираните в законов срок

преговори между УС на БЛС и НС на НЗОК на 07.12.2012г. Това не би застрашило по никакъв начин изпълнението на гласувания от парламента ЗБНЗОК за 2013г.

7.Пред вид необходимостта от въвеждане на реален контрол и финансова дисциплина при изразходване на публичните средства, **да се прецизират, променят и ограничат възможностите и механизмите за директно насочване на пациентите от личните лекари към БП** , особено при плановите хоспитализации **без предварителна консултация от СИМП**.Това на практика създава огромни възможности за ненужно и необосновано увеличаване на хоспитализациите дори в случаи, когато медицинския проблем може да бъде уточнен и решен в извънболнични условия , включително и при условията на домашния стационар.

За да изключим обаче 30% от хоспитализациите, които в момента се правят поради "социални", а не медицински показания, трябва нормативно да се уреди възможността за финансово обезпечаване на необходимите лекарства при режим на "домашен стационар", което също е форма на извънболнично лечение приложимо с висока степен на ефективност и комфорт за пациента в много европейски страни.

8.Подкрепяме и се присъединяваме към жалбата на БЛС до ВАС срещу Постановление №5 на МС от 10.2013г. за приемане цените и обемите на медицинската помощ по чл.55 ал.2 т.2 от ЗЗО обнародвана в ДВ.бр.5 от 18.01.2013г.

Това са основните проблеми в момента, върху които ние от НАСИМП сме длъжни да насочим вниманието, както на цялото гражданско общество така и на здравните, здравноосигурителните и държавните институции в България.

При липса на своевременна реакция заедно с пациентските организации ще бъдем принудени да се обърнем към Еврокомисаря по здравеопазване , Европейската комисия, както и към Комисията за защита от дискриминация и Европейския съд по правата на човека.

12.02.2013г.

Председател на НАСИМП
Д-р Георги Ставракев