МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“

Мирослава Петрова Джугларска

ОЦЕНКА НА КОНТРОЛА ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРИТЕ ЗА ОКАЗВАНЕ НА ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Докторска програма „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ
Проф. д-р Тихомира Златанова Златанова, дм
Проф. Николай Ангелов Попов, дм

София, 2021 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА 4

ВЪВЕДЕНИЕ 6

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР 11

1. ФИНАНСИРАНЕ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ (ПИМП) 11

1.1. Механизъм за финансиране на ПИМП 19

1.2. Система на регулация на финансовите ресурси в ПИМП 32

2. КОНТРОЛ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА ДОГОВОРЕНАТА И ИЗВЪРШЕНА ДЕЙНОСТ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ПИМП 36

2.1. Правна рамка 39

2.1.1. Закон за здравното осигуряване (ЗЗО) 40

2.1.2. Национален рамков договор за медицинските дейности за 2017 г. 49

2.1.3. Правилник за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) 59

2.1.4. Инструкция № РД-16-31/23.06.2016 г. за условията и реда за осъществяване на контрол по чл. 72, ал. 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 от ЗЗО 61

2.2. НЗОК като контролен орган 66

2.3. Отчетност пред НЗОК за осъществяване на контрол 68

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО 73

1. ЦЕЛ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 73

2. НАУЧНИ ЗАДАЧИ 73

3. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО 77

ГЛАВА ТРЕТА. СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ 78

1. КРИТИЧЕН АНАЛИЗ НА НОРМАТИВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА КОНТРОЛА ОТ НЗОК 78

2. АНАЛИЗ НА ГОДИШНИТЕ ОТЧЕТИ ЗА ДЕЙНОСТТА НА НЗОК ЗА ПЕТГОДИШЕН ПЕРИОД (2014-2018 г.) 82

3. АНАЛИЗ НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ ИНФОРМАЦИОННИ СИСТЕМИ В ПИМП ЗА ЦЕЛИТЕ НА КОНТРОЛА 96
4. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ 102
ИЗВОДИ 131
ПРЕПОРЪКИ 136
ПРИНОСИ 139
ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА 141
ПРИЛОЖЕНИЯ 155
Приложение 1. Критерии за избор на обекти на контрол от НЗОК в ИМП за 2014 г... 155
Приложение 2. Критерии за избор на обекти на контрол от НЗОК в ИМП за 2016 г... 158
Приложение 3. Критерии за избор на обекти на контрол от НЗОК в ИМП за 2017 г... 160
Приложение 4. Критерии за избор на обекти на контрол от НЗОК в ИМП за 2018 г... 161
Приложение 5. Електронни регистри поддържани от дирекция ИМДП..... 163
Приложение 6. Анкетна карта..... 164

СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА

АПК	Административнопроцесуален кодекс
АУАН	Акт за установяване на административно нарушение
БЛС	Български лекарски съюз
БМП	Болнична медицинска помощ
БП	Болнична помощ
ГОДНЗОК	Годишен отчет за дейността на НЗОК
ДЗО	Доброволно здравно осигуряване
ДП	Дентална помощ
ДР	Допълнителни разпоредби
ЗАНН	Закон за административните нарушения и наказания
ЗБНЗОК	Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗИДЗЗО	Закон за изменение и допълнение на ЗЗО
ЗОЛ	Здравноосигурени лица
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ИАМО	Изпълнителна агенция „Медицински одит“
ИАМН	Изпълнителна агенция „Медицински надзор“
ИМДП	Извънболнична медицинска и дентална помощ
ИМП	Извънболнична медицинска помощ
МДД	Медико-диагностични дейности
МЗ	Министерство на здравеопазването
МКБ	Международна класификация на болестите
МС	Министерски съвет на Република България
МФ	Министерство на финансите
НАП	Национална агенция за приходите
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса

НОИ	Национален осигурителен институт
НРД	Национален рамков договор
НС	Народно събрание на Република България
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
ПМП	Първична медицинска помощ
ПМС	Постановление на Министерски съвет
ПУДНЗОК	Правилник за устройството и дейността на НЗОК
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
СМД	Специализирани медицински дейности
ЦУ	Централно управление

ВЪВЕДЕНИЕ

Стартиралата преди повече от две десетилетия здравна реформа в Република България, ще се запомни предимно с преминаването от бюджетен към осигурителен модел на финансиране и въвеждането на пазарни принципи за функциониране и управление на системата.

Началото на радикалната промяна се постави с приемането на Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) през 1998 г. Въведе се задължителното и доброволното здравно осигуряване. Характерът на осъществяваните дейности, в рамките на **здравното осигуряване**, очертава състава на неговите **ключови участници**.

Националната агенция за приходите (НАП) е специализираният държавен орган към министъра на финансите, който отговаря за набирането (акумулирането) на задължителните здравноосигурителни вноски от лицата, определени със ЗЗО. Първоначално тази дейност е осъществявана от Националния осигурителен институт (НОИ), а от 01.01.2006 г. администрирането на здравноосигурителните вноски се изпълнява от НАП.

Заплащането на здравноосигурителната вноска, от своя страна, определя кръгът на **здравноосигурените лица** (ЗОЛ). То им дава правото на равен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и на свободен избор на изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с Националната здравноосигурителна каса.

Дейността по управлението и разходването на средствата от задължителните здравноосигурителни вноски се осъществява от създадената, като автономна публична институция – **Национална здравноосигурителна каса** (НЗОК/Касата) и от нейните териториални поделения – районни здравноосигурителни каси (РЗОК). НЗОК е **единственият публичен осигурител на системата**, който заплаща

оказаната медицинска помощ на съответния изпълнител от името на осигурените лица.

Изпълнителите на медицинска помощ са тези, които по силата на сключен договор с НЗОК, предлагат услуги от своята сфера на дейност на ЗОЛ. Такива могат да бъдат както отделните лекари, така и лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ (ИМП) и болнична помощ (БП), центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, диализните центрове, центровете за психично здраве.

Застрахователните акционерни дружества отговарят за дейността по осъществяване на доброволното здравно осигуряване (ДЗО). ДЗО осигурява допълнително приходи за здравната система, които обаче заемат все още незначителен относителен дял (едва 0,5 %) в структурата на общите приходи за здравеопазване (OECD, 2019 г.).

В условията на постоянно и стабилно нарастващи разходи за здравеопазване в цял свят, здравните системи са изправени пред предизвикателството да намерят отговор на въпроса - „Как да се постигне **ефективно разходване на ограничените финансови ресурси** за осигуряване на по-добро здраве на нацията като цяло?“. Тази ефективност зависи преди всичко от адекватното разпределяне на осигурените за здравеопазване публични (обществени) средства и тяхното умело разходване, т.е. от **доброто управление** на предоставените за здраве финансови ресурси. На етапа на тяхното разходване идва и значимата роля на контрола. Не съществува държава в света, в която да е възможно разходване на публичен (обществен) ресурс за здраве без упражняване на контрол.

Контролът, като функция на управлението, има решаващо значение за законосъобразното и ефективно разходване на осигурените за здравеопазване публични (обществени) средства. Посоченото ни дава

неоспоримото основание да възприемаме финансирането на здравните услуги „не само като процедура на заплащане“, а и като „държавно и обществено контролирана система“ (Комитов Гл. и Стр. Генев, 2012).

Контролът върху разходването на публичните средства за здраве се осъществява от единствената институция в Република България, отговаряща за дейността по задължителното здравно осигуряване – **НЗОК**. Създадена със ЗЗО от 1998 г., тя стана „емблема на новия модел“ на финансиране на здравната система (Борисов В., 2018), която е призвана да защитава правата на ЗОЛ от страна на изпълнителите на медицинска помощ на всички нива в здравноосигурителната система. **Основната мисия на НЗОК** е да съблюдава спазването на тези права, с **цел** предотвратяване на закононарушения и неправилно използване на публичните средства. **Инструментът** за нейното постигане е осъществяването на контрол по изпълнението на договорите с изпълнителите на медицинска помощ. **Обект на контрол** от страна на НЗОК са всички изпълнители на медицинска помощ, които са в договорни отношения с Касата.

През последните години се налага общото мнение на здравни експерти, изпълнители на медицинска помощ и ЗОЛ, че се „поставя под съмнение качеството и ефективността на самата контролна дейност упражнявана в системата на НЗОК“ (Димитров Гр., 2014). На практика „липсва контролна дейност – тя е само регистрационна“, „липсва превантивност и не се отчитат ефектът и резултатите от извършената медицинска услуга“ (Воденичарова Ал., 2016; Златанова Т., 2017).

В ценностната система на човека, здравето винаги е заемало едно от челните места. То обаче се разглежда не само като ценност на индивида сама по себе си, а и като предпоставка за икономическия просперитет на всяка една държава. Изследванията показват, че всяка допълнителна година живот на населението води до нарастване на общия икономически резултат с 4 % (Димитров Гр., 2014). Посоченото обяснява приемането на „опазването на

здравето“ на българските граждани като национален приоритет за страната ни, застъпен в Закона за здравето от 2004 г. Това наложи реформирането на здравната ни система по начин, който постави **първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП) в основата на системата**. Мястото й отреди важната роля в съвременния модел на здравната система в Република България.

Основната фигура в ПИМП - общопрактикуващият лекар (ОПЛ) изпълнява широк кръг от значими за обществото дейности. Сред тях са профилактиката и промоцията на здравето, които са от съществено значение за изпълнение на националния приоритет за страната ни. Осъществяването на дейностите по диагностика, лечение и рехабилитация на болния, поставят пред ОПЛ важната задача „да сведе до разумен минимум препращането на пациентите към тесните специалисти и болниците“ (Златанова Т. и Р. Златанова-Великова, 2008). Това прави ПИМП **най-масовата и най-близко предлаганата форма на оказване на медицинска помощ**, която „обезпечава комплексното медицинско обслужване на отделни лица, семейства, групи от населението“ (Златанова Т. и колектив, 2017). ПИМП служи за „вход“ към здравната система на осигурените лица, които търсят медицинска помощ или консултация, но с „пропускателен режим“ към следващите нива на оказване на медицинска помощ (специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП), медико-диагностична дейност (МДД) и болнична медицинска помощ (БМП)).

Нарастващото значение на ПИМП е от гледна точка и на **постигане на национална здравна сигурност**. Здравната сигурност на обществото се определя като „система от норми, институции, дейности и отношения, целенасочени към максимално възможна равнопоставеност в шансовете на гражданите за гарантиране на тяхното здраве, съответно на достъпа им до здравни услуги с високо качество“ (Борисова Б., 2016). Според Ц. Воденичаров (2010) „здравната сигурност се изразява в перманентно и

динамично актуализирана структура от необходими и достатъчни дейности, осъществявани по специално разписан алгоритъм (процедура), който да гарантира движението на пациента в системата на здравеопазване при оптимално качество, за оптимално време и срещу оптимални разходи до решаването на всеки конкретен здравен проблем“. Част от тази система (структура) е НЗОК, която в качеството си на осигурител на системата следи за съответствието на дейността на изпълнителите с договорената по вид, обем и качество, както и за законосъобразното и ефективно разходване на определените средства за здраве с цел тяхното оптимално оползотворяване.

В контекста на настоящото изложение, считаме за безспорна необходимостта от изследване на контрола от НЗОК по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП.

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. ФИНАНСИРАНЕ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ (ПИМП)

Финансирането на здравната система е един от основните фактори, влияещи върху нейното функциониране. От осигуряването на необходимите финансови ресурси, зависи основно обезпечаването на нейното адекватно функциониране. В Българския тълковен речник под понятието „адекватен“ се разбира „съответстващ, подходящ (от лат.)“ (Андрейчин Л. и колектив, 2005). Следователно адекватното функциониране се изразява в съответствие между предоставените финансови средства и задоволените здравни нужди на обществото.

Реалността в здравеопазването е теоретически обоснована с утвърдената икономическа концепция за **ограниченост на ресурсите**, в т.ч. и финансовите, и **неограниченост на потребностите** (Златанова Т. и колектив, 2016).

В условията на демографско застаряване на българската нация, което от една страна води до повишаване на търсенето на медицинска помощ, а от друга до намаляване на населението в трудоспособна възраст, осигуряващо основна част от публичните средства за здравеопазване, финансовата устойчивост на националната ни здравна система е поставена пред сериозно изпитание. В този контекст, **законосъобразното и ефективно разходване на ограничения (лимитиран) финансов ресурс**, разпределен по видове медицинска помощ, е от изключителна важност за финансовата стабилност на здравната система и удовлетворяване на нарастващите здравни потребности на обществото.

Финансирането на здравната система представлява динамичен „процес на осигуряване на финансови ресурси от различни източници, тяхното вътрешно разпределение и използване за целите на здравеопазната

дейност“ (Делчева Е., 2011). Това определение очертава **трите основни аспекта на финансиране на здравеопазването**:

- набиране на финансови средства – описва се чрез обобщаване на отговорите на следните въпроси: „От къде идват средствата?“, „Кой ги плаща?“, „За какво се плаща?“ и „Как се плаща?“;
- разпределение на финансовите средства, прилагайки няколко възможни схеми – институционално, географско, социално, по здравни приоритети и др.;
- изразходване на финансовите средства – характеризира се чрез отговорите на следните въпроси: „За какво са изразходени средствата?“ и „Как са изразходени средствата?“ (Петрова Зл. и колектив, 2008; Делчева Е., 2011).

И трите компонента са законово регламентирани в България. Разграничаваме ги и при определянето на финансирането на здравната помощ като „процес на набиране на приходи, събирането им във фондове и организации, и заплащане на доставчиците на здравни услуги за извършена дейност“ (Комитов Гл. и Стр. Генев, 2012).

Финансирането на здравната помощ може да се разгледа и като **по-широко понятие**. То „не е само процедура на заплащане, а би следвало да се разглежда и като обществено организирана, нормативно утвърдена и държавно и обществено контролирана система“ (Комитов Гл. и Стр. Генев, 2012). Посочената дефиниция включва и **допълнителен компонент** – „публично отчитане и анализ на здравния ефект от усвояването на осигурените средства“. Този компонент обаче не е законово регламентиран в България. Няма законово изискване държавата и обществените осигурителни институции, каквато у нас е НЗОК, да оповестяват данни и извършват сравнителен анализ относно здравния ефект от вложените в здравеопазването публични средства спрямо минали отчетни периоди.

В България се прилага **смесена публично-частна система на финансиране на здравеопазването**.

През последните години се наблюдава негативна тенденция в структурата на общите разходи за здравеопазване, въпреки нарастващия размер на публичните средства в тях. **През 2017 г.** националната ни здравна система реално разчита в почти еднаква степен на публичните и частни разходи (OECD, 2019) в сравнение с 2002 г., когато тяхното съотношението е било 61 % към 39 % (Димитров Гр., 2018). През 2017 г. **публичните разходи** заемат 52,1 % от общите разходи за здравеопазване. По този показател България е на предпоследно място в Европейския съюз, следвана от Кипър. Останалите 47,9 % представляват **частни разходи**. От тях 46,6 % са директни плащания от пациентите. Техният относителен дял е най-високия в ЕС (при средна стойност 15,8 %). На ДЗО, като допълнителен компонент на частните разходи, се пада малък относителен дял, едва 0,5 % от структурата на разходите.

Преди реформирането на здравната система у нас, основният източник на публични средства за здраве бяха данъците, събирани от държавата и общините. След въвеждане на здравноосигурителния модел в края на XX век, структурата на публичните приходи за здравеопазване се промени. **Преобладаваща част** от тях (67 %) се формира от задължителните здравноосигурителни вноски, плащани от: осигурените лица и техните работодатели в определено съотношение; самоосигуряващите се лица; държавата, но само за определени групи граждани (лица до 18-годишна възраст, студенти, пенсионери, лица, получаващи обезщетение за безработица, държавни служители, ветерани от войната и др.). По изчисления на Гр. Димитров – член на Надзорния съвет на НЗОК, плащаните от държавата здравноосигурителни вноски представляват около 18 % от техния общ размер. **Останалите 33 %** от приходите за здравеопазване са от събрани суми за данъци (Протокол на Надзорния съвет

на НЗОК, 2019). Налице е тенденция на трайно намаляване на участието на държавата в общия размер на публичните средства, които се предоставят за финансиране на здравеопазването, отбелязва Гр. Димитров (2018).

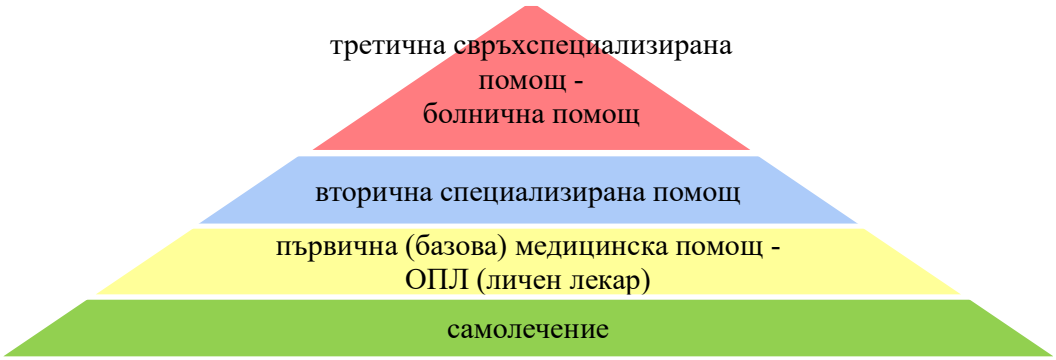
Единствената институция, която финансира с публичен (обществен) ресурс медицинското обслужване на ЗОЛ в България, е **НЗОК**. Тя се явява **купувач** (макар и нереален) на ползваните от осигурените лица здравни дейности, включени в пакета, гарантиран от бюджета й. **Доставчик** на същите е **изпълнителят на медицинска помощ**, сключил договор с НЗОК. **Потребители** на финансираните от НЗОК здравни услуги са **всички ЗОЛ**, в качеството им на пациенти.

Здравната реформа засегна не само финансирането на здравната система, но и нейната организационна структура. Промените се отразиха най-силно на доболничната помощ, а основната причини за това бе необходимостта от **приоритизиране на първичната медицинска помощ** (ПМП) в рамките на добре интегриран здравен сектор (The Ljubljana Charter, 1996 г.). За първи път, нейното ключово място и роля са прокламирани в Декларацията на Световната здравна организация от Алма Ата през 1978 г. Един от основните й акценти е за необходимостта от преориентация на здравните услуги по начин, който поставя **ПМП в основата на системата на здравеопазването** и отрежда спомагателни функции на СИМП и болничната помощ (БП), до които се прибягва, само когато това е наложително. Необходимостта от развитие на ПМП, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ (Политика 2.4) е обоснована и в четвъртата поред Национална здравна стратегия 2020 г., приета през 2015 г. от Народното събрание на Република България (НС), с която се актуализира Националната здравна стратегия 2014-2020, приета през 2013 г. от Министерския съвет на Република България (МС).

Извършеното **преструктуриране на доболничната помощ** при реформиране на сектора е съпътствано основно с отделянето на ПМП от

вторичната специализирана помощ (фиг. 1), появата на частната лекарска практика и на нов тип лекари на мястото на някогашния участъков лекар - ОПЛ.

Фигура 1. Мястото на ПИМП в здравната система



Източник: Борисова Б., 2014

ПИМП заема фундаменталното място в организационната структура на националната здравна система. Литературата нарича ПИМП „гръбначния стълб“ на здравната система.

ПИМП е **„входа“ към здравната система** на осигурените лица, които търсят медицинска помощ или консултация. Тя е **първият контакт** на пациента с лекаря, което до голяма степен формира общата представа за цялата система на здравеопазването. Според Т. Златанова и Р. Златанова-Великова (2008) този вид медицинска помощ се отличава със следните характеристики:

- ПИМП е най-масовата форма за оказване на медицинска помощ;
- ПИМП е най-достъпната форма за оказване на медицинска помощ;
- ПИМП е най-близката форма за оказване на медицинска помощ;
- ПИМП е с най-голям принос за решаването на здравните проблеми на отделните граждани, семейства и обществото като цяло.

При първото ниво на оказване на медицинска помощ се създават „нови социално-етични отношения в здравеопазването и нова култура на

здравното поведение“ чрез изместване на заден план на епизодичното лечение на заболяванията и поставяне на акцент върху интегрирания подход в областта на промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията, особено за уязвимите групи в българското общество (Борисова Б., 2015). ПИМП „осигурява непрекъснати, висококачествени и адекватни за здравните потребности на хората медицински грижи, като решава 80-90 % от здравните им проблеми“ на самия „вход“ на здравната система и „координира достъпа до другите нива на здравната система“ (Златанова-Великова Р. и колектив, 2015). От своя страна това води до повишаване на общата ефективност на здравната система и задържане на темпа на нарастване на разходите за здравеопазване чрез редуциране на излишните специализирани консултации и хоспитализации.

Изпълнители на ПИМП по НРД могат да бъдат лечебни заведения - индивидуална или групова практика за ПМП, съгласно чл. 8, ал. 1, т. 1 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), както и лечебни заведения за БП по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ.

Индивидуална практика за ПМП се организира и осъществява от лекар с призната специалност по обща медицина, който се регистрира по нормативно установения ред (чл. 13, ал. 1 от ЗЛЗ). Амбулаториите с индивидуална практика за ПМП могат да се учредят от физически лица - лекари, еднолични търговци или еднолични търговски дружества, регистрирани от лекари (чл. 3, ал. 3 от ЗЛЗ). **Групова практика за ПМП** се осъществява от търговско дружество или кооперация, учредени от лекари с призната специалност по обща медицина, регистрирани по нормативно установения ред (чл. 14, ал. 1 от ЗЛЗ). Съгласно чл. 14а от ЗЛЗ, право да организират и осъществяват индивидуална или групова практика за ПМП имат и лекари, приети за обучение за придобиване на специалност по обща медицина с определен краен срок, който с приемането през 2019 г. на Закона за изменение и допълнение на ЗЛЗ (обн., ДВ, бр. 42 от 2019 г.) за пореден

път е удължен с още четири години, считано от 04.06.2019 г. Същият е срокът и за тези лекари, които не са започнали обучение за придобиване на специалност по обща медицина, но се зачислят за придобиване на специалност по обща медицина в срок до една година от влизането в сила на закона. Разпоредбите, касаещи удължаване на срока за придобиване на специалност по обща медицина, не се прилагат за лекарите с призната специалност по вътрешни болести, детски болести или спешна помощ. По закон същите имат право да осъществяват индивидуална или групова практика за ПМП, без да придобиват специалност по обща медицина.

Според спецификата на изпълняваните дейности, **лечебните заведения за БП по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ** се делят на такива, оказващи ПИМП, СИМП и БП. Те се създават и финансират от държавата или общините поради високата им социална значимост. Откриват се или се преобразуват с постановление на МС (ПМС), в което се определят и специфичните им за изпълнение функции.

В България **преобладават амбулаториите с индивидуална практика за ПМП**, а процентът на груповите практики е значително по-малък в сравнение с други страни като Финландия (75 %), Ирландия (70 %), Великобритания (над 50 %). Вероятните причини за това са все още неосъзнатите предимства на груповата практика, както от икономическа гледна точка, така и по отношение на свободното време и недоверието в коректността на евентуалните партньори (Златанова Т. и колектив, 2017).

Основната фигура в ПИМП е ОПЛ, наричан още GP (General Practitioner), семеен лекар или личен лекар. Съвременният модел на ПИМП е изграден на принципите на свободен, териториално неограничен, избор на ОПЛ и свободен достъп на пациента до избрания ОПЛ. Последният предлага услугите си в амбулаторни условия или в дома на пациента, когато това се налага от състоянието му. Същите се характеризират с широк спектър от дейности, значими за опазването и подобряването на здравето на

обществото. Тези дейности, са свързани с предлагането на здравни грижи относно промоцията, превенцията, диагностиката на заболяванията, лечението и рехабилитацията на болния (Bindman A. B., 1994). Същевременно ОПЛ е натоварен с функцията на „gatekeeper“ на здравната система. В това си качество, личният лекар има правото и задължението да регулира достъпа на ЗОЛ до специализирани и болнични медицински услуги на самия „вход“ на системата. Наложеното ограничение произтича от „предположението за недостатъчната осведоменост на пациентите, относно спецификата на техния медицински проблем за вземането на обективно решение“ (Златанова-Великова Р. и колектив, 2015).

В сравнение с работата на някогашния участъков лекар, ОПЛ е поставен в съвсем нова ситуация. Последният е не само изпълнител на ПИМП, а и собственик на лекарската си практика, с произтичащите от това управленски функции.

Управлението на практиката за ПМП е сложен и динамичен процес. Собственикът на индивидуалната практика или управителят на груповата практика извършва освен медицински дейности и редица немедицински дейности, като: организация на работата, съобразно потребностите на пациента; осигуряване и оптимално използване на разполагаемите ресурси (човешки, материални, финансови, информационни); документиране и отчитане на извършената дейност в съответствие с нормативните изисквания.

Посоченото ни дава основание да наречем ОПЛ не само изпълнител на ПИМП, но и **„мениджър на своята практика“** (Златанова Т. и колектив, 2017). Успехът на всяка една практика за ПМП зависи от умението на собственика (управителя) да определя и приоритизира ясно целите й, да взема правилните управленски решения, оптимално да организира и текущо да контролира процеса на извършваните в нея дейности.

1.1. Механизъм за финансиране на ПИМП

Наложеният от здравноосигурителния модел механизъм за заплащане на предоставяните здравни услуги, като цяло има за цел да създаде набор от финансови стимули за изпълнителите на медицинска помощ, с оглед осигуряване на адекватно здравно обслужване на осигурените лица. В същото време в тях е заложено като държавна политика ограничаване на разходите за здравеопазване чрез ефективно използване на публичните средства (Търновска М. и Р. Стоянова, 2018). Степента, в която прилагания платежен механизъм оказва влияние върху предоставяните здравни услуги, зависи както от самия механизъм, така и от контекста, в който се осъществява здравната услуга – например как е организирана, каква е структурата и по-широките контекстуални характеристики на здравното обслужване и системата (Peckham S., K. Gousia, 2014).

Финансирането на първичната помощ по отношение на медицинските специалисти заети в нея, може да се извършва **по няколко метода**, основните от които са:

- **Капитационно плащане** – плащане на предварително определена сума на записан в списъка на лекаря пациент;
- **Такса за услуга** – плащане за предварително определена дефинирана медицинска дейност (услуга), предоставена на пациента;
- **Заплата** – плащане на определена сума за месец (седмица) на медицинските специалисти, които са наети по договор към дадена структура (най-често към държавата) (Златанова Т. и колектив, 2017).

В повечето страни по света, както и у нас, се наблюдава комбинация от различни методи за заплащане на оказаната ПИМП (**смесен модел на финансиране**), което създава различни стимули за повишаване на ефективността от дейността на ОПЛ.

В България механизмът за заплащане на дейностите в ПИМП е правно регламентиран с НРД, който се подписва от единствената финансираща

здравните услуги институция в България – НЗОК и професионалната организация на лекарското съсловие - Българския лекарски съюз (БЛС). Обект на национално договаряне са обемите и цените на закупуваните от Касата дейности в ПИМП при отчитане на разполагаемия финансов ресурс, определен със Закона за бюджета на НЗОК за съответната година (ЗБНЗОК).

НЗОК осигурява значителен относителен дял от общите приходи на практиките за ПМП, по силата на сключени договори с изпълнителите за оказване на ПИМП. Касата **финансира изцяло пакета от здравни дейности в ПИМП**, който се определя с наредба, издадена от министъра на здравеопазването. Към 01.10.2020 г. действа Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, която **в частта на ПИМП най-общо включва:**

- **здравно-информационни дейности** – тези дейности обхващат запознаване на пациента (при първо посещение или при поискване) със структурата, организацията и работния график на лечебното заведение за ПИМП, квалификацията на медицинските специалисти, съдържанието на предлаганите здравни дейности, начина за тяхното ползване и с правата и задълженията му;
- **промоция на здравето** – включва здравно възпитание, семейно и детско здраве, и групи с повишен медико-социален риск. В центъра на промоцията на здравето е разбирането за първостепенната важност на личната и групова отговорност за регулиране на здравното поведение чрез запознаване с рисковите фактори за социално значимите заболявания и вредата от нездравословните навици. Преследваната цел е утвърждаване на положителни здравни навици и жизнени умения, сред които са здравословното хранене, двигателната активност, правилен режим на труд и почивка и други.
- **профилактика (превенция) на заболяванията** чрез извършване на профилактични прегледи, съгласно Наредба № 8 от

03.11.2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, издадена от министъра на здравеопазването, както и **изпълнение на специфични профилактични дейности** за пациенти и техните семейства за превенция на: безплодието, полово предавани инфекциозни заболявания и СПИН, нежелана бременност, зависимости, психични разстройства и други. Извършването на профилактични прегледи е от изключителна важност за здравето на всеки, тъй като чрез тези прегледи се установяват заболявания в ранен стадий, което предполага тяхното своевременно лечение и намаляване на възникващите на по-късен етап от тях усложнения. На базата на резултатите от профилактичните прегледи на лицата над 18-годишна възраст е предвидено формирането на рискови групи пациенти за развитие на сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет и злокачествени новообразувания, извършването на оценка на рисковите фактори и вредните навици, водещи до увреждане на здравето и насочване по преценка на ОПЛ за преглед при лекар-специалист по профила на заболяването, за което има установен риск. Профилактичните прегледи са задължителни за всички ЗОЛ.

- **диспансеризация** на лица с определени хронични заболявания, осъществявани по ред и условия предвидени в Наредбата от 2016 г., свързана с диспансеризацията и проследяване на резултатите от проведената диспансеризация за диспансеризираните от ОПЛ лица;
- **контрол на инфекциозни заболявания**, съгласно изискванията на съответните нормативни актове, като карантина на заразно болен и контактни лица, извършване на имунизации и реимунизации, и други;
- **диагностично-лечебна дейност** – включва първичен и вторичен преглед (в рамките на един и същи проблем), оказване на медицинска помощ в дома на пациента по преценка на ОПЛ и при спешни състояния, както и поддържане на жизнените функции на пациента до

пристигане на екип от центъра за спешна медицинска помощ или хоспитализация на пациент, манипулации, назначаване и проследяване провеждането на хигиенно-диетичен режим и други;

- **други дейности, свързани с диагностика и лечение** чрез насочване за консултации, хоспитализации и други;
- **дейност по медицинска експертиза** – включва изготвяне на медицинско удостоверение, за постъпване на работа на лица от 16 до 18-годишна възраст и медицинска експертиза на работоспособността в съответствие с Наредбата за медицинската експертиза и Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи;
- **осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката** – предвидените алтернативи, в тази връзка, са няколко:

- чрез дежурен кабинет на груповата практика за първична извънболнична помощ, в която ОПЛ е съучредител;

- чрез дежурен кабинет, организиран на функционален принцип на базата на сключен договор с друго лечебно заведение за ПИМП и утвърден от лечебните заведения график за осигуряване на дейността на кабинета;

- по договор с най-близко разположеното друго лечебно заведение, разкрило дежурен кабинет или филиал за спешна медицинска помощ;

- индивидуално чрез 24-часово осигуряване на консултация по телефона, в амбулаторията или в дома на пациента.

Определеният в частта на ПИМП пакет от здравни дейности, който подлежи на заплащане от НЗОК, очертава важната роля на ПМП за утвърждаване на здравословен начин на живот и ранно откриване на

социално-значими заболявания, като очаквани резултати на общественото здравеопазване.

Според някои здравни експерти **заплащането на труда на ОПЛ** се формира на база **два основни компонента:** заплащане за капитация (за брой записани ЗОЛ) и заплащане за дейност (Петрова Зл. и колектив, 2017; Предложение на НСОПЛБ, 2019). Л. Киров, председател на НСОПЛБ, подчертава, че по същество **капитационното плащане** е също заплащане за дейност, но за „непредвидими, нерегулируеми дейности, които включеното в листата на ОПЛ здравноосигурено лице може да ползва при необходимост“, докато **заплащането за дейност** е заплащане за „предвидими, прогнозируеми и регулируеми дейности – профилактични прегледи на деца и възрастни, имунизации, грижи за болни с хронични заболявания (диспансеризация)“. По данни на НСОПЛБ съотношението между капитация и заплащане за дейност през 2019 г. е 31,7 % към 68,3 %, в сравнение с 2018 г., когато е било 33,3 % към 63,7%. Въпреки промяната в полза на заплащането за дейност, както е при европейските страни с добре развита ПИМП, у нас тези дейности все още не са достигнали достатъчно „касова“ цена, макар че процедурата по изпълнението им е и ще бъде допълвана и за в бъдеще (чрез увеличаване на обема от дейности) в интерес на здравето на пациентите.

Според други здравни експерти (Златанова Т. и Р. Златанова-Великова, 2008; Златанова Т. и колектив, 2017) приетият у нас **механизъм за заплащане на дейностите в ПИМП** включва **четири финансови компонента:** капитация; финансиране за извършена услуга; допълнителна компенсация и потребителска такса.

Като първи компонент от механизма на финансиране на ПИМП, **капитацията** представлява ежемесечно заплащане на ОПЛ на фиксирана сума за всяко записано в пациентската му листа ЗОЛ, без значение дали е ползвало или не услугите на личния си лекар през отчетния период.

Първоначално (2000 г.) капитацията е заплащана според възрастта на регистрираните ЗОЛ на база пет обособени възрастови групи - „от 0 до 3 г.“, „от 4 до 17 г.“, „от 18 до 34 г.“, „от 35 до 64 г.“ и „от 65 г. и нагоре“. През 2001 г. диференцираното заплащане е заменено с фиксирано. Възстановено е през 2003 г. с промяна в броя на обособените възрастови групи от пет на три – „лица от 0 до 18 години“, „лица от 18 до 65 години“ и „лица над 65 години“.

През последните 17 години се наблюдава бавно, но постепенно покачване на цената на капитационното плащане и при трите възрастови групи (табл. 1), като през 2020 г. е изравнена за двете най-уязвими на заболявания групи (първата и третата), след направен опит през 2010 г.

Таблица 1. Цени за капитационно плащане по възрастови групи през периода от 2003 г. до 2020 г.

Възрастови групи	Капитационно плащане по видове групи и години: (лв.)							
	2003 г.	2005 г.	2006 г.	2010 г.	2012 г.	2015 г.	2017 г.	2020 г.
до 18 год.	0,75	0,93	1,00	1,26	1,26	1,30	1,37	2,20
18-65 год.	0,65	0,70	0,72	1,05	1,05	1,05	1,05	1,40
над 65 год.	0,95	1,02	1,09	1,27	1,37	1,40	1,47	2,20

От 01.01.2011 г. е въведен **нов вид заплащане на капитационен принцип** – за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката. Новият вид здравна дейност е регламентирана с последващо изменение и допълнение на Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн., ДВ, бр. 101 от 2010 г.). Заплащането е в зависимост от отчетения чрез декларация брой на ЗОЛ, ползвали през месеца услугата „денонощен достъп“. Цената на услугата е променена незначително едва през 2020 г. от 0,11 лв. на 0,14 лв. за пациент (параграф 4

от Договор от 2020 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.).

Капитационният подход се отличава със своите **предимства и недостатъци**, които от своя страна създават за ОПЛ позитивни, съответно негативни стимули за работа. От своя страна тези стимули могат да бъдат или да не бъдат в унисон с очакванията на потребителите на здравни услуги.

Сред положителните страни на капитацията е осигуряването на гарантирано финансиране на практиката за ПМП, което от една страна покрива риска от непостоянната използваемост на услугите на ОПЛ, а от друга представлява сигурен, по възможност предварително разчетен, приход необходим за частично покриване на разходите на практиката. Сигурният характер на капитацията ограничава инициативата за предлагане на голям брой медицински услуги, което от своя страна позволява на ОПЛ да прекарва повече време с пациентите, а от там и да идентифицира точно техните нужди (Министерство на финансите, 2006). Възприемането на капитацията като добър метод за намаляване на пренасищането на предлаганите услуги води и до по-добро контролиране на публичните разходи (KPMG, 2012).

На практика някои от предимствата на капитацията за ОПЛ не са еднозначни с последиците, които произтичат за потребителите на здравни услуги (пациентите). Така например регулярното капитационно плащане, обвързано само и единствено с възрастта на записаните в пациентската листа ЗОЛ, стимулира записването на голям брой ЗОЛ чрез прилагане на селективен подбор, при който изпълнителят на ПИМП, привлича само здрави и млади пациенти, с презумпцията, че същите няма да ползват или ще ползват, но без свръхпотребление, предлаганата ПИМП. Практиките с голям брой записани пациенти крият риск от влошаване на качеството на предлаганите услуги (Министерство на финансите, 2006).

С цел балансиране на предимствата и недостатъците на капитационния подход, е необходимо неговото използване в комбинация с други методи на плащане, чийто относителен дял да превишава този на капитацията.

Финансирането за извършена услуга, като **втори компонент** от механизма на финансиране на ПИМП, се изразява в заплащане на база извършена дейност от ОПЛ, диференцирана по направления, както следва:

- профилактична дейност по програма „Детско здравеопазване" – насочена е към наблюдение на растежа и развитието на детето от неговото раждане до 18-годишната му възраст. Програмата обхваща периодично извършване на определени прегледи и изследвания, които са съобразени с възрастта на детето. Цената на услугата се определя от възрастовата група, в която попада детето-пациент. Обособени са четири възрастови групи – „от 0 до 1 г.", „от 1 до 2 г.", „от 2 до 7 г." и „от 7 до 18 г.". Освен профилактични прегледи, програмата обхваща и извършени задължителни планови имунизации и реимунизации на деца от 0 до 18 години, съгласно Имунизационния календар на Република България.

- поставяне на препоръчителни ваксини по национални програми – през 2020 г. в процес на изпълнение са Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка на Република България 2017-2020 г., която е продължение на приетата от МС през 2012 г. предишна програма, Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017-2021 г., Национална програма за подобряване на ваксинопрофилактиката на сезония грип 2019-2022 г. Финансирането на дейностите по поставяне на ваксините се извършва от НЗОК чрез целеви трансфер от Министерството на здравеопазването (МЗ).

- профилактична дейност по програма „Майчино здравеопазване" – насочена е към бъдещите майки, които са здравноосигурени. Тя обхваща профилактични прегледи за периода от

диагностициране на бременността до 42-я ден след раждането, които са заплатени от НЗОК.

- диспансерно наблюдение за едно или повече заболявания – тези дейности са насочени към ЗОЛ с хронични заболявания. Ситуацията в момента показва, че хората все по-често страдат от няколко хронични заболявания едновременно. Доказано е, че над 60-годишна възраст човек има поне три хронични заболявания (Протокол на Надзорния съвет на НЗОК, 2019).

- профилактични прегледи на недиспансеризирани лица над 18 години и имунизации;

- инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони - гарантираният при осигурителния модел на финансиране свободен достъп до медицинска помощ, налага задължението ОПЛ да оказва медицинска помощ, както на лицата от своята пациентска листа, така и на инцидентно обърнали се по повод остро състояние ЗОЛ, осъществили правото си на избор на изпълнител на ПИМП, регистрирал амбулатория на територията на друг здравен район. Този вид заплащане се извършва при спазване на определени условия, посочени в сключените договори за оказване на ПИМП. Предвид различното местонахождение на регистрация на пациентите, обслужени при инцидентни случаи, заплащането на инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони **би могло да се обособи като отделен (пети) компонент на финансирането на ПИМП**.

В обобщение бихме могли да отбележим, че финансирането за извършена услуга отчита специфичните нужди и проблеми на записаните в практиката на ОПЛ пациенти. Този механизъм на заплащане стимулира изпълнителя на ПИМП да предоставя услуги, свързани с профилактиката и наблюдението на записаните пациенти, както и да обслужва ЗОЛ от други здравни райони при възникнала необходимост.

Тенденцията на покачване на цените за периода от 2003 г. до 2020 г. се наблюдава и при отделните видове дейности в ПИМП (без имунизациите по национални програми) (табл. 2).

Таблица 2. Цени на извършените дейности в ПИМП през периода 2003-2020 г.

Видове дейности	Заплащане на база дейност за: (лв.)					
	2003 г.	2006 г.	2010 г.	2015 г.	2017 г.	2020 г.
I. Дейност по програма „Детско здравеопазване“:						
ПП за лица от 0 до 1 г.	1,20	3,50	7,70	9,00	10,50	14,00
ПП за лица от 1 до 2 г.	3,00	3,50		8,00	9,50	13,00
ПП за лица от 2 до 7 г.	3,50	3,65		8,00	9,50	12,00
ПП за лица от 7 до 18 г.	6,00	6,25		8,00	9,00	11,00
задължителни имунизации и реимунизации на деца от 0-18 г.	1,00	1,60	1,90	4,50	4,50	7,00
II. Поставяне на препоръчителни ваксини по НП	x	x	x	4,00	4,00	4,00
III. Дейност по програма „Майчино здравеопазване“	1,00	1,30	2,20	7,00	7,00	9,00
IV. Дейност по ДН – прегледи по ДН на ЗОЛ:						
с едно заболяване	1,00	1,25	6,00	9,50	9,50	13,00
с две заболявания				10,50	11,40	15,00
с повече от две заболявания				x	13,30	18,00
V. ПП на лица над 18 г.	3,00	4,15	7,70	10,00	12,00	18,00
VI. Имунизации на лица над 18 г.	x	x	x	4,50	5,00	7,00
VII. Инциденти посещения на ЗОЛ от други здравни райони	*	4,15	5,00	5,50	9,00	10,00
Легенда: ПП – профилактични прегледи; НП – национални програми; ДН – диспансерно наблюдение; * по методика						

Допълнителната компенсация, като **трети компонент** от механизма на финансиране на ПИМП, дава право на ОПЛ да получи месечно възнаграждение при работа в населени места, определени като неблагоприятни за обслужване. Към 01.01.2020 г. техният брой е 1 182 в сравнение с 2010 г., когато е 1 034 по данни от списъците с населени места с неблагоприятни условия на работа, утвърдени от управителя (директора – 2010 г.) на НЗОК за посочените години. В списъка се включват населени места, които отговарят на един от двата критерия „Отдалеченост“ или „Трудна достъпност“, чиято тежест е измерена с брой точки от 1 до 4. Допълнителното отговаряне на критериите „Разпръснатост на адресите на лечебното заведение“ и „Обслужван контингент“ увеличава сумарния брой от точки, които се изчисляват по утвърдена от управителя на НЗОК

методика. Месечните суми, заплащани от НЗОК, за работа в населени места с неблагоприятни условия са резултативна величина от изчисления сумарен брой точки и определената стойност на една точка и са включени в утвърден от управителя на НЗОК списък. В методиката е определен лимит на общия месечен размер на средствата за заплащане на изпълнителите на ПИМП, който за 2020 г. е 414 583 лв. в сравнение с 2010 г., когато е 408 096 лв. В методиката за 2020 г. е предвидено и еднократно плащане на сума в размер на 500 лв. за работа в неблагоприятни условия, спрямо определените 300 лв. за 2010 г., при разкрита амбулатория в обособена в областната здравна карта практика, която е била незаета в продължение на последните 6 месеца или декларирано осигуряване на достъп на ЗОЛ до медицинска помощ извън обявения работен график на ОПЛ. Този вид механизъм на заплащане стимулира предоставянето на услуги на ЗОЛ, живеещи в райони, определени като неблагоприятни за обслужване при отчитане на трудностите в работата на ОПЛ.

Към разглеждания компонент може да се причисли и допълнителното заплащане на ОПЛ, в случаите на неусвояване на годишния бюджет за ПИМП, при условия и по ред, определени съвместно от НЗОК и БЛС. Този механизъм на заплащане не предоставя реални стимули на изпълнителите за подобряване на качеството на дейността и обхващането на ЗОЛ, тъй като се отнася и за неизрядни договорни партньори (Златанова Т. и колектив, 2017).

Потребителската такса, като **четвърти компонент** от модела на финансиране на ПИМП, представлява заплащане на сума за всяко посещение при ОПЛ от страна на ЗОЛ, която е регламентирана с чл. 37, ал. 1 от ЗЗО. **Освободени от потребителска такса** са: децата; бременните жени и родилките до 45-я ден след раждането; неработещите членове на семейството; пациентите, страдащи от хронични заболявания, посочени в НРД, със злокачествени новообразувания и страдащи от заболявания с над

71 % намалена трудоспособност; ветераните от войните; медицинските специалисти и други групи лица посочени в чл. 37, ал. 4 от ЗЗО. В привилегировано положение са поставени лицата упражнили правото си на пенсия за осигурителен стаж и възраст (пенсионерите), които от 01.07.2008 г. заплащат **намалена потребителска такса** за всяко посещение при ОПЛ, а разликата до пълния размер се пое от държавата като финансов ангажимент към изпълнителите на ПИМП. Към 01.01.2011 г. въведеното облекчение е премахнато, след което е възстановено от 01.01.2014 г.

Към 01.10.2020 г. размерът на потребителската такса е регламентиран с ПМС № 193 от 28.08.2012 г. за определяне размера на сумите, заплащани от ЗОЛ за посещения при лекар, лекар по дентална медицина и за болнично лечение, и реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО. Съгласно постановлението пенсионерите заплащат на ОПЛ потребителска такса в размер на 1 лв., при условие че не са диспансеризирани с хронично заболяване, което е рядкост, а за останалите лица, извън групата на освободените, цената е фиксирана от 2012 г. на 2,90 лв. Разликата в потребителската такса за пенсионери до дължимия пълен размер, се заплаща на ОПЛ от НЗОК за сметка на държавния бюджет. Процедурата включва ежемесечно обобщаване от НЗОК на одобрените суми по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО, заплащани с трансферни средства от МЗ и изпращане на искане към МЗ за тяхното превеждане по бюджета на НЗОК. Едва след получаването на тези средства, Касата се издължава на изпълнителите на ПИМП.

Спорен е въпросът относно справедливостта и ефективността на потребителската такса. На практика четвъртия компонент от модела на финансира на ПИМП изпълнява две основни функции: **ограничителна и дофинансираща**.

Основната цел на четвъртия компонент е да възпре неограниченото и безконтролно посещаване на ОПЛ чрез споделяне на разходите с потребителите на медицински услуги. В същото време потребителската

такса е дофинансираща компонента на бюджета на практиката за ПМП. Приходите от потребителската такса покриват значителна част от текущите разходи на ОПЛ (разходи за електроенергия и вода, канцеларски материали, транспортни разходи, наем).

Фиксираната на 2,90 лв. потребителска такса през последните осем години, бавенето на трансферните плащания от МЗ на сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО, освобождаването на определени групи лица от заплащане на потребителска такса за преглед без ангажимента на държавата да покрие направените за тях разходи, основателно буди недоволството на ОПЛ. БЛС, подкрепен и от НСОПЛБ, стоят твърдо зад идеята, че потребителската такса трябва да е задължителна за всички, и да се заплаща от всички независимо от възрастта и социалния статус. Недоволството идва от факта, че държавата провежда своята „социална политика за сметка на лекарския труд“ (Брънзалов Н., 2019).

През последните години предложението на БЛС и НСОПЛБ, е за въвеждане на потребителска такса за децата по аналогия на потребителската такса при лицата на възраст над 65 години. Основният мотив е, че от тази привилегия страдат практиките с повече записани деца, които не са поставени при равни условия с практиките с малък брой такива. Децата в ранна възраст имат много по-голяма заболеваемост от останалите групи лица, което води до значителен обем работа за техните ОПЛ, която генерира единствено приходи от капитация. Това разбира се среща ответната реакция на пациентски организации, а и на държавата в лицето на законодателния й орган.

От горепосоченото можем да обобщим, че прилаганата у нас смесена система на финансиране на ПИМП, отразява адекватно спецификата на ПИМП, което е мнение и на здравни експерти и лекарски организации. Препоръчително е запазването и за в бъдеще на значителния превес на профилактичната и диспансерна дейност, както и преразглеждане на

механизма за заплащане на потребителска такса. От значение за удовлетвореността от работата на ОПЛ, е трудът му да бъде достойно оценен и заплатен.

1.2. Система на регулация на финансовите ресурси в ПИМП

Системата на регулативни стандарти е въведена с НРД за 2003 г. Съгласно чл. 189, ал. 1 от посочения нормативен акт, регулативните стандарти са метод за определяне на обективни критерии за възлагане на специализирани медицински дейности (СМД) от отделните изпълнители на ИМП.

От 2007 г. регулацията на медицинската дейност е уредена с нормативен акт от по-висок ранг – ЗБНЗОК за 2007 г.

Първоначално системата на регулативните стандарти е определяла само броя на отделните видове СМД, които отделният изпълнител на ИМП е можел да назначи. Към 01.10.2020 г. обект на регулация е и стойността на медико-диагностичните дейности (МДД).

Регулативните стандарти са финансов механизъм за разпределение на лимитираните бюджетни средства за СИМП и МДД (Радева М., 2010). Те са метод за ограничаване на разходите по задължителното здравно осигуряване в ИМП. Сред обществото регулативните стандарти са познати като лимит за направления (талони) за консултация с лекар-специалист или изследвания.

Регулацията на финансовите ресурси в ПИМП е правно регламентирана в чл. 3 от ЗБНЗОК за 2020 г. чрез определяне на броя на СМД и стойността на МДД. Надзорният съвет на НЗОК приема правила за условията и реда за нейното прилагане.

Процесът по регулация на определените бюджетни средства за СМД и МДД в ПИМП включва следните **етапи**:

- **утвърждаване** от НЗОК на броя на назначаваните СМД и на стойността на МДД на РЗОК за всяко тримесечие;
- **разпределяне** от директора на РЗОК на утвърдените бройки СМД и стойност на МДД. За всяко тримесечие директорът на РЗОК и изпълнителя на ПИМП подписват към договора за оказване на ПИМП протокол за определяне на броя на назначаваните СМД и стойността на МДД (по образец). Протоколите за текущото тримесечие се предават на изпълнителите при приемане на отчетите за дейността им в регламентираните срокове на първия месец от съответното тримесечие. В рамките на текущото тримесечие, директорът на съответното РЗОК може да разпределя и преразпределя допълнителен брой на СМД и стойност на МДД, въз основа на мотивиране искане от страна на изпълнителя на ПИМП, в рамките на определените за тримесечието средства, след разрешение от управителя.
- **отчитане** от изпълнителите на ПИМП пред РЗОК на дейността по изпълнение на броя на СМД и стойността на МДД. Отчитането се извършва ежемесечно в съответствие с определената форма и съдържание на предвидените отчетни документи, както и в определените срокове.
- **контрол** от НЗОК по изпълнение на броя на определените СМД и стойностите на назначаваните МДД чрез извършване на проверка, както и в случаите на надвишен брой СМД и стойност на МДД от изпълнителите на ПИМП при изчерпване на определения по съответните параграфи тримесечен бюджет за брой СМД и стойност на МДД на национално ниво.

Броят на назначаваните СМД и стойността на МДД за всеки лекар от лечебното заведение за ПИМП се определят при отчитане на:

- броят на регистрираните в пациентската листа ЗОЛ;
- броят на ЗОЛ, подлежащи на медико-диагностични изследвания, като елемент от задължителната профилактика и броя на жените от 30 до 40 годишна възраст;

- броят на ЗОЛ, включени в програма „Майчино здравеопазване” и „Детско здравеопазване”;
- необходимият брой/стойност на СМД и МДД за извършване на диспансерно наблюдение на ЗОЛ, когато ЗОЛ страда от повече от едно заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение от ОПЛ;
- необходимия брой/стойност на СМД и МДД за извършване на профилактични дейности при лица над 18-години с рискови фактори за развитие на заболяване (чл. 18, ал. 1 от Правилата за 2020 г.).

Прилагането на системата на регулативни стандарти очертава на преден план и нейните недостатъци. Регулативните стандарти, както отбелязва Т. Златанова (2017), са методика за средно статистическо разпределение на финансови ресурси, която **почива изключително на количествени показатели,** без да отчита и съобразява някои важни параметри на здравното обслужване в ПИМП, каквито са:

- възрастова структура на лицата, избрали ОПЛ;
- конкретно здравно състояние на хронично болните;
- тежест на състоянието и наличието на други основни или придружаващи заболявания; възникване на епидемиологична обстановка;
- взаимовръзка между вида и тежестта на заболяването;
- вида и количеството на предписваните лекарства.

В методиката **липса възможност за гъвкава регулация** и промяна на определените за дейност средства. Регулативните стандарти се определят на тримесечие, като за основна база на определяне на размера на средствата служи дейността от предишното тримесечие. При ниска обращаемост на пациенти за предишното тримесечие, ОПЛ получава ниски по размер регулативни стандарти за следващия тримесечен период. Това означава, недостиг на средства при висока текуща обращаемост на пациенти. В другия случай - на база висок обем дейности от предишното тримесечие ОПЛ

получава високи, като размер стандарти и формира „излишък”, който обикновено се реализира в ненужни препращания към СИМП (Златанова Т. и колектив, 2017).

В Концепцията за по-добро здравеопазване регулативните стандарти са определени като „**административно ограничение** на достъпа до тесни специалисти“, без да се отчитат реалните потребности на населението от СИМП. Тази регулация **ограничава възможностите на ОПЛ** при нужда своевременно да насочат пациента към консултация със специалист или да му бъде назначено необходимото изследване при конкретния случай. Лимитираният брой направления води до **отлагане** на съответните прегледи, консултации, изследвания, а от там и до влошаване на здравното състояние на нацията като цяло. От друга страна „лимитираното ползване на извънболнични здравни услуги лишава неправомерно от права ЗОЛ, които добросъвестно заплащат здравноосигурителни вноски и при еднократна необходимост да ползват СИМП попадат в момент на изчерпани лимити при ОПЛ и трябва да изчакат следващия месец или да си заплатят СМД или МДД“ (Институт отворено общество, 2009). Посоченото влияе негативно и на мотивацията за участие в задължителното здравно осигуряване.

Прилагането на регулативните стандарти генерира силно недоволство и при пациенти и при лекари. Изходът е в търсенето на „баланс между възможностите на ОПЛ да се справи с проблемите, потребностите от СИМП и диагностиката, от една страна и размера на средствата за тяхното обезпечаване, от друга“ (Институт отворено общество, 2009).

След усилени настоявания от страна на БЛС, през 2020 г. е постигнат успех чрез освобождаването от регулация на профилактичните прегледи (параграф 3, ал. 2 от ПЗР на Правилата за 2020 г.). Неудовлетворени останаха исканията за отпадане на регулацията и при диспансерните прегледи (Брънзалов Н., 2019).

В обобщение, системата на регулативните стандарти не дава реална възможност на изпълнителя на ПИМП текущо да оказва адекватна медицинска помощ на специфичния контингент ЗОЛ.

2. КОНТРОЛ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА ДОГОВОРЕНАТА И ИЗВЪРШЕНА ДЕЙНОСТ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ПИМП

Заплащането на извършените медицински дейности в полза на ЗОЛ е третият, последен аспект на финансирането на медицинската помощ.

Финансовите отношения с изпълнителите на ПИМП, както вече отбелязахме, се уреждат на две нива: национално – чрез НРД за медицинските дейности, подписан между НЗОК и БЛС и индивидуално – чрез индивидуални договори, сключени между директора на РЗОК и съответния изпълнител на ПИМП.

Индивидуалните договори за оказване на ПИМП се сключват в писмена, типова форма, в съответствие с НРД, за срока му на действие. Включените в тях условия не могат да бъдат по-неизгодни от приетите с НРД. Същите пораждат права и задължения, както за НЗОК, в качеството й на възложител, така и за конкретния изпълнител на ПИМП.

Сред **правата и задълженията на НЗОК** са:

- да осъществява контрол по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП;
- да упражнява контрол върху оказваната медицинска помощ с оглед спазване на определените законови изисквания;
- да изисква и получава от изпълнителя на ПИМП установената документация в сроковете, определени в действащия НРД за медицинските дейности;
- да дава препоръки за подобряване на дейността на съответния изпълнителя и да следи за тяхното изпълнение.

Основно задължение на НЗОК, в качеството й на възложител по сключените индивидуални договори, е да закупува и заплаща извършената и отчетена за месеца дейност на съответния изпълнител. На практика НЗОК се явява купувач (макар и нереален) на оказаната ПИМП в полза на ЗОЛ. Като осигурител на системата, нейно право и задължение е **да упражнява контрол преди заплащане** на извършената и отчетена дейност, както и **текущо** в процеса на работата на ОПЛ.

Понятието „контрол“ произлиза от френската дума „controle“, която в буквален превод означава „проверка“. В Българския тълковен речник, думата „контрол“ означава наблюдение, надзор и проверка на някого или нещо (Андрейчин Л. и колектив, 2005).

От етимологията на понятието „контрол“ произтича и формата, под която същия се осъществява. Контролът от НЗОК се извършва **чрез проверка по документи** на отчетена в РЗОК дейност преди заплащането й (вж. точка 2.3 „Отчетност пред НЗОК за осъществяване на контрол“ към Глава първа „Литературен обзор“) **или в лечебното заведение за ПИМП**.

Право на изпълнителя на ПИМП е да получи договореното заплащане за извършените от него дейности при условията и сроковете за заплащане, определени в действащите НРД и индивидуален договор.

Годишният размер на здравноосигурителните плащания за ПИМП се определя със ЗБНЗОК, приет от НС. Закупуваните от Касата здравни дейности при първото ниво се договарят като обем и цена с подписания НРД за медицинските дейности за съответната година.

През последните седем години за ПИМП се отделят около 6 % и в сравнение с разходите за СИМП, заемат по-малкия относителен дял в общия размер на здравноосигурителните плащания на НЗОК (табл. 3). С най-висок относителен дял са разходите за БМП – близо 1/2.

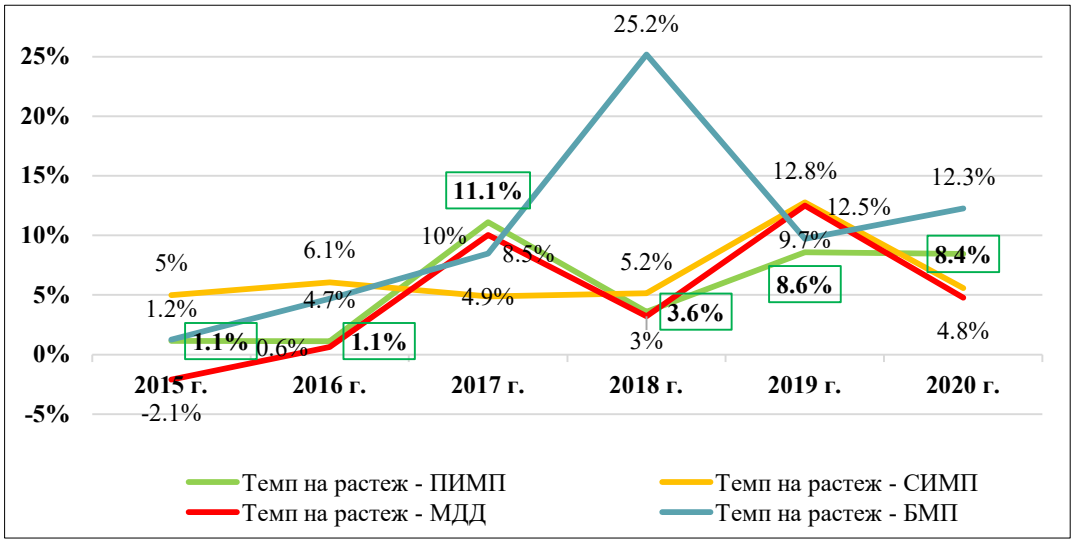
Таблица 3. Финансова рамка на здравноосигурителните плащания по видове медицинска помощ през периода от 2014 г. до 2020 г.

Години	Здравноосигурителни плащания:								
	Общо (хил. лв.)	за ПИМП		за СИМП		за МДД		за БМП	
		Сума (хил. лв.)	Отн. дял* (%)	Сума (хил. лв.)	Отн. дял* (%)	Сума (хил. лв.)	Отн. дял* (%)	Сума (хил. лв.)	Отн. дял* (%)
2014	2 797 462	176 000	6,3	181 000	6,5	71 500	2,6	1 267 128	45,3
2015	2 695 080	178 000	6,6	190 000	7,1	70 000	2,6	1 282 916	47,6
2016	2 809 248	180 017	6,4	201 542	7,2	70 441	2,5	1 343 322	47,8
2017	3 032 000,5	200 000	6,6	211 400	7,0	77 500	2,6	1 457 528,9	48,1
2018	3 662 060,7	207 200	5,7	222 300	6,1	80 000	2,2	1 824 560,7	49,8
2019	4 116 396,2	225 000	5,5	250 700	6,1	90 000	2,2	2 001 464,4	48,6
2020	4 453 976,8	244 000	5,5	264 700	5,9	94 300	2,1	2 247 282,6	50,5

Легенда: * собствени изчисления

Финансовата рамка отразява тенденцията на постоянно нарастване в абсолютно изражение на разходите за здравноосигурителни плащания след 2014 г. за ПИМП, СИМП и БМП, а след 2015 г. и за МДД. За 2015 г., 2016 г., 2018 г. и 2019 г. се наблюдава изпреварващ ръст на разчетените средства за СИМП и БМП в сравнение с ръста при ПИМП (фиг. 2). Единствено през 2017 г. увеличението на разходите при ПИМП (с 11 %) надхвърля темпа на растеж при СИМП и БМП, а през 2020 г. се нарежда след БМП.

Фигура 2. Темп на растеж на здравноосигурителните плащания по видове медицинска помощ през периода от 2015 до 2020 г.



По данни на одитни доклади на Сметната палата на Република България (достъпни към 01.10.2020 г.), в резултат на извършени промени по бюджета на Касата, първоначално планираните средства за ПИМП са коригирани, като за 2014 г., 2015 г. и 2016 г. са увеличени, а за 2017 г. и 2018 г. – намалени.

С приемането на ЗБНЗОК за съответната година, наред с размера на средствата за здравноосигурителните плащания за ПИМП, се определя и размера на плащанията от Касата чрез трансфери на МЗ, както и плащанията за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност. Предназначението на трансферите на МЗ, в частта на ПИМП, е да покрият разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейностите по прилагането им, както и сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО. На практика с посоченото държавата, в лицето на МЗ, изпълнява своя ангажимент в частта на лекарствените продукти и дейности, финансирани за сметка на държавния бюджет.

2.1. Правна рамка

Правната рамка, регламентираща контрола от НЗОК в ПИМП, включва относимите законови и подзаконови нормативни актове, както и вътрешни актове, издадени от управителя на НЗОК.

В края на 2017 г., контролът по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП е нормативно уреден със ЗЗО от 1998 г. (посл. изм. и доп., ДВ, бр. 101 от 19.12.2017 г.) и НРД за медицинските дейности за 2017 г. (обн., ДВ, бр. 24 от 21.03.2017 г.). Условията и редът за неговото осъществяване, са определени в посочения НРД, както и с вътрешен акт, издаден от управителя на НЗОК - Инструкция № РД-16-31/23.06.2016 г. за условията и реда за осъществяване на контрол по чл. 72, ал. ал. 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 от ЗЗО.

Упражняването на контролни функции в ПИМП е възложено на служители от дирекция „Извънболнична медицинска и дентална помощ“ към Централното управление на НЗОК и на директорите на 28-те РЗОК, съгласно Правилника за устройството и дейността на НЗОК (обн., ДВ, бр. 79 от 10.09.2013 г.).

2.1.1. Закон за здравното осигуряване (ЗЗО)

Основният нормативен акт, регламентиращ контролната дейност на НЗОК, е ЗЗО от 1998 г.

Първоначално, контролните функции на НЗОК са сведени до осъществяване на **непосредствен контрол върху дейността на здравното осигуряване** (чл. 72, ал. 1 и ал. 2 от ЗЗО). В неговия обхват попада упражняването на два вида контрол: медицински контрол и финансов контрол. Медицинският контрол е извършван от лекари-контрольори, а финансовият контрол – от финансови инспектори. В обхвата и на двата вида контрол попадат проверките по жалби, подадени от ЗОЛ до НЗОК.

От 01.01.2010 г., правната уредба в частта на контрола и санкциите, налагани от НЗОК, е съществено променена. С приемането в края на 2009 г. на Закона за изменение и допълнение на ЗЗО (ЗИДЗЗО - обн., ДВ, бр. 101 от 18.12.2009 г.), една част от разпоредбите, свързани с контрола и налагането на санкции, са прецизирани или отменени, а друга част новоприети. Основните промени са свързани с конкретизиране на предмета на контрол от НЗОК – „дейността на здравното осигуряване“ е заменена с **„изпълнението на договорите с НЗОК за оказване на медицинска помощ“** (чл. 72, ал. 2). Стеснен е обхватът на контрола, свързан с оказването на медицинска помощ (медицинския контрол). Правомощията по проверка на спазването на правилата за добра медицинска практика, са **прехвърлени** към създадената през 2010 г. Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО), на която по ЗЗО са вменени функциите по упражняване на

медицински контрол върху дейността по здравното осигуряване. С нови разпоредби са регламентирани действията на контролните органи на НЗОК, при установени случаи, в които изпълнител на медицинска помощ е „получил суми без правно основание“ (чл. 76а и чл. 76б). По същество посочените правни норми уреждат **контрола по спазване на регулативните стандарти** от изпълнителите на ПИМП и СИМП. С промени в административно-наказателните разпоредби на ЗЗО, е създаден **нов механизъм за налагане на санкции** на нарушителите-изпълнители на медицинска помощ. От 01.01.2010 г. на лекарите-контрольори и финансовите инспектори се дава правото да съставят актове за установяване на административни нарушения (АУАН) по чл. 105а-105ж от закона, а на директора на РЗОК да издава наказателни постановления. В средата на 2015 г., нормите на чл. чл. 105а, 105б, 105в, 105г и 105ж са отменени с параграф 34 от ЗИДЗЗО (обн., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.)

С приетите в края на 2015 г. изменения и допълнения в ЗЗО (обн., ДВ, бр. 98 от 15.12.2015 г.), регламентираните поотделно правомощия на лекари-контрольори и финансови инспектори се обединяват и допълват с нови, за да станат от 01.01.2016 г. правомощия на длъжностни лица – служители на НЗОК и длъжностни лица от РЗОК – контрольори. **Ново правомощие** е проверката на плащанията от НЗОК на изпълнителите на медицинска помощ и свързаната с това документация (чл. 73, ал. 1, т. 10). Въведени са **три нови вида контрол**: внезапен контрол, контрол преди заплащане на оказаната медицински помощ и последващ контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ (чл. 72, ал. 5). Запазват се проверките по жалби, подадени от ЗОЛ до НЗОК.

В настоящото изложение са представени и анализирани действащите в края на 2017 г. норми от ЗЗО, регламентиращи контрола по изпълнение на договорите с НЗОК за оказване на медицинска помощ. Структурата на закона обхваща: пет глави, Допълнителни разпоредби (ДР), както и

Преходни и заключителни разпоредби (ПЗР). Към две от главите (Глава втора „Задължително здравно осигуряване“ и Глава трета „Доброволно здравно осигуряване“) са включени и раздели.

Систематичното място на контрола по изпълнението на договорите за оказване на медицинска помощ е в **Глава втора „Задължително здравно осигуряване“, Раздел X „Контрол, експертиза и спорове“ от ЗЗО**. Разделът обхваща нормативни текстове, попадащи в диапазона от чл. 70 до чл. 80.

Едно от направленията, в които НЗОК осъществява контролните си функции, е ПИМП. За него са приложими регламентираните изисквания, свързани с контрола по изпълнение на договорите с НЗОК за оказване на медицинска помощ, като цяло.

Във връзка с чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, контролът по изпълнение на договорите с НЗОК за оказване на ПИМП, се осъществява чрез проверки извършени от:

- **длъжностни лица** – **служители на НЗОК**;
- **длъжностни лица от РЗОК – контрольори**;
- **контрольори от РЗОК с участието на служители на НЗОК,**

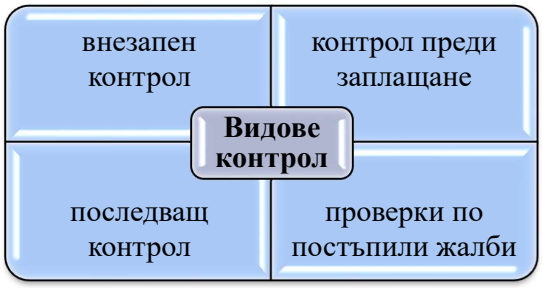
наричани по-долу **„контролни органи“**.

ЗЗО урежда възможността при проверките да присъстват експерти на БЛС, които не са в договорни отношения с проверявания изпълнител на медицинска помощ, чиято дейност обаче не е обект на настоящото проучване.

НЗОК осъществява контролната си дейност чрез прилагане на един от способите, регламентирани в чл. 74, ал. 2 от ЗЗО – **планови и внезапни проверки**, и **по повод подадени жалби**.

Във връзка с чл. 72, ал. 5 и ал. 6 от ЗЗО, НЗОК извършва **четири вида контрол**, представени схематично на Фигура 3. Видът на контрола определя и естеството (характера) на осъществяваните проверки.

Фигура 3. Видове контрол извършван от НЗОК



По смисъла на параграф 1, т. 25 от Допълнителните разпоредби (ДР) на ЗЗО, **внезапен контрол** е контролът, свързан със заплащане на медицинската помощ, оказвана в изпълнение на договор с НЗОК от една страна, а от друга със съответствието на дейността на изпълнителите на медицинска помощ с критериите за достъпност и качество на медицинската помощ, регламентирани в НРД, която се извършва в момента на предоставяне на медицинска помощ на ЗОЛ. Във втората част на дефиницията, контролът на НЗОК се доближава до друг вид контрол – **медицинския**.

ЗЗО обаче не включва легална дефиниция на понятието „медицински контрол“. Същият е регламентиран в Глава четвърта, озаглавена „Медицински контрол“ и е в правомощията на създадената през 2010 г. ИАМО. Агенцията е конституирана като самостоятелна структура към министъра на здравеопазването с допълнение и изменение на Закона за здравето (обн. ДВ, бр. 101 от 2009 г., в сила от 01.01.2010 г.). В правомощията на агенцията попада правото й „да изисква и проверява договори между РЗОК и изпълнители на медицинска помощ“, съгласно чл. 102, ал. 1, т. 1 от закона, както и да осъществява „постоянен контрол върху медицинското обслужване на гражданите, спазването на утвърдените медицински стандарти и правата на пациентите“, във връзка с чл. 3, ал 1 от Устройствения правилник на ИАМО от 2015 г.

Освен това, във връзка с информационното осигуряване на НЗОК, в чл. 68, ал. 1, т. 6 от ЗЗО се посочва, че „данни, свързани с личността на осигурения, могат да се използват само за упражняване на финансов и медицински контрол“.

Следователно у нас **медицинският контрол** се осъществява от две институции – **НЗОК и ИАМО**. За разлика от ИАМО, в правомощията на НЗОК попада и контрола на извършената и отчетена дейност за уреждането на финансовите отношения с изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с Касата.

Друг вид контрол, упражняван от НЗОК, е **контролът преди заплащане на оказаната медицинска помощ.** Неговата дефиниция е дадена в параграф 1, т. 26 от ДР на ЗЗО и се свежда до „проверка в лечебното заведение или по документи на отчетена в РЗОК дейност преди заплащането й“. Времевият фактор определя контролът преди заплащане на оказаната медицинска помощ като „предварителен контрол“, поради което в отчетни данни на НЗОК двата термина се срещат като синоними.

НЗОК осъществява и **последващ контрол**. По смисъла на параграф 1, т. 27 от ДР на ЗЗО, под последващ контрол се разбира „проверка в лечебното заведение или по документи на отчетена в РЗОК дейност след заплащането й“.

Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ включва и **проверки по жалби**, постъпили от ЗОЛ (чл. 72, ал. 6 от ЗЗО). Жалбите се подават пред директора на съответната РЗОК. В съдържателно отношение включват причините за тяхното подаване, както и най-малко едно от следните основания:

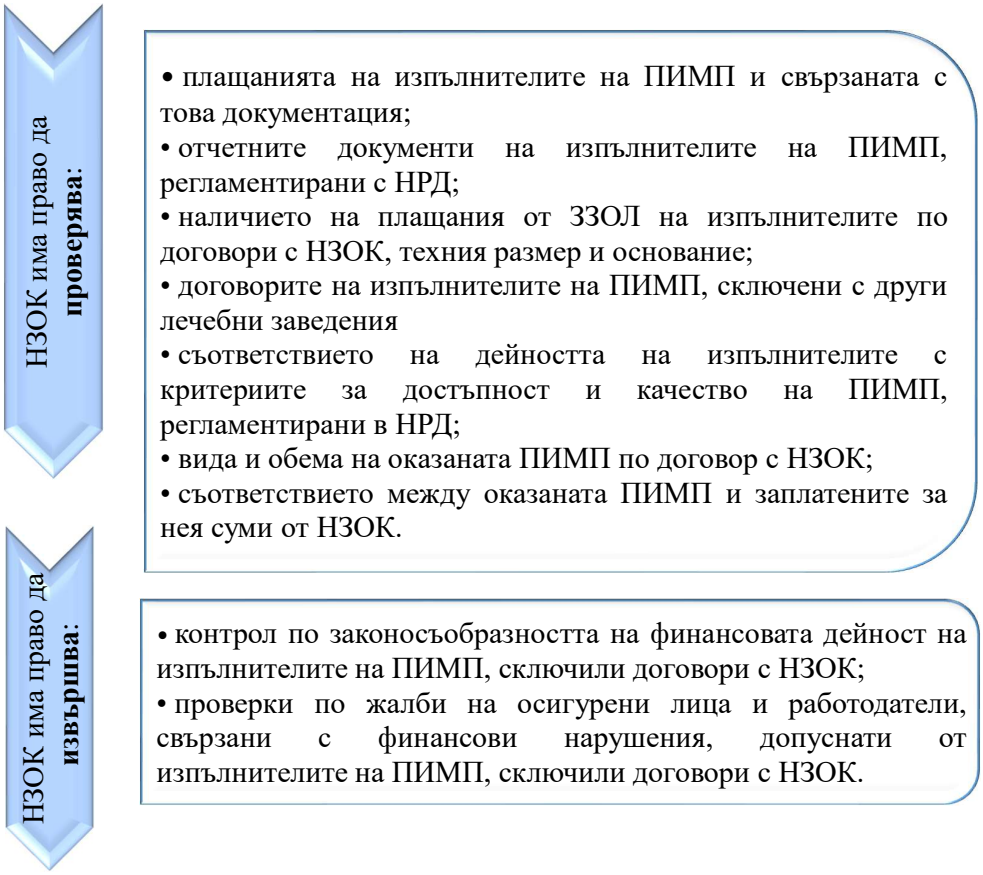
- отчетена, но неизвършена медицинска дейност;
- качество на медицинската помощ, което не съответства на критериите за качество, определени в НРД;
- отказан достъп до медицинска документация;

- получени от изпълнител на медицинска помощ суми без правно основание (чл. 35, ал. 2 от ЗЗО).

Проверките се извършват в нормативно определения едномесечен срок от тяхното постъпване. Жалбоподателят се уведомява за резултатите от проверката.

Правомощията на контролните органи на НЗОК са определени в чл. 73, ал. 1 от ЗЗО и изразяват по същество обхвата на проверките (фиг. 4). Акцентът при тях е поставен основно върху **изпълнението на финансовата част по договорите и проверка на отчетените документи** от страна на изпълнителите на ПИМП.

Фигура 4. Правомощия на НЗОК при контрола по изпълнение на договорите за оказване на ПИМП



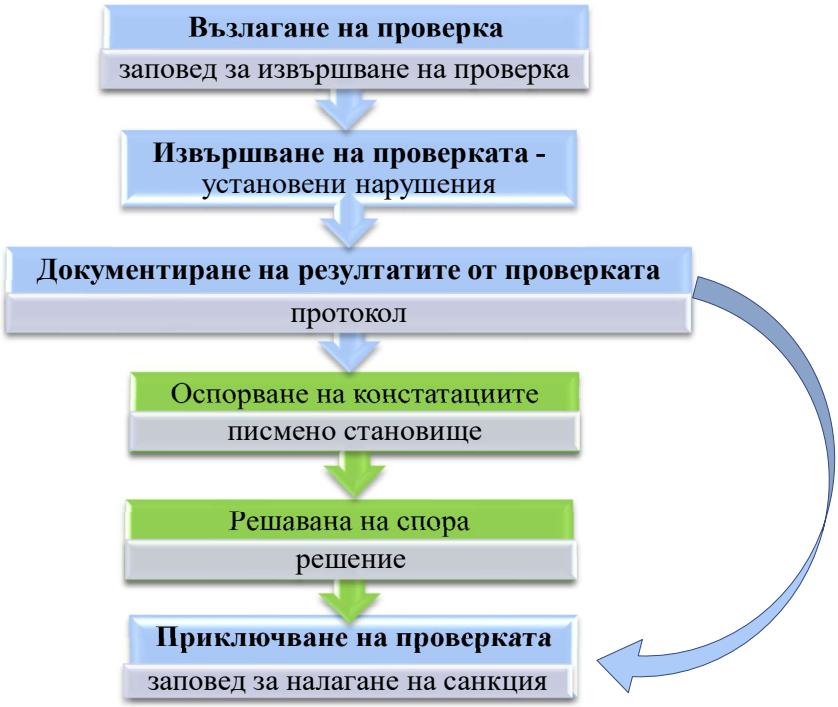
Принципът на конфиденциалността на информацията, станала известна на контролните органи при извършване на дейността, е заложен в

чл. 73, ал. 3 от ЗЗО.

Проверките от контролните органи на НЗОК се извършват на основание **заповед.** В зависимост от териториалния обхват на проверката, заповедта се издава от управителя на НЗОК, директора на съответната РЗОК или оправомощено от тях длъжностно лице, в съответствие с чл. 72, ал. 2 от ЗЗО.

При установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО (фиг. 5), контролните органи съставят и подписват **протокол** с установените факти (чл. 74, ал. 3 от ЗЗО). Екземпляр от протокола се предоставя на лицето-обект на проверката срещу подпис, а копия от него се изпращат на управителя на НЗОК или директора на РЗОК, както и на съответната районна колегия на съсловната организация на лекарите.

Фигура 5. Етапи на контрола от НЗОК при установени нарушения



Съгласно чл. 74, ал. 4 от ЗЗО, лицето-обект на проверката има право да даде **писмено становище** по направените констатации в 7-дневен срок

от връчването на протокола. При липса на постъпило възражение или изразено такова, което не съдържа възражения по констатации от връчения протокол, управителят на НЗОК или директорът на РЗОК издава заповед, с която налага санкция. Когато обаче лицето-обект на проверката, използва правната възможност, да оспори констатациите на контролните органи, в 7-дневен срок от получаване на писменото становище, управителят на НЗОК или директорът на РЗОК изпраща спора за решаване от арбитражна комисия (чл. 75, ал. 1 от ЗЗО).

Институтът на арбитража е регламентиран с приемането на ЗЗО през 1998 г. Поради неустановените правомощия на този орган и доказаната му в практиката неефективност, от 01.01.2010 г. институтът на арбитража е премахнат (ЗИДЗЗО, обн., ДВ, бр. 101 от 18.12.2009 г.), след което в средата на 2015 г. е възстановен и започва отново да функционира (ЗИДЗЗО, обн., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.). Създаването на арбитражна комисия за всеки конкретен случай се организира от директора на съответната РЗОК. В състава на комисията се включват представители на тези съсловни организации, които имат отношение към оспорените факти и констатации в протокола, чийто общ брой е равен на броя на представителите на РЗОК.

Процедурата по решаване на спора, е регламентирана в чл. 75, ал. 6 и чл. 76, ал. 1 и ал. 2 от ЗЗО. Арбитражната комисия се произнася с решение в едномесечен срок от получаване на преписката. **ЗЗО разглежда единствено хипотезата**, при която арбитражът потвърждава констатациите на контролните органи. В този случай, се прилагат **санкциите**, предвидени в договора между НЗОК и изпълнителя на медицинска помощ. Налагането им става със заповед на управителя на НЗОК или директора на РЗОК, която се издава в едномесечен срок от уведомяването от страна на арбитражната комисия на управителя на НЗОК, съответно на директора на РЗОК.

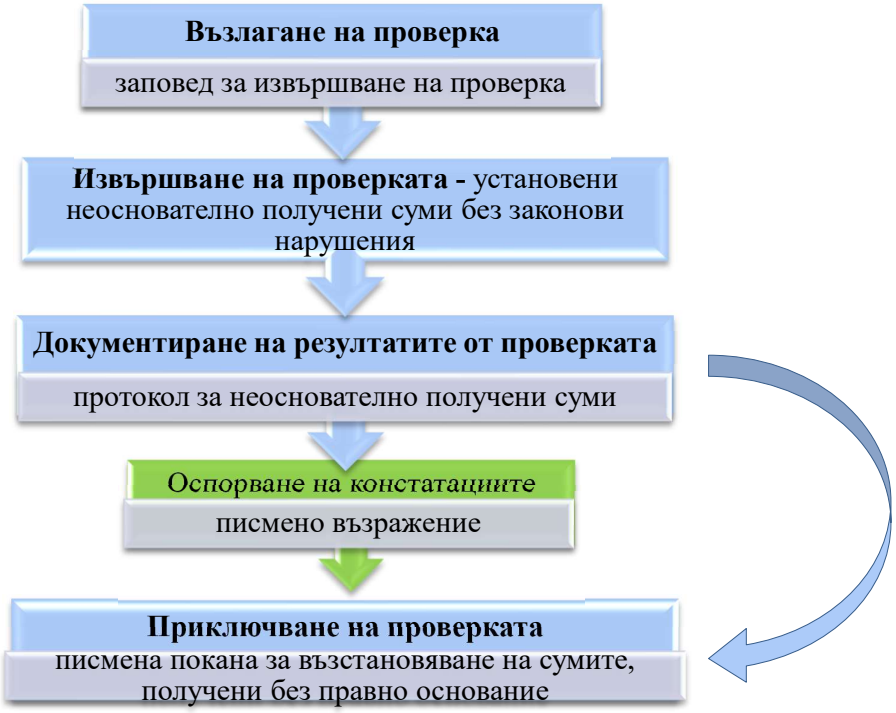
Санкциите подлежат на съдебно обжалване по реда на Административнопроцесуалния кодекс (АПК).

ЗЗО разглежда, освен процедурата по установяване на нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО и тяхното санкциониране, също така и случаи на **„неоснователно получени суми“** от изпълнители на медицинска помощ. Като техен синоним в закона е използвано и понятието **„суми, получени без правно основание“**. Последните са регламентирани в чл. 76а и чл. 76б от ЗЗО. По същество посочените правни норми уреждат контрола по спазване на регулативните стандарти от изпълнителите на ПИМП и СИМП.

ЗЗО регламентира **две възможни хипотези за неоснователно получени суми.**

При първата хипотеза са налице, установени от контролните органи на НЗОК, случаи на получени от изпълнителя суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по ЗЗО или на НРД (чл. 76а, ал. 1 от ЗЗО). В резултат на това, за изпълнителя произтича задължението да възстанови на НЗОК неоснователно получените суми (фиг. 6).

Фигура 6. Етапи на контрола от НЗОК при установени случаи по чл. 76а от ЗЗО



В тези случаи, контролните органи съставят **протокол за неоснователно получени суми** (чл. 76а, ал. 2 от ЗЗО). Лицето-обект на проверката има право да представи **писмено възражение** по констатациите от протокола пред управителя на НЗОК или директора на РЗОК, в 7-дневен срок от неговото връчване (чл. 76а, ал. 2 от ЗЗО).

Текстът на чл. 76а, ал. 3 от ЗЗО урежда издаването, след изтичане на срока за възражение, на **писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание** от управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК и връчването й на изпълнителя на медицинска помощ. Поканата подлежи на обжалване по реда на АПК (чл. 76а, ал. 4 от ЗЗО).

Регламентираната в чл. 76б, ал. 1 от ЗЗО **втора хипотеза** е в случаите, когато изпълнителят на медицинска помощ е получил суми без правно основание, в резултат на извършено нарушение по ЗЗО или НРД.

В тези случаи, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми, като на нарушителя се налагат наказания, определени в този закон или в НРД. Вследствие на това, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК издава **писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание**, след влизане в сила на наказателното постановление и/или на заповедта за налагане на санкция (чл. 76б, ал. 2 от ЗЗО).

В сравнение с първата хипотеза, втората е по-общо формулирана, което не позволява нейното схематично представяне. Дали това е отстранено при НРД за медицинските дейности за 2017 г.?

2.1.2. Национален рамков договор за медицинските дейности за 2017 г.

По смисъла на чл. 4а от ЗЗО, НРД е нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ,

осигурените лица и осигурителите.

Първият НРД е подписан 2000 г. между НЗОК и съсловните организации на лекарите и стоматолозите, а от 2011 г. НРД се разделя на НРД за медицинските дейности и НРД за денталните дейности.

Обект на настоящия анализ е подписания на 28.02.2017 г. НРД за медицинските дейности за 2017 г. между НЗОК и БЛС. Обнародван е в „Държавен вестник“, бр. 24 от 21.03.2017 г., с което става публично достъпен. Срокът му на действие е една година, считано от 01.04.2017 г.

Съдържанието на НРД за медицинските дейности за 2017 г. е определено в чл. 55, ал. 2 от ЗЗО, като в точки 6а и 6б е регламентирано изрично уреждането на условията и реда за контрол по изпълнението на договорите за оказване на медицинска помощ, сключени с НЗОК, както и санкциите за налагане при тяхното неизпълнение.

Съгласно чл. 9, ал. 1, т. 3 от НРД за медицинските дейности за 2017 г., **НЗОК съблюдава спазването на правата на ЗОЛ** от страна на изпълнителите на медицинска помощ **чрез осъществяване на контрол по изпълнението на сключените с тях договори.**

Условията и редът за упражняване на контрола от НЗОК са определени в **Глава двадесета** от НРД за медицинските дейности за 2017 г., а санкциите, налагани при установени случаи на неизпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ в **Глава двадесет и първа**.

Глава двадесета обхваща нормативни текстове в диапазона от чл. 382 до чл. 397 от НРД. В нея, извън разпоредбите на Глава втора, Раздел X от ЗЗО, **допълнително са регламентирани** и:

- обектът на контрол (чл. 382, ал. 3);
- задълженията на изпълнителите на медицинска помощ (чл. 385, ал. 1 и чл. 390, ал. 4);

- съдържанието на заповедта за проверка (чл. 387, ал. 1; чл. 388, ал. 1 и ал. 2) и на протокола, съставян при установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО (чл. 392, ал. 1);
- редът за откриване на проверките (чл. 390, ал. ал. 1, 2 и 3) и връчване на протокола, съставян при установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО (чл. 392, ал. 2);
- редът за оказване на съдействие от ЗОЛ при осъществяване на контролната дейност от НЗОК (чл. 397, ал. ал. 1, 2 и 3).

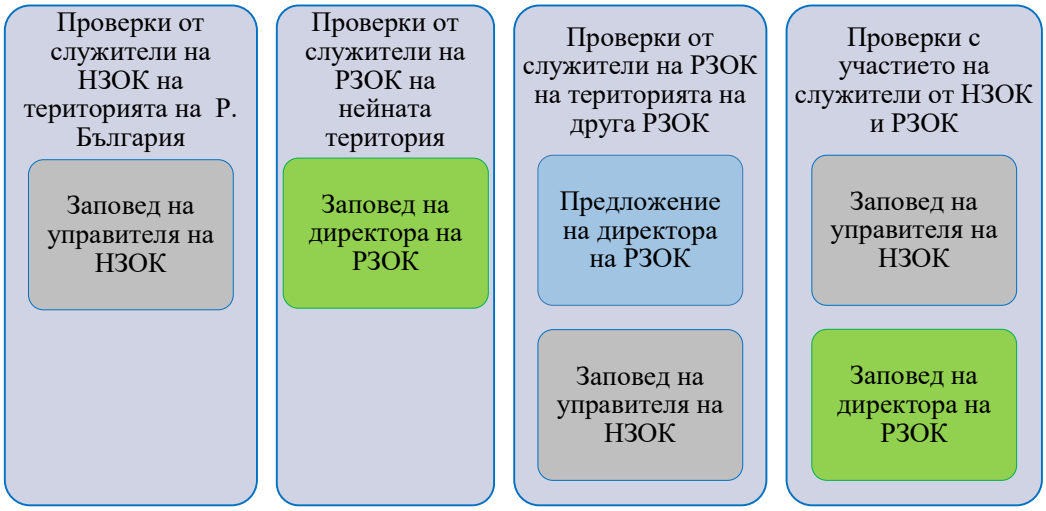
Обект на контрол от НЗОК са всички лечебни заведения или техните обединения, сключили договор с НЗОК, които по смисъла на чл. 58 от ЗЗО са изпълнители на медицинска помощ. Изпълнителите на ПИМП са определени в чл. 14, ал. 1 от НРД за медицинските дейности за 2017 г. Както вече отбелязахме, такива могат да бъдат лечебните заведения за ПИМП – индивидуална или групова практика, както и лечебните заведения за БП по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, оказващи ПИМП.

Задълженията на изпълнителите на медицинска помощ се свеждат до оказване на съдействие на контролните органи и предоставяне при поискване на всички необходими документи, както и отчетна документация, в т.ч. и копия, заверени с подпис и печат.

В зависимост от териториалния обхват на проверките и участващите в тях служители (от НЗОК или от РЗОК), заповедите за проверка се издават от управителя на НЗОК или от директора на РЗОК (фиг. 7).

Проверки, извършвани от служители на НЗОК, се възлагат със **заповед на управителя на НЗОК** (фиг. 7). В заповедта се посочват: правните и фактическите основания за издаването ѝ, проверяващото лице (лица), обекта на проверка – наименование и месторазположение, срока, вида и задачата на проверката. Служителите на НЗОК могат да извършват проверки на територията на цялата страна.

Фигура 7. Класификация на заповедите за проверки, извършвани от НЗОК и РЗОК



Проверки, извършвани от служители на РЗОК в рамките на нейната територия, се възлагат със **заповед на нейния директор** (фиг. 7). За разлика от регламентираното в НРД за медицинските дейности за 2017 г. съдържание на заповедта на управителя на НЗОК за извършване на проверки от служители на НЗОК, такова не е посочено в НРД за заповедта на директора на РЗОК.

Процесът по възлагане на проверки от служители на РЗОК на територията на друга РЗОК, както и на проверки с участието на служители на НЗОК и РЗОК, преминава през два етапа.

При първия случай, проверките се възлагат със **заповед на управителя на НЗОК** (фиг. 7). Включените в заповедта служители на РЗОК (контрольори) се определят **по предложение на техния директор**. Подобно на проверките, извършвани от служители на РЗОК в рамките на нейната територия и при този вид проверки не е регламентирано съдържанието на издаваната в този случай заповед.

Проверките с участието на служители на НЗОК и РЗОК се осъществяват в изпълнение на **заповед, издадена от управителя на НЗОК**, въз основа на която се издава и **заповед на директора на РЗОК**, от която са

проверяващите служители – контрольори (фиг. 7). В заповедта на управителя на НЗОК се посочват: правните и фактически основания за издаването ѝ; служителите на НЗОК, които ще участват в проверката; обекта на проверката, задачата, вида и срока на проверката, както и РЗОК, на чиято територия ще се извърши проверката. Заповедта на директора на РЗОК допълва основната заповед с контрольорите, които ще участват в проверката и конкретния изпълнител на медицинска помощ - обект на проверката.

Освен реда за възлагане на проверки от НЗОК, НРД за медицинските дейности за 2017 г. регламентира и **реда за тяхното откриване.** По същество откриването на проверка представлява втория етап, след нейното възлагане. Изразява се в легитимиране на проверяващите лица и връчване на екземпляр от заповедта за проверка на изпълнителя на медицинска помощ - обект на проверката. Допуска се проверката да бъде извършена и без нейното връчване (при отказ или невъзможност да се приеме). Това обстоятелство се отбелязва в заповедта с посочване на дата и час. Удостоверява се чрез подписите на проверяващите лица.

НРД за медицинските дейности за 2017 г. внася яснота относно **съдържанието на протокола**, който се съставя при установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО и **процеса по неговото връчване**. В протокола се вписват: 1) обекта на проверката - наименование и месторазположение; 2) данни за проверката - дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващите лица; описание на установените факти; 3) констатираните нарушения при изпълнение на договора с изпълнителите на медицинска помощ; 4) задължителните предписания и сроковете за отстраняване на констатираните нарушения, препоръки за подобряване на дейността на изпълнителите на медицинска помощ; 5) подписа на съставителите; 6) срока за възражение, установен в ЗЗО и 7) дата на връчване и подпис на лицето-обект на проверката. Екземпляр от протокола

се предоставя на лицето-обект на проверката, срещу подпис, а копия от него се изпращат на управителя на НЗОК, съответно на директора на РЗОК.

При осъществяване на своята дейност, с цел уточняване на обстоятелства и факти във връзка с дейността на проверявания изпълнител, контролните органи могат да поканят ЗОЛ да окажат **доброволно съдействие** на проверяващите. Възможни са два варианта. При първия случай, ЗОЛ удостоверяват своите твърдения с документи, копията на които се заверяват с гриф „Вярно с оригинала“, дата и подпис, и прилагат от контролните органи към протокола от проверката. При втория случай, ЗОЛ излагат своите твърдения в писмен вид, като върху тях се поставя дата и подпис. Писмените изложения се прилагат към протокола от проверката.

Налагането на санкции, като елемент на контрола при неизпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ, е регламентирано, както вече отбелязахме, в отделна глава от НРД за медицинските дейности за 2017 г. – **Глава двадесет и първа.** Главата е структурирана в четири раздела (Раздел I „Налагане на санкции. Видове санкции. Неоснователно получени суми“; Раздел II „Санкции при констатирани нарушения“; Раздел III „Ред за налагане на санкции“ и Раздел IV „Правила за работа на арбитражните комисии“). Разделите включват нормативни текстове в диапазона от чл. 398 до чл. 422.

Характерът на санкцията има **дисциплиниращ ефект** спрямо нарушителите на ЗЗО и НРД. За **маловажни случаи** на нарушения, наказващият орган не налага наказание, а прави **предписание** за отстраняване на съответното отклонение в определен срок. След изтичане на срока за изпълнение на предписанието, контролните органи могат да направят повторна проверка и да изискат документи, удостоверяващи неговото изпълнение (чл. 398, ал. 4 и ал. 5). В ПИМП, като маловажни случаи се приемат липсата на подпис или печат на ОПЛ в амбулаторния лист или в спецификацията (индивидуалния месечен отчет на лекаря), както и

липсата на някои от посочените в Приложение 10 към НРД консумативи (параграф 1, т. 4.1. от ДР на НРД за медицинските дейности за 2017 г.).

Проверките относно изпълнението на дадените предписания и препоръки за подобряване на дейността на изпълнителите на медицинска помощ, както и налагането на санкции, правят на практика контрола ефективен.

Санкциите се налагат при установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО. **Видовете санкции** са определени в чл. 401, ал. 1 от НРД за медицинските дейности за 2017 г. Те са: **финансова неустойка** и **прекратяване на договор.** Налагат се по два начина: директно (чл. 411, ал. 1) и индиректно (чл. 412, ал. 1).

Директното налагане на санкция е при хипотеза, лицето-обект на проверката да не изрази писмено становище или изразеното от него становище да не съдържа възражения по направените констатации от контролните органи. В тези случаи, проверките приключват със заповед за налагане на санкция, издадена от управителя на НЗОК или директора на РЗОК. В 14-дневен срок след получаване на заповедта, изпълнителят на медицинска помощ е длъжен доброволно да внесе дължимите суми. При неизпълнение на това негово задължение, дължимата сума се прихваща от следващото плащане по договора, а в случаите на прекратен договор, по който НЗОК е изпълнил своите финансови задължения – дължимата сума се събира по съдебен път.

При **индиректно налагане на санкцията**, имаме оспорване на констатации от провереното лице. При тези обстоятелства управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, изпраща спора за решаване от **арбитражна комисия** в 7-дневен срок от получаване на писменото становище. Когато констатациите са оспорени пред управителя на НЗОК, спорът се решава от арбитражната комисия на тази РЗОК, с чийто директор проверявания обект е сключил договор.

Арбитражната комисия изпълнява правилата за работа, описани в отделен раздел (IV) към Глава двадесет и първа от НРД. Произнася се с решение в едномесечен срок от получаване на преписката. Възможните варианти са три.

При първия, **оспорените констатации се потвърждават** (изцяло или частично) и управителят на НЗОК или директорът на РЗОК издава, в срок до един месец от неговото уведомяване, заповед за налагане на предвидените в НРД санкции (чл. 421, ал. 1).

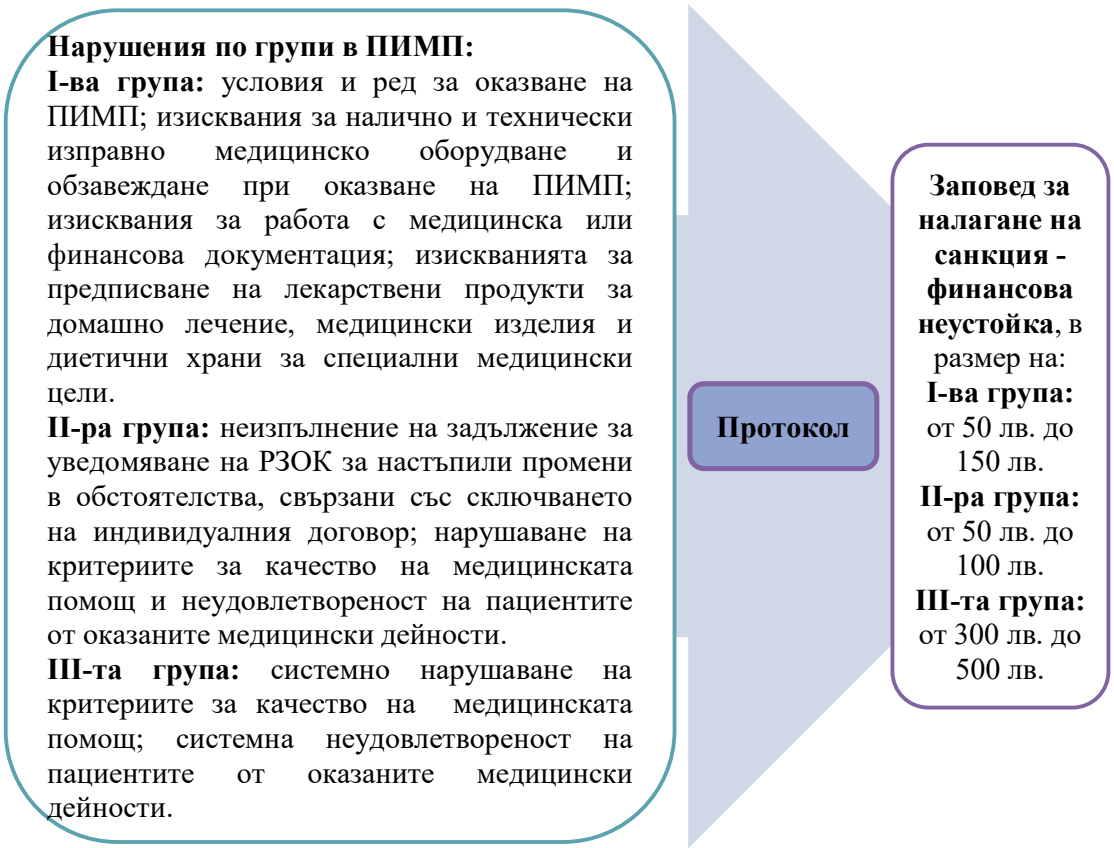
Вторият възможен вариант е, когато **арбитражната комисия отхвърли изцяло констатациите** на контролните органи на НЗОК (чл. 421, ал. 2). В тези случаи, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, уведомява писмено лицето-обект на проверката относно решението за прекратяване на производството.

Последният (трети) вариант, е когато **арбитражната комисия не стигне до решение** по оспорените констатации поради равен брой противоположни гласове (чл. 421, ал. 3). Процедурата, която следва е изготвяне на протокол от комисията, екземпляр от който се предоставя на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК. На лицето-обект на проверката се предоставя препис-извлечение от същия. След запознаване с протокола, управителят на НЗКО, съответно директорът на РЗОК, може да наложи предвидените в НРД санкции. В този случай, оспорените констатации се решават на база преценката на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК.

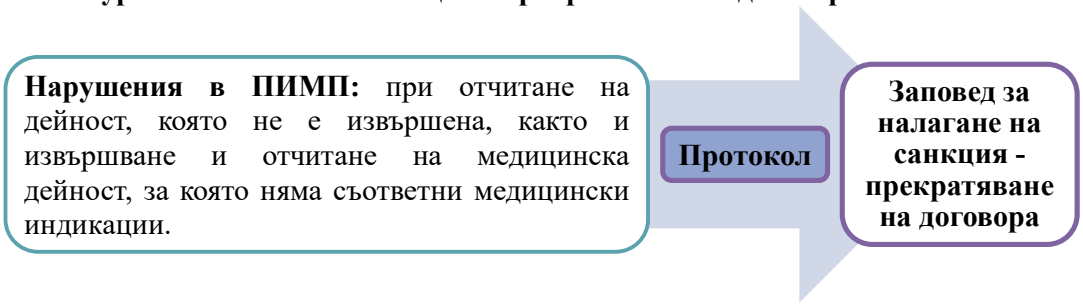
Видът и размерът на санкцията се определя от управителя на НЗОК или директора на РЗОК (фиг. 8 и фиг. 9), в зависимост от: вида и тежестта на установеното нарушение; броя на случаите по това нарушение; поредността на извършването му (при повторно нарушение, санкцията - финансова неустойка, се налага в двукратен размер); решението на

арбитражната комисия (при наличие на такова). Разгледаните санкции подлежат на съдебно обжалване по реда на АПК.

Фигура 8. Налагане на санкция - финансова неустойка в ПИМП



Фигура 9. Налагане на санкция - прекратяване на договора в ПИМП



Както ЗЗО, така и НРД за медицинските дейности за 2017 г. урежда двете възможни хипотези на **„неоснователно получени суми“** от изпълнители на медицинска помощ – случаите, които не са свързани с

извършено нарушение по ЗЗО и НРД (чл. 76а от ЗЗО), както и такива извършени в нарушение на същите нормативни актове (чл. 76б от ЗЗО). Регламентирани са в Глава двадесет и първа, раздел I „Налагане на санкции. Видове санкции. Неоснователно получени суми“.

Първата хипотеза е допълнена с посочване на **съдържанието**, на съставения в тези случаи, **протокол за неоснователно получени суми** (чл. 399, ал. 3). То включва: обекта на проверката - наименование и месторазположение; данните за проверката - дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице/а; описание на установените факти; констатираните неоснователно получени суми и техния размер; подписа на съставителя/ите; срока за възражение. **Отличителна черта** на този вид документ в сравнение с протокола, съставен при установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО, е че при него не се дават задължителни предписания и срокове за отстраняване на констатираните нарушения, както и препоръки за подобряване на дейността на изпълнителя на медицинска помощ. В тези случаи, както вече отбелязахме, проверките приключват с покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание. Допълнението тук е определеното за изпълнителя задължение за **доброволно внасяне на дължимите суми** в 14-дневен срок от получаване на поканата. При неизпълнение на посоченото задължение, предприетите от НЗОК действия се свеждат до **прихващане на дължимата сума** от следващото плащане по договора. Когато договорът е прекратен и/или не се дължи плащане по него, сумата се събира **по съдебен път**.

Както в ЗЗО, така и в НРД за медицинските дейности за 2017 г. втората хипотеза за неоснователно получени суми е общо представена. Текстовете в двата нормативни акта се препокриват.

Извън анализираните две глави (Глава двадесета и Глава двадесет и първа) остава **„контролът преди заплащане на оказаната медицинска**

помощ“. Времевият фактор определя този вид контрол като „предварителен контрол“, поради което двата термина се използват като синоними. Този вид контрол е регламентиран **в Глава седемнадесета, Раздел VIII** от НРД за медицинските дейности за 2017 г. Поради спецификата на предварителния контрол, същият е самостоятелно разгледан в дисертационния труд (вж. подточка 2.3 „Отчетност пред НЗОК за осъществяване на контрол“ към Глава първа „Литературен обзор“).

2.1.3. Правилник за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)

През 2017 г. се прилага Правилникът за устройството и дейността на НЗОК (ПУДНЗОК), приет с Решение № РД-НС-04-107 от 28.08.2013 г. на колективния орган на управление на институцията - Надзорния съвет. Същият е обнародван в „Държавен вестник“, бр. 79 от 10.09.2013 г.

ПУДНЗОК е подзаконов нормативен акт, уреждащ устройството, структурата, функциите на отделните звена в администрацията и организацията на дейността на НЗОК (чл. 1 от ПУДНЗОК).

НЗОК се състои от **Централно управление** (ЦУ) със седалище София и **районни здравноосигурителни каси** (РЗОК) с поделения към тях (чл. 19, ал. 1 от ПУДНЗОК). Броят на РЗОК е определен с Приложение към чл. 6, ал. 2 от ЗЗО и е 28.

Органи на управление на НЗОК са Надзорният съвет и управителят (чл. 4 от ПУДНЗОК).

Надзорният съвет е колективния орган на управление на НЗОК. Състои се от девет членове: един представител на представителните организации за защита правата на пациентите; двама представители на представителните организации на работниците и служителите; двама представители на представителните организации на работодателите и четирима представители на държавата, един от които е изпълнителният

директор на НАП (чл. 13 от ЗЗО). Сред правомощията на Надзорния съвет е да „осъществява методологично и управленско съдействие на управителя“ (чл. 5, т. 7 от ПУДНЗОК). Надзорния съвет провежда заседания най-малко веднъж месечно, в които участва и управителят, но без право на глас.

Управителят на НЗОК носи отговорност за взетите управленски решения, свързани с постигане на целите на институцията. Сред правомощията му е да „утвърждава образци на документи и на договори, свързани с осъществяване на задължителното здравно осигуряване и за изпълнение на възложените на НЗОК дейности, издава самостоятелно или съвместно с други лица указания, инструкции и други актове по прилагането на НРД“ (чл. 17, т. 8 от ПУДНЗОК).

При осъществяване на правомощията си, Надзорния съвет и управителят се подпомагат от администрация - обща и специализирана. Администрацията е организирана в дирекции. В дирекциите могат да се създават отдели, а в отделите - сектори (чл. 19, ал. 2 от ПУДНЗОК).

Общата администрация в ЦУ на НЗОК създава условия за осъществяване на дейността на специализираната администрация и извършва технически дейности по административното обслужване. Организирана е в **четири дирекции**: „Правни дейности“, „Връзки с обществеността“, „Административна дейност, управление на собствеността и обществени поръчки“ и „Счетоводство и човешки ресурси“ (чл. 24, ал. 1 и ал. 2 от ПУДНЗОК).

Специализираната администрация в ЦУ на НЗОК обхваща шест дирекции: „Болнична медицинска помощ“, „Извънболнична медицинска и дентална помощ“, „Лекарствени продукти, медицински изделия и контрол по предписване и отпускане“, „Информационни процеси и сигурност на информацията“, „Европейски въпроси и координация на системите за социална сигурност“ и „Бюджет и финансови параметри“ (чл. 29, ал. 2 от ПУДНЗОК).

Контролът по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП е сред функциите вменени на **дирекция „Извънболнична медицинска и дентална помощ“** (ИМДП). Съгласно чл. 31, т. 7 от ПУДНЗОК, дирекция ИМДП „участва в осъществяване на непосредствен контрол на изпълнители на извънболнична медицинска и дентална помощ“. Освен дирекция ИМДП, „непосредствен контрол“ по изпълнението на договорите за оказване на медицинска помощ, в т.ч. и ПИМП, упражняват и **директорите на 28-те РЗОК** (чл. 39, т. 6 от ПУДНЗОК), подпомагани при това от **специализираната администрация на съответната РЗОК** (чл. 42, т. 1 от ПУДНЗОК).

През 2017 г. общата численост на персонала в НЗОК е 2 261 щатни бройки. От тях 46 са в дирекция ИМДП, а 1 936 в РЗОК и техните поделения (чл. 19, ал. 3 от ПУДНЗОК).

2.1.4. Инструкция № РД-16-31/23.06.2016 г. за условията и реда за осъществяване на контрол по чл. 72, ал. 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 от ЗЗО

Първоначално, условията и редът за контрол по изпълнението на договорите с НЗОК за оказване на медицинска помощ, в т.ч. и ПИМП, са били предмет на договаряне при подписването на самия НРД (чл. 55, ал. 2 от ЗЗО).

С приетите в края на 2009 г. изменения и допълнения в ЗЗО (обн., ДВ, бр. 101 от 2009 г.) е регламентиран **нов начин** за тяхното определяне – **чрез инструкция**, издадена от директора на НЗОК (чл. 72, ал. 5). В изпълнение на новата разпоредба е и издадената Инструкция № РД-16-6/22.02.2010 г. за условията и реда за осъществяване на контрол по чл. 72, ал. 2 и 3 от ЗЗО.

След приемане в средата на 2015 г. на поредните промени в основния нормативен акт, уреждащ контрола от НЗОК (ЗИДЗЗО, обн., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.), условията и редът за неговото осъществяване стават отново

част от съдържанието на НРД (чл. 55, ал. 2, т. 6а), наред с тяхното определяне и с нарочно издадена инструкция.

Във връзка с настъпилите в края на 2015 г. съществени промени при контролната дейност, осъществявана от НЗОК, от управителя на НЗОК е издадена Инструкция № РД-16-31/23.06.2016 г. за условията и реда за осъществяване на контрол по чл. 72, ал. 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 от ЗЗО, в която обаче не е отбелязана датата на влизането й в сила. Инструкцията от 2016 г. отменя тази от 2010 г. и е действаща в края на 2017 г. Публикувана е на интернет страницата на НЗОК, в изпълнение на чл. 382, ал. 2 от НРД за медицинските дейности за 2017 г.

В съдържателно отношение, **Инструкцията от 2016 г.** се отличава от останалите анализирани нормативни актове (ЗЗО, НРД за медицинските дейности за 2017 г. и ПУДНЗОК от 2013 г.) със следната **специфика**:

- класификация на видовете проверки, извършвани от НЗОК (чл. 4, ал. 1);
- процеса по планиране на контролната дейност в системата на НЗОК (чл. 6, ал. 1 и ал. 2; чл. 8, ал. ал. 1, 2 и 3);
- вътрешния ред по предоставяне на протокола от извършена проверка и установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО на управителя на НЗОК или директора на РЗОК (чл. 16, ал. 8 и ал. 9);
- разпоредби, запълващи с регламентация празноти в нормативната уредба относно осъществявания контрол от НЗОК и РЗОК;
- образци на документи, съставяни от контролните органи на НЗОК („Образец на протокол от проверка на изпълнител на медицинска помощ“; „Образец на АУАН“; „Образец на заповед за налагане на санкция“ и „Образец на наказателно постановление“).

В зависимост от прилагания критерий за класификация, в Инструкцията от 2016 г. са обособени четири групи проверки (фиг. 10), каквито са и в Инструкцията от 2010 г., издадена от директора на НЗОК.

Фигура 10. Класификация на проверките, извършвани от НЗОК

Според планирането проверките биват: **планови и извънпланови.** Първите са включени в предварително изготвен план, който се утвърждава от управителя на НЗОК или директора на РЗОК. Вторият вид се извършват в следните случаи: 1) по повод постъпили сигнали и жалби; 2) при прекратяване на договорните отношения с изпълнителите на медицинска дейност, преди изтичане на договорения с тях срок; 3) по данни от предшестващи проверки; 4) по данни за установени пропуски в документите при отчитане на извършена дейност и 5) по преценка на управителя на НЗОК или директора на РЗОК.

Според обхвата на дейността на проверявания договорен партньор проверките се делят на: **пълни и тематични.** Пълните проверки обхващат цялостната дейност на проверявания договорен партньор за определен период от време. Тематичните проверки, наричани още частични, са тези извършени, във връзка с предварително определена тема (проблематика).

Проверките се класифицират и **според поредността на тяхното извършване.** По този критерий те биват: **първични** и **вторични**.

Според **участващите в проверката лица** имаме **съвместни и самостоятелни проверки**. Съвместните проверки се извършват с участието на длъжностни лица - служители на НЗОК и длъжностни лица от РЗОК – контрольори, както и на други институции. При самостоятелните проверки участват само длъжностни лица от единия вид.

Инструкцията от 2016 г. се отличава от НРД за медицинските дейности за 2017 г. с това, че регламентира не само **съдържанието на заповедта** на управителя на НЗОК при проверки, извършвани от служители на НЗОК (разновидност на самостоятелните проверки), както и на управителя на НЗОК и директора на РЗОК при проверки с участието на служители на НЗОК и РЗОК (съвместни проверки), а и **на директора на РЗОК** при такива, извършвани от служители на съответната РЗОК (разновидност на самостоятелните проверки), както и **на управителя на НЗОК** при проверки, извършвани от служители на РЗОК на територията на друга РЗОК (разновидност на самостоятелните проверки). **Заповедта на директора на РЗОК** съдържа: правните и фактически основания за издаването ѝ; проверяващото лице (лица); обекта – наименование и месторазположение; вид, задача и срок на проверката (чл. 11, ал. 2). **Заповедта на управителя на НЗОК** е със същото съдържание, както заповедта на директора на РЗОК, с едно уточнение – посочените проверяващи лица са по предложение на директора на РЗОК, на която те са служители, както и едно допълнение – отбелязване в заповедта на територията на съответната РЗОК, където се намира обекта на проверката (чл. 12, ал. 3).

Освен класификацията на проверките, извършвани от НЗОК, инструкцията внася яснота и относно **процеса по планиране на контролната дейност** в системата на НЗОК, пряко свързан с изпълнителите на ПИМП. В какво се изразява този процес?

На ниво ЦУ на НЗОК, проверките се организират по **месечен план**, утвърден от управителя на институцията. Месечният план се разработва след сравнение и анализ на договорената, отчетена и заплатена дейност на изпълнителите на ИМП, в т.ч. и ПИМП. За база се използват справки по видове дейности, изготвяни от компетентните дирекции в НЗОК.

Проверките от РЗОК се извършват по **годишен и месечен план,** които се утвърждават от директора на съответното РЗОК. Месечният план се разработва по същия начин, както в ЦУ на НЗОК. При планиране на контролната дейност в РЗОК и разработване на плановете е препоръчително процентно съотношение 60:30:10, срещу което съответстват планови, извънпланови проверки и проверки по жалби и сигнали.

С инструкцията, за разлика от НРД за медицинските дейности за 2017 г., е регламентиран също и **случаят на отказ на изпълнителя на медицинска помощ да подпише протокола**, който се съставя при установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО. Връчването при тази хипотеза се удостоверява с подпис на поне един свидетел (чл. 17, ал. 3).

Инструкцията урежда още **вътрешният ред по предоставяне** от контролните органи **на протокола** от извършена проверка и установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО на управителя на НЗОК или директора на РЗОК. Протоколът е окомплектован със събраните доказателства по констатациите на контролните органи. Предаването на негов екземпляр (копие) става чрез доклад, изготвен от проверяващите лица. Докладът включва предложение за санкции, в случаите на констатирани нарушения.

Единствено в инструкцията е направена **връзката** между контрола осъществяван по реда на чл. 76а и 76б от ЗЗО **с контрола по изпълнение на броя на определените СМД и стойностите на назначаваните МДД** (чл. 27), т.нар. „контрол по спазване на регулативните стандарти“. Включената в инструкцията разпоредба дава **ясното относно процеса на документиране** на резултатите от извършените проверки. И при двете

хипотези имаме съставяне на „Протокол за неоснователно получени суми“, въз основа на който се издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание.

Допълнена с определен срок е процедурата по издаване на писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, които не са свързани с извършено нарушение по ЗЗО и НРД по чл. 76а от ЗЗО – не по-късно от два месеца след изтичане на срока за възражение по връчения протокол за неоснователно получени суми (чл. 24, ал. 7).

Допълнена е и хипотезата на чл. 76б от ЗЗО с:

- процедурата, свързана с представяне на писмено възражение от лицето-обект на проверката по връчения протокол за неоснователно получени суми. Определеният срок е, както при първата хипотеза - до 7 дни от връчването на протокола (чл. 25, ал. 2);
- процедурата, свързана с издаване на писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание. Поканата се издава не по-късно от два месеца след влизане в сила на наказателното постановление и/или на заповедта за налагане на санкция (чл. 25, ал. 4).

2.2. НЗОК като контролен орган

НЗОК е създадена със специален закон – ЗЗО от 1998 г., като юридическо лице със седалище София и основен предмет на дейност – осъществяване на задължителното здравно осигуряване. В качеството си на осигурител на системата, НЗОК заема ключово място в изграждането и утвърждаването на въведения в край на XX в. здравноосигурителен модел на финансиране на българската здравна система.

НЗОК започва реално да функционира на **15 март 1999 година**. Датата не е избрана случайно. За рожден ден на институцията е избрана датата, обявена през 1985 г. от Общото събрание на Организацията на

обединените нации за Световен ден за защита на потребителите, честван и у нас от 1991 г.

С рождената дата е свързана и **основната мисия на НЗОК** – да съблюдава спазването на правата на ЗОЛ от изпълнителите на медицинска помощ **с цел** предотвратяване на закононарушения и неправилно използване на публичните средства. Нейната реализация и отрежда ролята на обществена институция. Стратегически приоритет на институцията е максимално оптимизиране на всички процеси и дейности, свързани с администрирането на задължителното здравно осигуряване. **Основната функция на НЗОК** е сведена до „провеждането на националната здравна политика чрез договаряне, финансиране и контрол върху вида, обема и изпълнението на медицинските дейности, определени в основния пакет и договорени в НРД“ (Петрова Зл. и колектив, 2017 г.).

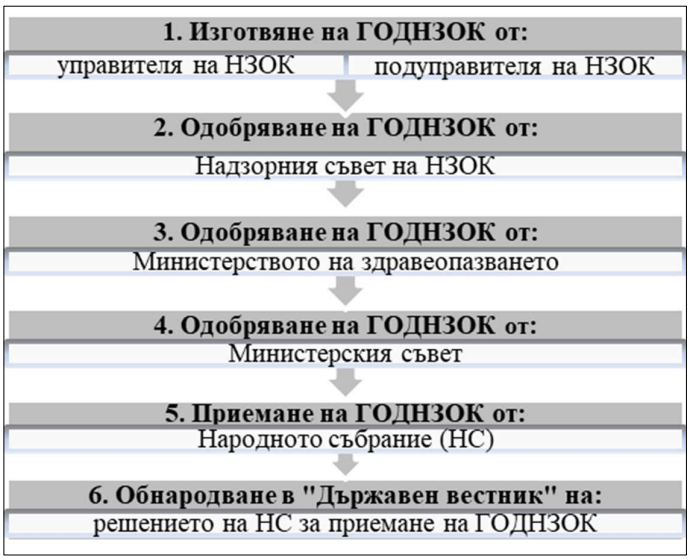
Инструмент за постигане на основната мисия на НЗОК е осъществяването на ефективен контрол върху дейността на изпълнителите на медицинска помощ, в т.ч. и ПИМП. **Обект на контрол** са всички изпълнители на медицинска помощ, които са в договорни отношения с Касата.

Резултатите от контролната дейност на НЗОК са ключът към изграждането на нейния авторитет пред ЗОЛ и самите изпълнители на медицинска помощ.

Тяхното оповестяване е в изпълнение на един от регламентираните в ЗЗО принципи на задължителното здравно осигуряване – **„публичност в дейността на НЗОК“** (чл. 5, т. 11 от ЗЗО). Първоначално принципът е прилаган чрез изготвяне на отчет за дейността на НЗОК (ГОДНЗОК) от директора на институцията и неговото приемане от Управителния съвет на НЗОК. Извършените в края на 2002 г. промени в ЗЗО (обн., ДВ, бр. 107 от 2002 г.), действащи и към 01.10.2020 г., допълват процедурата с внасяне на отчета за одобряване в МЗ, а от там и в МС. Процедурата приключва с

приемане на отчета с решение на НС, което се обнародва в „Държавен вестник“ (фиг. 11). Няма изрична правна регламентация относно мястото на публикуване на приетия ГОДНЗОК.

Фигура 11. Процедура по изготвяне и приемане на ГОДНЗОК



Публичността в дейността на НЗОК осигурява на заинтересованите лица възможност да следят изпълнението на функционалните ангажименти на структурните звена в системата. Очакванията са за осигуряване на законосъобразно и ефективно разходване на лимитирания публичен ресурс за здраве и подобряване на качеството на живот на гражданите.

Към 01.10.2020 г. цялостният контрол върху дейността по задължителното здравно осигуряване се упражнява от управителя на НЗОК, а контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ от длъжностни лица – служители на НЗОК и от длъжностни лица на РЗОК – контрольори (чл. 72, ал. 1 и ал. 2 от ЗЗО).

2.3. Отчетност пред НЗОК за осъществяване на контрол

Отчитането на оказаната ПИМП е съществен етап от изпълнението на индивидуалните договори, сключени с НЗОК и необходимо условие, от

което зависи заплащането на труда на ОПЛ. Този процес е регламентиран **в Глава седемнадесета, Раздел VIII** от НРД за медицинските дейности за 2017 г.

В качеството на гарант за законосъобразното разходване на събраните здравноосигурителни вноски и предоставените от МЗ държавни трансфери, сред правата и задълженията на НЗОК е **да изисква и получава от изпълнителя на ПИМП установената документация** в сроковете, определени с НРД за медицинските дейности за съответната година. Право и задължение на Касата е да осъществи **контрол по документи на отчетената в РЗОК дейност преди нейното заплащане (предварителен контрол)**.

Отчитането се извършва **по електронен път** в утвърдени от НЗОК формати през интернет портала й или чрез WEB услуга, от където се получава и обратна информация за обработените електронни отчети. Електронният отчет съдържа информация за извършената през месеца медицинска дейност от ОПЛ, отразена в амбулаторните листове.

Обработката, проверката и контрола на данните от електронните отчети е **автоматизирана**. С помощта на специално разработени и заложени в Интегрираната информационна система на НЗОК бизнес правила (контролни механизми) е възможно засичането още на входа на система на недоговорени и дублирани дейности, както и на грешки, свързани с регистрационните данни и реквизити на подадените за обработка електронни отчети (Електронно издание „10 години НЗОК“).

Съгласно чл. 208, ал. 5 от НРД за медицинските дейности за 2017 г., оказаната ПИМП се отчита най-късно до 17 часа на третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

При констатиране на грешки в електронния отчет, свързани с регистрационни данни и реквизити, ОПЛ получава автоматична

нотификация от информационната система на НЗОК и електронният отчет не се обработва до получаване на отчет с коректни данни (чл. 208, ал. 6).

След окончателната обработка на подадените данни, директорът на РЗОК или упълномощени от него служители изпращат по електронен път през информационната система на НЗОК **месечно известие**, съдържащо отхвърлената и одобрена за заплащане дейност и съответните основания за отхвърляне. Известието се изпраща в срок до 17-то число на месеца (чл. 208, ал. 10). На практика, отхвърлената дейност представлява заявена, но отказана за заплащане дейност, поради установени при предварителния контрол отклонения на определени законови изисквания. Нормативно право на изпълнителя е **да оспори отхвърлената дейност**, по отношение на която се извършва контрол от НЗОК (чл. 210, ал. 3). Контролът се осъществява от компетентните контролни органи чрез проверка в лечебното заведение или по документи на отчетената в РЗОК дейност (чл. 46 от Инструкцията). Отхвърлените, след предварителен контрол, дейности **не подлежат на съдебно обжалване** по реда на Административнопроцесуалния кодекс. За тях не се налагат административни санкции.

При обективна невъзможност на ОПЛ да се отчете по електронен път се допуска възможност и за отчитане **на място в РЗОК** в определените срокове, **след мотивирано искане на ОПЛ** (чл. 208, ал. 13).

НЗОК заплаща само договорената и извършена медицинска дейност, отчетена с електронните отчети в определения срок и одобрена за заплащане, след осъществения предварителен контрол. Плащанията се извършват след представяне на необходимите финансово-отчетни документи:

- фактури (хартиени или електронни) - отчитането на разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст, се извършва на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена с финансов отчет по ПМС № 193 от 2012 г. (хартиен или електронен). Дейностите по поставяне на

препоръчителни ваксини срещу рак на маточната шийка, съгласно Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2017-2020 г. и срещу ротавирусните гастроентерити по Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017-2021 г., се представят на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация.

- спецификации към тях (хартиени или електронни);
- отчет (хартиен или електронен) за извършена медицинска дейност от всеки ОПЛ;
- списък (хартиен) в утвърден от НЗОК формат с новоизбралите го ЗОЛ; първите екземпляри (хартиени) на подадени от ЗОЛ регистрационни форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ; копия (хартиени или електронни) от удостоверителните документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и декларации при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК.

Приетите след упражнен контрол оспорени дейности подлежат на заплащане, въз основа на издадено от НЗОК дебитно известие, в сроковете на следващ отчетен период.

Плащанията на изпълнителите на ПИМП се извършват чрез РЗОК:

- до 30 число на месеца, следващ отчетния по обявена от ОПЛ банкова сметка;
- до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ във връзка с дейностите по поставяне на препоръчителни ваксини срещу рак на маточната шийка и срещу ротавирусните гастроентерити, както и заплащане на разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

Не се заплаща дейност, която:

- не е подадена в електронните отчети и не е приета от информационната система на НЗОК в определените срокове;
- не е отчетена за два последователни месеца;
- изпълнителят вече е отчел.

Необходимо условие за заплащане на извършените през месеца дейности на изпълнителя на ПИМП е точното и правилно попълване на документите, съгласно условията на НРД за медицинските дейности за 2017 г. и пълното и точно изпълнение на договорените за извършване дейности.

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. ЦЕЛ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Целта на настоящата разработка е, на базата на задълбочен анализ на контролната дейност от НЗОК, да се формира обективна оценка на контрола по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП с оглед предлагане на насоки за неговото оптимизиране в посока повишаване на доверието към НЗОК, а индиректно и повишаване на доверието към самите изпълнители на ПИМП – ОПЛ.

2. НАУЧНИ ЗАДАЧИ

За постигане на формулираната цел са конкретизирани следните **основни задачи**:

2.1. Да се очертаят основните теоретични аспекти, свързани с модела на финансиране и механизма на заплащане на дейностите в ПИМП, при наличие на регулативни стандарти.

2.2. Да се направи обзор на нормативната осигуреност на контрола от НЗОК и процеса по отчитане на оказаната ПИМП пред НЗОК, като необходимо условие за заплащане на договорената и извършена дейност на изпълнителите на ПИМП.

2.3. На базата на извършен критичен анализ на нормативното осигуряване на контрола от НЗОК, да се изведат предложения за подобряване на действащата нормативна уредба.

2.4. Да се извърши преглед, анализ и оценка на оповестените резултати от контрола на НЗОК в ПИМП за петгодишен период (2014-2018 г.) относно тяхната достъпност, яснота и пълнота на информацията.

2.5. Да се проучат и анализират функционалните възможности на информационните системи (медицинските софтуери) в ПИМП, с оглед подпомагане на ОПЛ при текущата им работа, контрол и отчитане пред НЗОК.

2.6. Да се проучи мнението на ОПЛ относно контролната дейност на НЗОК и влиянието на тази дейност върху работата на практиките за ПМП.

2.7. На базата на резултатите от проучването, да се предложат насоки за оптимизиране на контролния процес в ПИМП.

С така поставените научни задачи могат да бъдат конкретно определени обектът на настоящото проучване, предметът на изследването, логическите единици и признаците на наблюдението.

Обект на настоящото проучване са НЗОК, в качеството й на възложител, който контролира изпълнението на сключените договори за оказване на ПИМП и самите изпълнители на ПИМП.

Предмет на изследването са резултатите от контрола на НЗОК в ПИМП, свързани със законосъобразното и ефективно разходване на нормативно определените средства при първото ниво на оказване на медицинска помощ.

В рамките на проучването са обособени две основни **логически единици на наблюдение**:

- отчетените от НЗОК резултати във функционално направление ИМДП, което обхваща и ПИМП;
- данните от анкетираните ОПЛ относно контрола на НЗОК.

Признаците на наблюдение в изследването са факториални и резултативни.

Факториалните признаци обхващат:

- демографско-социални характеристики, като пол, възраст, вид и местонахождение на практиката за ПМП, специалност, трудов стаж;
- количествени показатели - брой сключени и прекратени договори с изпълнители на ПИМП, брой извършени проверки при ПИМП,

брой съставени АУАН и протоколи за неоснователно получени суми и други.

Резултативните признаци включват мнението на анкетираните ОПЛ относно нагласа и отношение към контрола на НЗОК, предприети действия в резултат на контрола, законосъобразно и ефективно разходване на нормативно определените средства за ПИМП и др.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, предметът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Първият компонент представлява критичен анализ на нормативното осигуряване на контрола от НЗОК в края на 2017 г.

Вторият компонент включва анализ и оценка на данните от ГОДНЗОК за петгодишен период (2014-2018 г.) относно контрола в ПИМП.

Третият компонент обхваща анализ и оценка на информационните системи (медицински софтуери) в ПИМП за целите на контрола от страна на ОПЛ.

Четвъртият компонент е проучване на мнението на ОПЛ относно контрола на НЗОК. Подборът е на случаен принцип – няма селекция на анкетираните лица, което дава основание да се претендира за репрезентативност на получените резултати.

Време на провеждане на проучването: от 22.02.2020 г. до 31.08.2020 г.

За изпълнението на тази задача е използвана **анонимна анкетна карта** (Приложение 6), включваща 30 въпроса, предимно от закрит тип. Включени са и въпроси от полузакрит тип, както и два от отворен тип, даващи възможност за свободни отговори от страна на респондентите. Анкетната карта е самостоятелно разработена от докторанта. Разпространена е в **два формата**:

- **на хартиен носител** (в Word формат) по време на проведена на 22.02.2020 г. практическа конференция, организирана от Сдружението на общопрактикуващите лекари в София област и Дружеството на софийските общопрактикуващи лекари, както и в лечебни заведения за ПИМП в столицата;
- **в електронен вариант** чрез използване на онлайн платформата Google Forms. Обявеното на 13.03.2020 г. извънредно положение в България и въведените мерки за социална изолация, насочени към предпазване, ограничаване и преодоляване на последиците от развиващата се у нас пандемия от COVID-19, наложи създаването и разпространението на онлайн анкетна карта, идентична на хартиения носител. С помощта на специални настройки в платформата Google Forms, на анкетираните лица е обезпечена анонимност, както и възможност да изпращат в реално време своите отговори и предложения до 31.08.2020 г., включително.

Анкетирани са **311 отзовали се ОПЛ в София и страната**. Логично, преобладаващата част от тях (68 %) са дали своите отговори онлайн, а останалата част (32 %) чрез попълване на хартиения носител на анкетната карта. Изследвани са признаците: пол, възраст, специалност и трудов стаж на ОПЛ; вид и местонахождение на амбулаторията за ПМП; нагласа и отношение към контрола на НЗОК; предприети действия при отхвърлени за заплащане дейности и наложени санкции; влияние на дадените от НЗОК препоръки върху работата на ОПЛ (при наличие); степен на познаване на използвания медицински софтуер с възможност за оценка на същия; осигуряване на законосъобразно и ефективно разходване на нормативно определените средства за ПИМП.

3. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

Методологическата основа на дисертационния труд представлява комплекс от общонаучни и частнонаучни методи и подходи за провеждане на научни изследвания. Използвани са следните **методи**:

- документален метод – проучени са нормативна уредба, научни публикации, доклади, касаещи контрола от НЗОК; прегледани и анализирани са данни от ГОДНЗОК, които са достъпни за потребителя;
- концептуален анализ – за изясняване на терминологичните въпроси, свързани с дисертационния труд;
- сравнителен метод;
- анализ и синтез;
- социологически метод – анкетно проучване;
- статистически методи – статистическата обработка на първичните данни от проведеното анкетно проучване е извършена със софтуерен пакет SPSS версия 23. Данните са представени чрез дескриптивен анализ, като относителен дял и абсолютен брой. Връзките между променливите са оценени с Хи-квадрат анализ. За значими са приети зависимостите при $p<0,05$. Резултатите се представени таблично и графично.

Посочените методи взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

ГЛАВА ТРЕТА. СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

1. КРИТИЧЕН АНАЛИЗ НА НОРМАТИВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА КОНТРОЛА ОТ НЗОК

При извършения преглед и анализ на действащата в края на 2017 г. правна рамка, регламентираща контрола от НЗОК в ПИМП, са установени някои пропуски и неточности, на които по-подробно ще се спрем в настоящото изложение.

Анализът на правните норми от ЗЗО, установи наличието на легални дефиниции за трите вида контрол, осъществявани от НЗОК – внезапен контрол, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол (чл. 72, ал. 5). Такава обаче **липсва за медицинския контрол**, регламентиран в Глава четвърта на ЗЗО, който е в правомощията на ИАМО (до 31.03.2019 г.). И двете институции имат по закон правото да осъществяват контрол по изпълнението на договорите с изпълнителите на медицинска помощ. В правомощията на НЗОК е да проверява съответствието на дейността на изпълнителите с критериите за достъпност и качество на медицинската дейност. В същото време ИАМО осъществява постоянен контрол върху медицинското обслужване на гражданите, спазването на утвърдените медицински стандарти и правата на пациентите. На практика у нас медицинският контрол се упражнява от две институции - НЗОК и ИАМО (до 31.03.2019 г.), което налага ясното и точно **разграничаване на техните контролни правомощия**, особено по отношение контрола върху качеството на оказваната медицинска помощ, каквото смятаме, че **не е налице**. Със създаването от 01.04.2019 г. на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ (ИАМН), контролните функции на ИАМО преминаха в правомощията на новата мегаагенция. ИАМН е правоприемник на активите, пасивите, архива, правата и задълженията на ИАМО и на Изпълнителната агенция по трансплантация.

Освен това, разпоредбата на чл. 68, ал. 1, т. 6 от ЗЗО установява използването от НЗОК на данни, свързани с личността на осигурения, само за упражняване на **финансов и медицински контрол**. Посочените два вида контрол **са извън регламентираните в чл. 72, ал. 5 от ЗЗО** и следва да бъдат прецизирани.

В чл. 76, ал. 1 от ЗЗО е регламентирана възможността на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, да налага санкции, в случаите, когато арбитражът потвърждава оспорените от лицето-обект на проверката, констатации на контролните органи. В закона обаче **липсват норми**, уреждащи другите възможни хипотези при изпращане на спора за решаване от арбитражна комисия. В НРД за медицинските дейности за 2017 г., за разлика от ЗЗО, са регламентирани не само случаите на потвърждаване на оспорените констатации от арбитража, но и тяхното отхвърляне, както и непроизнасяне с решение поради равен брой противоположни гласове (421, ал. ал. 1, 2 и 3).

С приетите в края на 2018 г. изменения и допълнения на ЗЗО (обн., ДВ, бр. 102 от 11.12.2018 г.), **установените пропуски са отстранени** с включването им в нова ал. 3 към чл. 76 от закона.

В ЗЗО **липсва изрична регламентация** относно контрола по изпълнение на броя на определените СМД и стойностите на назначаваните МДД, т. нар. контрол по спазване на регулативните стандарти. Връзката на чл. 76а и чл. 76б от ЗЗО с този вид контрол е направена единствено чрез разпоредбата на чл. 27 от Инструкцията от 2016 г. Съгласно същата, „контролът по изпълнение на броя на определените СМД и стойностите на назначаваните МДД се осъществява по реда на чл. 76а и 76б от ЗЗО, като за целта се извършва проверка, за резултатите от нея се съставя протокол за неоснователно получени суми и се издава писмена покана за възстановяване на суми, получени без правно основание“.

В ЗЗО **не е въведено легално определение** на понятието „суми, получени без правно основание“. Законът урежда двете възможни хипотези, в които изпълнителят на медицинска помощ, в т.ч. и ПИМП, е получил суми без правно основание (чл. 76а и чл. 76б от ЗЗО). Текстът на чл. 76а от ЗЗО регламентира тези от тях, „които не са свързани с извършване на нарушение по този закон или на НРД“. Разпоредбата на чл. 76б от ЗЗО се отнася за случаи на получени суми без правно основание „в резултат на извършено нарушение“. Без дефиниране на понятието „суми, получени без правно основание“, **съдържанието на първата хипотеза е неясно и противоречиво** – имаме неоснователно получени суми, които обаче не са свързани с извършване на нарушение (чл. 76а от ЗЗО).

Неяснотите, във връзка с чл. 76а от ЗЗО, се допълват и в частта на регламентираната възможност за представяне на писмено възражение от лицето-обект на проверката по връчения протокол за неоснователно получени суми. В ЗЗО, както и в останалите анализирани нормативни актове, **липсва регламентация** относно процеса по разглеждане и решаване на спора преди самото издаване на писмената покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание.

Непълен е регламентираният ред по чл. 76б от ЗЗО. **Не става ясно, първо,** какъв документ се съставя при установени от контролните органи случаи, когато лицето-обект на проверката е получил суми без правно основание, в резултат на извършено нарушение по ЗЗО или НРД, **второ** – има ли право лицето-обект на проверката да подаде писмено възражение по връчения протокол за неоснователно получени суми и до кого и **трето** – каква е процедурата по решаване на спора. Яснота по тези въпроси дават единствено разпоредбите на чл. 25, ал. ал. 1, 2, 3 и 4 от Инструкцията от 2016 г., издадена от управителя на Касата.

В ЗЗО **липсва правна регламентация** относно мястото на публикуване на ГОДНЗОК, каквато например има за публикуването на

интернет страницата на НЗОК на решенията на Надзорния съвет на Касата и протоколите от проведените й заседания (чл. 16, ал. 5 от ЗЗО). В резултат на това, на интернет страницата на НЗОК към 01.10.2020 г. са обявени само ГОДНЗОК за 2001 г., 2003 г., 2004 г., от 2006 г. до 2013 г., 2016 г. и 2017 г.

Установени са **пропуски и в анализирания НРД за медицинските дейности за 2017 г.** Същият **не урежда** съдържанието на всички възможни заповеди за възлагане на самостоятелни и съвместни проверки. Посочени са реквизитите на заповедта на управителя на НЗОК при проверки, извършвани от служители на НЗОК, както и на заповедта на управителя на НЗОК и на директора на РЗОК при съвместни проверки с участието на служители на НЗОК и РЗОК. **Не е регламентирано** обаче съдържанието на заповедта на управителя на НЗОК при проверки, извършвани от служители на РЗОК на територията на друга РЗОК, както и на директора на РЗОК при проверки, извършвани от служители на РЗОК на нейната територия, които са преобладаващия брой проверки. Яснота за останалите два вида заповеди дава Инструкцията от 2016 г.

В НРД за медицинските дейности за 2017 г. е разгледана една от двете възможни хипотези при връчване на протокола, съставен при установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО – срещу подпис на лицето-обект на проверката. **Не е регламентирана** обаче процедурата при отказ на изпълнителя да подпише протокола. Същата е включена в Инструкцията от 2016 г., издадена от управителя на НЗОК.

За маловажни случаи на нарушения е включена алтернатива за даване на предписание за отстраняване на съответното отклонение в определен срок, вместо да се налага наказание. **Не е определена** обаче процедурата, която се прилага в случаите на неизпълнение на даденото предписание, което го прави формален и неработещ механизъм за подобряване на осъществяваната дейност.

Разгледаните пропуски в НРД за медицинските дейности за 2017 г. са налице и при сега действащия НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

Анализът на правните норми в ПУДНЗОК от 2013 г. показа, че сред правомощията на дирекция ИМДП, както и на директора на РЗОК и създадената в негова помощ специализирана администрация, е осъществяването на „непосредствен контрол на изпълнители на медицинска и дентална помощ“. Непосредственият контрол е извън регламентираните със ЗЗО три вида контрол, които вече споменахме.

Прегледът на действащия към 01.10.2020 г. ПУДНЗОК от 2019 г., установи **прецизиране на този текст само в частта** на правомощията на ситуираната, на мястото на дирекция ИМДП, нова дирекция „Контрол, анализи и прогнози по дейността на задължителното здравно осигуряване“, но не и на директора на РЗОК и подпомагащата го специализирана администрация.

При извършения анализ на нормативното осигуряване на контрола от НЗОК, се налага изводът, че е създадена необходимата правна регламентация за осъществяване на контрола при заплащането на договорената и извършена дейност на изпълнителите на медицинска помощ, в т.ч. и ПИМП, въпреки установените пропуски и неточности в основния нормативен акт, уреждащ контрола от НЗОК - ЗЗО, НРД за медицинските дейности за 2017 г. и ПУДНЗОК от 2013 г. За постигане на по-прецизна и пълна нормативна уредба на контрола от НЗОК са направени съответните предложения с препоръки за промени (вж. раздел „Препоръки“).

2. АНАЛИЗ НА ГОДИШНИТЕ ОТЧЕТИ ЗА ДЕЙНОСТТА НА НЗОК ЗА ПЕТГОДИШЕН ПЕРИОД (2014-2018 г.)

ГОДНЗОК са единствените официални източници на публична информация за контрола по изпълнението на договорите за оказване на

ПИМП. Анализирани са ГОДНЗОК за последните пет години – от 2014 г. до 2018 г.

За постигане на максимална прозрачност при разходването на осигурения за здраве публичен ресурс, е необходимо оповестената информация за дейността на НЗОК, да бъде лесно достъпна, пълна, ясна и точна. Дали това е така за анализираните отчети?

Към 01.10.2010 г. на интернет страницата на НЗОК, в рубриката „За НЗОК“, са публикувани ГОДНЗОК за 2016 г. и 2017 г. (фиг. 12). Достъпът до останалите три отчета (за 2014 г., 2015 г. и 2018 г.) е свързан с **допълнителен времеви ресурс**. Всичките пет отчета могат да се намерят на интернет страницата на МС чрез търсене в регистър „Информационна система за правна информация на Министерския съвет“.

Фигура 12. Публичен достъп до ГОДНЗОК през периода от 2014 г. до 2018 г.

Прегледът на съдържанието на анализираните отчети, показва тяхната **идентична структура.** Резултатите от контрола в ПИМП са представени във функционално направление ИМДП. Направлението включва освен данни за ПИМП, също и за СИМП (в т.ч. МДД) и денталната помощ (ДП), което обяснява **обемното му съдържание** (82 страници за 2014 г., 40 – 2015 г., 72 – 2016 г., 70 – 2017 г. и 98 – 2018 г.).

Отчетните данни се отнасят за **календарна година** (от 1 януари до 31 декември). Характерна особеност на **2016 г.** са **двата обособени отчетни периода** – от 01.01.2016 г. до 31.03.2016 г. и от 01.04.2016 г. до 31.12.2016 г. Причината е в прилагането на нови условия и ред за осъществяване на контрол по изпълнението на договорите за оказване на медицинска помощ в съответствие с издадената през 2016 г. от управителя на НЗОК нова инструкция.

В съдържателно отношение, частта на ИМДП, включва множество количествени показатели. **Една част** от тях са представени, както **по видове изпълнители**, така **и общо за направлението** (брой сключени договори, брой извършени проверки). **Останалата част** обаче **не са детайлизирани по видове изпълнители на ИМП** (брой извършени нарушения, брой съставени АУАН и протоколи за неоснователно получени суми, суми за възстановяване по протоколи и др.).

По години, **броят на сключените договори с изпълнители на ПИМП** спрямо техния общ брой за ИМДП е:

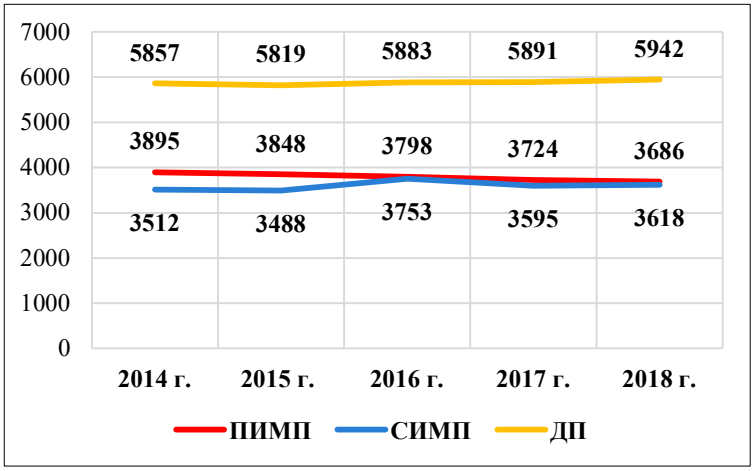
- за 2014 г. – 3 895 (29 %) от общо сключените 13 246 договора в ИМДП, в т.ч. 3 656 (94 %) в индивидуална практика и 239 (6 %) в групова практика;
- за 2015 г. – 3 848 (29 %) от общо сключените 13 155 договора в ИМДП, в т.ч. 3 610 (94 %) в индивидуална практика и 238 (6 %) в групова практика;
- за 2016 г. – 3 798 (28 %) от общо сключените 13 434 договора в ИМДП, в т.ч. 3 561 (93,76 %) в индивидуална практика, 236 (6,21 %) в групова практика и един (0,03 %) с лечебно заведение за БП по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ;
- за 2017 г. – 3 724 (28 %) от общо сключените 13 210 договора в ИМДП, в т.ч. 3 495 (93,85 %) в индивидуална практика, 228 (6,12 %) в

групова практика и един (0,03 %) с лечебно заведение за БП по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ;

- за 2018 г. – 3 686 (28 %) от общо сключените 13 246 договора в ИМДП, в т.ч. 3 458 (93,81 %) в индивидуална практика, 227 (6,16 %) в групова практика и един (0,03 %) с лечебно заведение за БП по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ;

Видно от представените данни, относителният дял на сключените договори с изпълнители на ПИМП спрямо общия им брой за направлението показва **слаб спад след 2015 г.** (от 29 % на 28 %). Впечатление прави и **запазеното съотношение** между сключените договори с изпълнители на ПИМП, упражняващи индивидуална практика спрямо изпълнителите, работещи в групова практика - 94 % към 6 %. Тревожен е обаче фактът, че техният брой **постепенно намалява** във времето (фиг. 13), за разлика от ДП, където от една страна техния брой е 1,5 пъти по-висок, а от друга в наблюдавания след 2015 г. ръст на техния брой. По този показател СИМП се отличава с колебания във времето, изразяващи се в последователно редуване след 2014 г. на спад и ръст. Техният относителен дял спрямо общия брой на сключените договори е близък до този на ПИМП .

Фигура 13. Брой на сключените договори по видове изпълнители на ИМДП през периода от 2014 г. до 2018 г.



Информация за прекратените от НЗОК договори с изпълнители на ПИМП има само за 2017 г. (три от общо десет договора за направлението, поради отчитане на дейност, която не е извършена). За 2014 г., 2015 г. и 2018 г. данните по този показател са обобщени, а за 2016 г. няма информация.

Средно за страната осигуреността с ОПЛ по години е, както следва:

- за 2014 г. – един лекар на 1 643 ЗОЛ. Най-висока е осигуреността в РЗОК-Плевен (един ОПЛ на 1 342 ЗОЛ), а най-ниска в РЗОК-Кърджали (един ОПЛ на 2 603 ЗОЛ).
- за 2015 г. – един лекар на 1 655 ЗОЛ, като се запазва най-високата и най-ниска осигуреност по РЗОК от 2014 г.;
- за 2016 г. – един лекар на 1 649 ЗОЛ, като промяна се наблюдава при показателя най-ниска осигуреност с ОПЛ. Първото място вече се пада на РЗОК-Разград (един ОПЛ на 2 682 ЗОЛ). В РЗОК-Плевен остава най-високата осигуреност на ЗОЛ с ОПЛ.
- за 2017 г. – един лекар на 1 692 ЗОЛ, което е по-малко спрямо данните за предходната година. Спадът в показателя се дължи основно на най-значителното за анализирания период намаление в броя на сключените договори с изпълнители на ПИМП (с 2 %). Запазва се тенденцията за най-висока осигуреност на ЗОЛ с ОПЛ в РЗОК-Плевен (един ОПЛ на 1 332 ЗОЛ), както и за най-ниска в РЗОК-Разград (един ОПЛ на 2 716 ЗОЛ).
- за 2018 г. – един лекар на 1 690 ЗОЛ, като най-високата осигуреност с ОПЛ отново е в РЗОК-Плевен (един ОПЛ на 1 339 ЗОЛ), а най-ниската в РЗОК–Разград (един ОПЛ на 2 710 ЗОЛ).

Посочените данни, налагат извода за **запазване на тенденцията на неравномерно осигуряване на ЗОЛ с ОПЛ**.

Интересни са данните за изпълнението на отчетените дейности в ПИМП, както по видове, така и по РЗОК, които обаче не са обект на настоящия анализ.

Важен етап при планирането и организацията на контролната дейност е определянето на **критериите за избор на обекти на контрол.** За анализирания период (без 2015 г.) посочените критерии са представени поотделно на ниво ИМП и ниво ДП (Приложения 1-4). Сред определените функционални задачи на контрола в ПИМП са: проверките за спазване на условията и реда при диспансерно наблюдение и профилактика на ЗОЛ; проверките на ОПЛ, реализирали превишение на отчетените брой СМД и стойност на МДД, както и най-високи приходи; проверките на ОПЛ, назначили медико-диагностични изследвания на ЗОЛ, които не са в пациентската им листа; проверките на ОПЛ с най-голям брой инцидентни посещения; непроверяваните изпълнители на ПИМП; проверките по жалби.

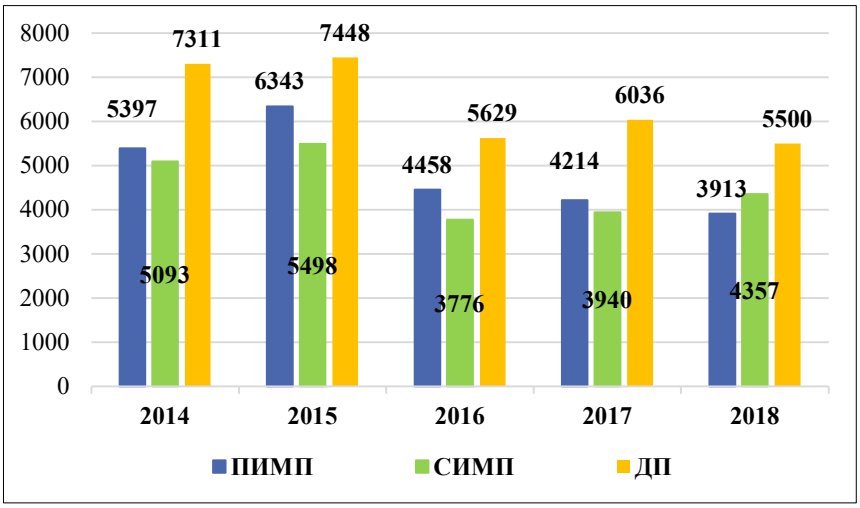
По години, **броят на извършените проверки в лечебни заведения за ПИМП** спрямо техния общ брой в ИМДП е, както следва:

- за 2014 г. – 5 397 (30,3 %) от общо 17 801 проверки;
- за 2015 г. – 6 343 (32,9 %) от общо 19 289 проверки;
- за 2016 г. – 4 458 (32,2 %) от общо 13 863 проверки. От тях 1 523 са извършени през периода от 01.01.2016 г. до 31.03.2016 г., а 2 935 през периода от 01.04.2016 г. до 31.12.2016 г.
- за 2017 г. – 4 214 (29,7 %) от общо 14 190 проверки;
- за 2018 г. – 3 913 (28,4 %) от общо 13 770 проверки.

Отчетните данни показват, че в ПИМП най-много проверки са извършени през 2015 г. (33 %). Техният брой е най-малък през 2018 г. (28 %). Приблизително еднакъв е относителният им дял през 2014 г. и 2017 г. (30 %). През 2016 г. е близо 1/3 от общия брой проверки в ИМДП.

Разпределението на общо извършените проверки в ИМДП по видове изпълнители за анализирания период е представено на Фигура 14.

Фигура 14. Разпределение на проверките от НЗОК по видове изпълнители на ИМДП през периода от 2014 г. до 2018 г.



Видно от Фигура 14, **за 2015 г.** имаме **ръст на проверките** и при трите вида изпълнители на ИМДП, с **изпреварващ темп** при ПИМП (от 17,5 %) и **всеобщ спад през 2016 г.**, който е най-голям при СИМП (от 31,3 %), следван от ПИМП (от 29,7 %). Вероятните причини за спада са нормативно въведените от 01.01.2016 г. нови видове контрол и правомощия на контролните органи, както и определените нови условия и ред за осъществяване на контрола по изпълнението на договорите за оказване на медицинска помощ, с Инструкцията от 2016 г. Данните за 2017 г. и 2018 г. сочат интересно противопоставяне на извършените проверки в ПИМП и СИМП – при ПИМП **тенденцията от 2016 г. (на спад) се запазва**, което обяснява минималния брой проверки през 2018 г., докато в СИМП броя на проверките се увеличава.

През периода от 01.01.2014 г. до 31.03.2016 г. разпределението на отчетените проверки в ПИМП, в частта на финансовите и медицинските проверки (табл. 4), **не отговаря на нормативно определената им класификация**. Наблюдава се **постепенно нарастване** на относителния дял на първия вид спрямо общия брой проверки в ПИМП (от 46,6 % на 48,9 %), а вторият вид проверки показва спад (от 31,9 % на 24,1 %). След

01.04.2016 г. отчетените проверки съответстват на определените видове в Инструкцията от 2016 г. Логично, самостоятелните проверки от РЗОК са **значително повече** в сравнение със самостоятелните и съвместните проверки с НЗОК.

Таблица 4. Разпределение на проверките в ПИМП по вид спрямо общо извършените проверки в ИМДП през периода от 2014 г. до 2018 г.

Вид на проверката	2014 г.	2015 г.	2016 г.		2017 г.	2018 г.
			01.01.-31.03.	01.04.-31.12.		
1	2	3	4	5	6	7
Финансови	2 517	3 003	745	x	x	x
Медицински	1 719	1 935	368	x	x	x
По сигнали и жалби	269	265	101	x	x	x
Съвместни проверки с участието на НЗОК	890	1 139	309	389	605	420
Съвместни проверки с други институции	2	1	0	x	x	x
Самостоятелни проверки от НЗОК	x	x	x	0	23	247
Самостоятелни проверки от РЗОК	x	x	x	2 546	3 586*	3 246*
Общ брой проверки в ПИМП	**5 397**	**6 343**	**1 523**	**2 935**	**4 214**	**3 913**
Общ брой проверки в ИМДП	**17 801**	**19 289**	**13 863**		**14 190**	**13 770**
Легенда: * собствени изчисления						

Резултатите от контролната дейност са представени на ниво ИМДП, без да са детайлизирани по видове изпълнители (табл. 5).

Таблица 5. Резултати от контролната дейност в ИМДП през периода 2014-2018 г.

Показатели	2014 г.	2015 г.	2016 г.		2017 г.	2018 г.
			01.03-31.03.	01.04-31.12.		
1	2	3	4	5	6	7
Брой извършени нарушения от изпълнители на ИМДП	19 001	21 361	4 628	10 454	20 281	12 612
Брой съставени АУАН	9 280	9 722	2 357	1 214	135	101
Брой съставени протоколи за неоснователно получени суми	7 684	*	2 146	4 750	6 581	5 716
Суми за възстановяване по протоколи (лв.)	1 467 841	2 545 085	217 187	1 029 112	869 811	717 670
Наложена санкция по ЗАНН в диапазона от/до (лв.)	1 000 360/ 2 383 600	1 119 820/ 2 707 500	254 270/ 612 500	538 660/ 1 355 350	1 039 450/ 2 895 950	957 650/ 2 833 100
Наложени санкции с наказателни постановления по ЗАНН (лв.)	1 066 605	1 188 800	251 819	570 150	1 072 706	*
Легенда: * без данни в ГОДНЗОК						

Констатираните при проверките нарушения са поотделно представени на ниво ИМП (табл. 6) и ниво ДП. Причината за обобщените данни за ИМП е предвид факта, че при някои от извършените проверки в ПИМП и СИМП се прилагат единни критерии за избор на обекти на контрол.

Таблица 6. Най-често срещаните нарушения в ИМП през периода 2014-2018 г.

Вид нарушение - (бр.)	**2014 г.**	**2015 г.**	**2016 г.**	**2017 г.**	**2018 г.**
1	2	3	4	5	6
Нарушение на договорените по вид и обем медицински дейности и изследвания във връзка с диспансерно наблюдение на ЗОЛ над 18 год.	2 732	2 656	2 150	2 703	2 515
Нарушение на договорените по вид и обем медицински дейности и изследвания във връзка с изпълнение на програма „Детско здравеопазване"	530	903	620	1 032	1 038
Нарушения на условията и реда за оказване на медицинска помощ по програма „Майчино здравеопазване" на ЗОЛ.				176	29
Нарушение на договорените по вид и обем медицински дейности и изследвания във връзка с профилактика на ЗОЛ над 18 г. при ОПЛ или профилактика при рискови групи при специалист	333	538	*	880	402
Нарушение при извършване на задължителни имунизации и реимунизации на ЗОЛ над 18 г.				1	12
Нарушение на установените изисквания за работа с медицинска документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка	4 569	5 338	4 158	5 332	6 470
Нарушаване на изискванията за предоставяне на информация по чл. 64а от ЗЗО (обявяване на общодостъпни места в сградата на лечебното заведение на изискуемата по закон информация)	761	630	*	*	*
Контрол по изпълнение на възложените брой СМД и стойност на назначените МДД извън разрешените надвишения, и задължението за компенсиране, съгласно „Правила за реда за определяне на броя на СМД и стойността на МДД“	591	*	*	*	*
Получени суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по чл. 76а от ЗЗО.	*	2 008	865	*	*
Получени суми без правно основание в резултат на извършено нарушение по чл. 76б от ЗЗО.	*	*	1 317	*	*
Легенда: * без данни в ГОДНЗОК					

Видно от Таблица 6, сред най-често срещаните нарушения в ИМП са неспазването на нормативно определените изисквания за водене на медицинска документация, както и на условията и реда за оказване на медицинска помощ по диспансерно наблюдение на ЗОЛ.

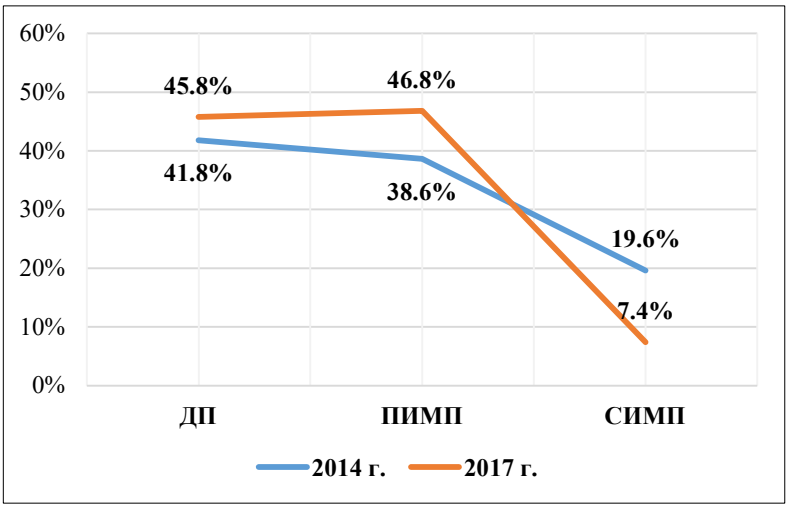
Отчетните данни дават информация и за **РЗОК с най-голям брой извършени проверки и най-много констатирани нарушения** (табл. 7).

Таблица 7. РЗОК с най-голям брой извършени проверки и най-много констатирани нарушения през периода от 2014 г. до 2018 г.

Показатели	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
1	2	3	4	5	6
РЗОК с най-голям брой проверки	Пловдив София-град Пазарджик	Пловдив София-град Варна	Пловдив Плевен Благоевград	Пловдив Плевен Благоевград	Пловдив Плевен Благоевград
РЗОК с най-много нарушения	Пловдив Ловеч Варна	Пловдив Ловеч Хасково	Пловдив Благоевград Плевен	Пловдив Плевен Благоевград	Пловдив Плевен Благоевград

Изключение от общо отчетените резултати от контролната дейност, са представените данни за 2014 г. и 2017 г. с наложени глоби и санкции по видове изпълнители в ИМДП (фиг. 15). През 2014 г. първенец е ДП (42 %), следвана от ПИМП (39 %) и СИМП (19 %). През 2017 г. с най-висок относителен дял вече са наложените глоби и санкции в ПИМП (47 %), следвана от ДП (46 %) и СИМП (7 %).

Фигура 15. Разпределение на наложените глоби и санкции в ИМДП за 2014 г. и 2017 г.



Конкретни отчетни данни има и за някои от извършените тематични проверки в ПИМП:

- проверките в лечебни заведения за ПИМП, реализирали превишение на броя на СМД и стойността на МДД през първото шестмесечие на 2017 г., показват ръст от 9 % спрямо техния брой през първото шестмесечие на 2016 г. (164 спрямо 150). Ръст от 28 % се наблюдава и в размера на установените за възстановяване неоснователно получени суми (107 842 лв. спрямо 84 129 лв.). Отчетената сума за възстановяване от предстоящи проверки на 54 лечебни заведения за ПИМП нараства близо 6 пъти (50 774 лв. спрямо 8 640 лв., за които обаче не е отбелязан броя на предстоящите за проверка лечебни заведения за ПИМП). За 2018 г. отчетните данни са за календарна година. Според данните, проверените лечебни заведения за ПИМП, реализирали превишение на броя на СМД и стойността на МДД са 307. Установените за възстановяване неоснователно получени суми са в размер на 223 184 лв. Данните за предстоящи проверки са за 139 лечебни заведения за ПИМП, а подлежащите на възстановяване суми са на обща стойност 105 321 лв.

- през 2017 г. са проверени 142 лечебни заведения за ПИМП относно спазването на нормативните изисквания по програма „Детско здравеопазване“ и осъществяването на имунопрофилактика. От проверените 8 469 здравни досиета, нарушения са установени при 0,6 % от тях (52 ЗОЛ). Не са констатирани нарушения при имунопрофилактиката. Установени са обаче други 220 нарушения на клаузи от договорите за оказване на ПИМП, за които са изготвени и връчени протоколи. Наложените санкции са в размер от 13 600 лв. до 39 500 лв. Установените при проверките неоснователно получени суми са за 1 168 лв.

- през 2018 г. са проверени 420 лечебни заведения за ПИМП относно спазването на нормативните изисквания при профилактиката на ЗОЛ над 18-годишна възраст. При 85 % от проверените 431 ОПЛ са

установени нарушения. Наложените санкции са в диапазона от 74 050 лв. до 220 850 лв. Установените за възстановяване неоснователно получени суми са в размер на 9 268 лв.

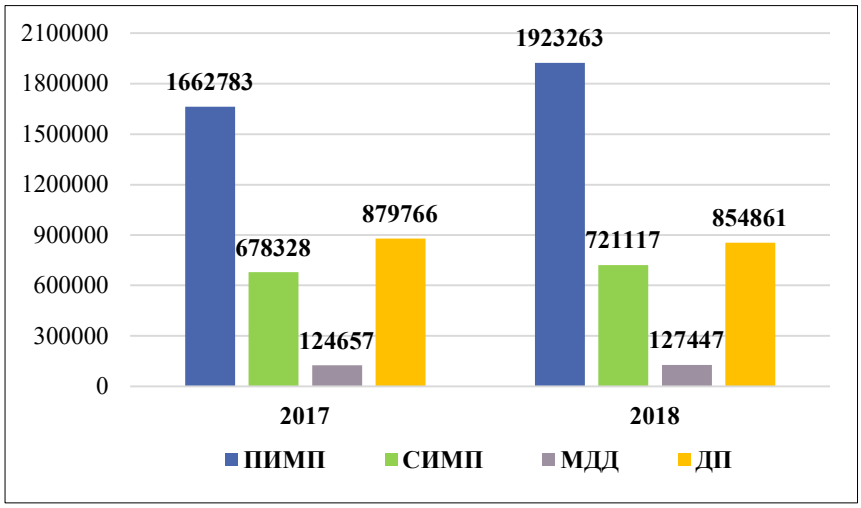
Във връзка с възстановяване през 2015 г. на института на арбитража, отчетите за 2016 г., 2017 г. и 2018 г. включват информация и за **резултатите от оспорените констатации, отнесени за разглеждане от арбитражна комисия**. Същите обаче са общо представени, като за 2016 г. са обобщени на ниво ИМП (ПИМП и СИМП), а за 2017 г. и 2018 г. на ниво ИМДП (ПИМП, СИМП и ДП). По данни от ГОДНЗОК за 2016 г., арбитражните комисии реално започват да функционират едва от 01.04.2016 г. Причината за това забавяне е в закъснялото сформиране на арбитражни комисии в една част от РЗОК, поради непредставяне на представители от страна на БЛС.

Въпреки напредъка с автоматизацията на процесите по отчитане и контрол на оказаната от изпълнителите медицинска помощ, **до края на 2017 г. липсваше информация** за упражнения предварителен контрол в ПИМП. За разлика от ПИМП, резултатите от предварителния контрол в БМП са публично достъпни от 2010 г.

За първи път **данни за предварителния контрол в ПИМП** са оповестени с ГОДНЗОК за 2018 г. Отчетът съдържа информация и за останалите видове изпълнители в ИМДП, както и данни за предходната година, което дава възможност за сравнителен анализ на резултатите.

Анализът на отчетните данни показва запазена структура на отхвърлените за заплащане дейности в ИМДП през 2018 г. спрямо 2017 г. (фиг. 16). С **най-висок относителен дял** са отпадналите дейности в ПИМП (53 %). На второ място се нарежда ДП (24 %), следвана от СИМП (19,9 %) и МДД (3,5 %).

Фигура 16. Отхвърлени за заплащане, след предварителен контрол, дейности в ПИМП, СИМП, МДД и ДП за 2017 г. и 2018 г.



Видно от Фигура 16, за 2018 г. се наблюдава ръст на стойността на отхвърлените за заплащане дейности и при трите вида изпълнители на ИМП (ПИМП, СИМП и МДД) в сравнение с 2017 г. Обратна е тенденция при ДП, която изразява спад на отпадналите за заплащане дейности.

Най-значително е нарастването в ПИМП (с 15,7 %). Този неблагоприятен за ОПЛ резултат се дължи на ръста в броя на отпадналите за заплащане прегледи през 2018 г. спрямо 2017 г. (с 11,6 %), както и на покачването на цените от 01.04.2018 г. на девет от общо 12 видове дейности с НРД за медицинските дейности за 2018 г.

Ръстът на отхвърлените за заплащане дейности в ПИМП през 2018 г. **се дължи основно** на значителното нарастване на броя на отхвърлените годишни профилактични прегледи на лица над 18-годишна възраст (с 59,2 %), което е вероятната причина за извършената през 2018 г. тематична проверка (табл. 8). По-високи стойности се наблюдават и при броя на отхвърлените прегледи при инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони (със 7,8 %), диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване (с 3,8 %) и с повече от две заболявания (с 0,3 %). Отхвърлени прегледи има и при договорената от 01.04.2018 г. нова дейност в ПИМП,

свързана с профилактиката за лица над 18-годишна възраст – „Вторични профилактични прегледи на лица, включени в група с рискови фактори за развитие на заболяване“ (3 028).

Таблица 8. Структура на общо отпадналите за заплащане, след предварителен контрол, дейности в ПИМП за 2017 г. и 2018 г.

Видове дейности в ПИМП	Отхвърлени прегледи (бр.)		% изменение	Отхвърлени суми (лв.)		% изменение
	2017 г.	2018 г.		2017 г.	2018 г.	
ПП за лица от 0 до 1 г.	8 383	7 594	-9.4	86 982.00	85 542.50	-1.7
ПП за лица от 1 до 2 г.	2 297	2 152	-6.3	21 545.00	22 031.50	**2.3**
ПП за лица от 2 до 7 г.	6 561	6 376	-2.8	61 518.50	62 980.00	**2.4**
ПП за лица от 7 до 18 г.	10 392	9 435	-9.2	93 537.00	84 915.00	-9.2
Зад. имунизации и реимунизации на лица от 0 до 18 г.	1 261	999	-20.8	5 674.50	5 568.00	-1.9
Дейност по програма „Майчино здравеопазване“	3 633	3 030	-16.6	25 431.00	25 488.00	**0.2**
Прегледи по ДН на ЗОЛ с една диагноза/едно заболяване	49 562	51 449	**3.8**	471 304.50	489 561.90	**3.9**
Прегледи по ДН на ЗОЛ с повече от една диагноза/две заболявания	24 951	23 792	-4.6	284 441.40	289 521.80	**1.8**
Прегледи по ДН на ЗОЛ с повече от две заболявания	17 875	17 921	**0.3**	237 737.50	241 133.10	**1.4**
Годишни ПП на лица над 18 г.	29 865	47 555	**59.2**	358 392.00	570 624.00	**59.2**
Вторични ПП на лица, вкл. в група с рискови фактори за развитие на заболяване		3 028			27 252.00	
Имунизации на лица над 18 г.	2 651	2 398	-9.5	11 929.50	11 761.00	-1.4
Инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони	779	840	**7.8**	4 290.00	6 884.50	**60.5**
ОБЩО:	**158 210**	**176 569**	**11.6**	**1 662 782.90**	**1 923 263.30**	**15.7**

Легенда: ПП - профилактични прегледи; ДН - диспансерно наблюдение

В ГОДНЗОК за 2018 г. **няма информация** за оспорени от изпълнители на ПИМП отхвърлени за заплащане дейности.

Не на последно място по важност, отчетните данни за 2017 г. и 2018 г. дават информация и за поддържаните от дирекция ИМДП **електронни регистри** (Приложение 5). Тяхната основна цел е създаване на по-добра организация при осъществяване на контролната дейност от Касата, както и подобряване на упражнявания текущ оперативен контрол по изпълнението на договорите за оказване на ИМП и ДП. Сред тях са: списък на резултатите

от контролната дейност в РЗОК за ИМДП; списък/регистър на медико-статистическа информация на тримесечия по РЗОК, по видове дейности в ПИМП, СИМП и медико-диагностични изследвания, на отчетена и заплатена на лечебните заведения ИМП, списък на жалбите срещу писмени покани на директорите на РЗОК за възстановяване на суми, получени без правно основание и други.

3. АНАЛИЗ НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ ИНФОРМАЦИОННИ СИСТЕМИ В ПИМП ЗА ЦЕЛИТЕ НА КОНТРОЛА

Управлението на практиката за ПМП, както вече отбелязахме, е сложен и динамичен процес. Собственикът на индивидуалната практика или управителят на груповата практика, наред с пряката си дейност (медицинската) извършва и значителна по обем немедицинска дейност (организация на работата, съобразно потребностите на пациента; осигуряване и оптимално използване на разполагаемите ресурси; документиране и отчитане на извършената дейност в съответствие с нормативните изисквания и др.). С други думи казано, дейността на практиката за ПМП „се отличава с комплексен и дълготраен характер. В работата на ОПЛ се събира информация за минали и настоящи здравни проблеми на пациентите, за здравните рискове, за извършените здравни дейности и за планираните действия за подобряване на здравето на пациентите“ (Р. Златанова-Великова и колектив, 2015).

Крайният резултат е значителен информационен поток, който ОПЛ трябва ежедневно ефективно да управлява. Задължението за ежемесечно отчитане на оказаната ПИМП пред НЗОК, поставя пред ОПЛ и важната задача за обобщаване на натрупаната през месеца, значителна по обем, информация.

Широкото навлизане и постоянна еволюция на информационните технологии във всички сфери на дейност, както и възникналата

необходимост от намаляване на административната тежест върху ОПЛ, наложиха разработването и внедряването на медицински информационни системи с цел подпомагане на тяхната дейност.

През 2001 г., на интернет страницата на НЗОК, е публикувано описание на интерфейса на информационната система, която Касата използва за управление на исковете за възстановяване на разходите на изпълнителите на медицинска помощ, в т.ч. и ПИМП. По този начин бяха привлечени фирми-доставчици, специализирани в областта на проектирането, разработването и внедряването на медицински софтуери. В резултат на това, на пазара се появиха и **първите медицински софтуери за ОПЛ**. Сред тях са, лицензираните от НЗОК, **„EMS-GPSoft“** на „Данина Г“ ООД, гр. Пловдив и **„Хипократ GP“** на „Контракс“ ЕАД, гр. София.

Тяхното развитие е белязано с извършените през годините промени в нормативната база, уреждащи обхвата на оказваната ПИМП и контрола от НЗОК. При това, съществено влияние оказаха и самите потребители – ОПЛ, с поставените пред фирмите разработчици изисквания за оптимизиране на медицинските софтуери за ОПЛ.

Към настоящия момент, освен споменатите вече медицински софтуери за ОПЛ – „EMS-GPSoft“ и „Хипократ GP“, се предлагат и редица други, като: **„Нисет-ОПЛ“** на „Нисет“ ООД, гр. Пловдив, **„BetaGP“** на „Брайт ИТ“ ЕООД, гр. Варна, **„Bon Art MC System“** на „Бон Арт“ ООД, гр. Варна, **„Global Medics“** на „Глобъл Систем Сълюшън“ ООД, гр. София, **GMP-HT“** (Good Medical Practice HT Manager) на ЕТ „КОМП-Д Пламен Шотеков“, гр. Троян, **„GP Tool“** на „Сайбър Лаб“ ЕООД, гр. Пловдив, **„Medical“** на „Лабиринт 05“ ЕООД, гр. Бургас, **„MediSoft-GP“** на „МедиСофт“, гр. Пловдив**, „Nurse“** на „Рескю Софт“ ООД, гр. Пазарджик и други.

Основните предимства на медицинските софтуери за ОПЛ произтичат от техните функционални възможности, които **най-общо можем да обобщим в следните три направления:**

- **автоматизация на процеса по документиране на извършените прегледи** – положителните страни на тази автоматизация са във възможността за:

✓ бързо и лесно издаване на първични медицински документи и други документи (амбулаторен лист, медицинско направление, направление за МДД, здравно-профилактична карта, медицински бележки);

✓ многократно използване на въведени вече данни за пациент;

✓ автоматична проверка на здравноосигурителния статус на пациент в НАП или на пенсионния статус в НОИ;

✓ въвеждане на данни от предварително въведени номенклатури, с които работи ОПЛ (МКБ 10, Лекарствен списък на НЗОК, изследвания, манипулации, диагнози по регистри);

✓ автоматично изпращане в НОИ на издадените болнични листове.

При първото направление, действащ контролен механизъм е уведомяване на ОПЛ със съобщение при неспазване на нормативните изисквания за изписване на медикаменти. Наличие на текст „Отпечатани“ отхвърля съмненията при издаване на първичен документ (амбулаторен лист, медицинско направление, направление за медико-диагностична дейност и др.).

- **автоматизация на процеса по отчитане на извършената през месеца дейност** – основните предимства на тази функционалност се свеждат до:

✓ автоматично генериране и подаване на месечни електронни отчети до НЗОК (отчет за извършена дейност на ЗОЛ, месечен отчет за включени в регистъра на изпълнителя на ПИМП ЗОЛ, месечен отчет на

„Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“, месечен финансов отчет за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО за смета на държавния бюджет);

✓ автоматично подаване на сканирани регистрационни форми за избор на ОПЛ;

✓ автоматично получаване на нотификация от Интегрираната информационна система на НЗОК при допуснати грешки;

✓ автоматично получаване на месечно известие с одобрената или отхвърлена за заплащане дейност и основанията за отхвърлянето й;

✓ автоматично получаване на „Известие след контрол“ при подадено и разгледано от НЗОК възражение относно отхвърлена за заплащане дейност;

✓ автоматично подаване на финансово-отчетни документи за заплащане на одобрена дейност (фактури с дебитни или кредитни известия към тях).

- **автоматизация на процеса по управление и контрол на лекарската практика** – включва следните основни предимства:

✓ възможност за водене на електронно досие за всеки пациент, което включва всички направени за него електронни записи. Чрез него ОПЛ може да получи „много по-бързо точна и ясна представа за състоянието на пациента, информация от предишни прегледи, консултации, изследвания, назначавана терапия и резултати от провеждани лечения, пълен медико-социален статус“ (Попов Н. и колектив, 2015). Сред предимствата на обработката на електронните записи са: бърз достъп до важна клинична информация; пълнота относно информацията за болестите и лечението на пациента от раждането до смъртта му; възможност за представяне на данните според изискванията и желанията на потребителя; намалени разходи за хартия, съхраняване, индексиране и разпространяване на

записите; автоматична проверка и валидизиране на въвежданите данни (Иванов Г. и колектив, 2012).

✓ водене на електронно диспансерно досие и на регистри по програми „Детско здравеопазване“ и „Майчино здравеопазване“;

✓ получаване на известия за автоматично обновяване при наличие на актуализации на медицинския софтуер;

✓ водене на график за организиране и планиране на работното време на кабинета.

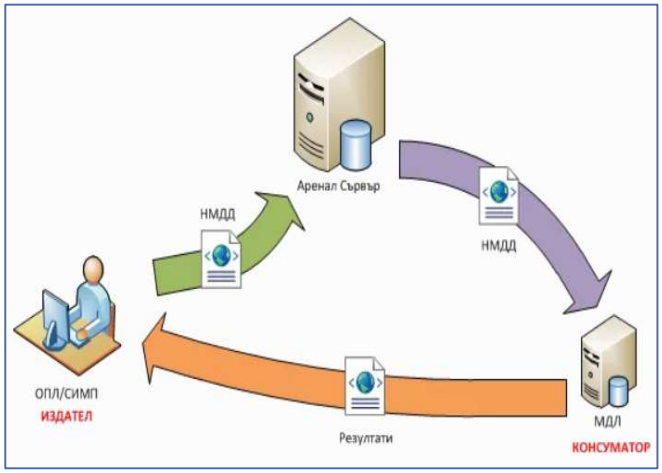
В помощ на контрола, упражняван от ОПЛ, са напомнянията от софтуера за неизвършени профилактични или диспансерни прегледи, задължителни имунизации, както и възможността за следене на изразходените регулативни стандарти с предупреждение при превишаване.

От началото на 2018 г. „Хипократ GP“ добави **нова функционалност** чрез достъп до системата Аренал.

Аренал представлява национален приложен сървър за сигурен и надежден обмен на данни, който осигурява свързаност между софтуера на издатели и консуматори на направления за медико-диагностични дейности, който е в реална експлоатация от 2016 г. (http://awp.skyware-group.com/).

Схемата на работа на системата Аренал се свежда до автоматично качване чрез интернет на издадените от ОПЛ направления за МДД в облачен сървър, наречен Аренал (фиг. 17). При явяване на пациента в медико-диагностичната лаборатория, участник в системата Аренал, софтуерът на участника извлича автоматично данните от направлението, като оставя следа за това. По този начин се избягва повторно въвеждане на данни от направлението. Валидираните от лабораторния лекар резултати стават достъпни за прочитане през интернет от ОПЛ-издател на направлението.

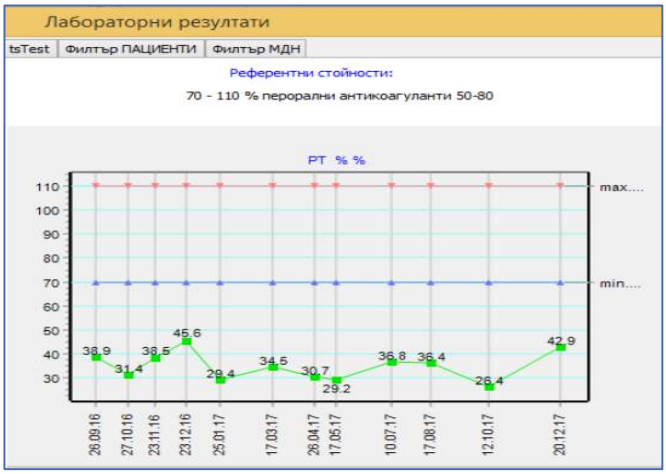
Фигура 17. **Схема на работа на системата Аренал**



Източник: http://awp.skyware-group.com/

Предимството на тази нова функционалност е, че наличните резултати могат да се изтеглят от ОПЛ и да се запишат автоматично в електронното досие на пациента. Програмата позволява графично визуализиране на резултатите от лабораторни изследвания в хронологичен ред за проследяване на ефекта от проведената терапия на пациента (фиг. 18).

Фигура 18. Графична визуализация на лабораторни резултати във времеви интервал



Източник: www.kontrax.bg

За да бъдат използвани всички предлагани от медицинските софтуери функционални възможности, ОПЛ трябва да имат достатъчни познания в областта на информационните технологии. Според проучване на Р. Златанова-Великова и Т. Златанова, проведено през 2015 г. сред 93 ОПЛ в София, най-голяма част от анкетираните ОПЛ (44,1 %) считат, че им е **необходима допълнителна квалификация в областта на информационните технологии** (Попов Н. и колектив, 2015). Посоченото налага **извода**, направен и при проучването, че информационните технологии не са достатъчно застъпени в учебния план за специализация по обща медицина, което поражда необходимостта от тяхното включване в отделен модул „Информационни технологии в здравеопазването".

4. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ

Проучено е мнението на **311 ОПЛ в София и страната**, сключили договор с НЗОК за оказване на ПИМП.

Чрез анкетна карта на всички тях са зададени въпроси, касаещи демографския им профил, вид и местонахождение на практиката за ПМП, квалификация, професионален опит. Потърсено е и тяхното мнение относно нагласа и отношение към контрола на НЗОК, предприети действия при отхвърлени за заплащане дейности и наложени санкции, влияние на дадените от НЗОК препоръки (при наличие), степен на познаване на използвания медицински софтуер, осигуряване на законосъобразно и ефективно разходване на нормативно определените средства за ПИМП.

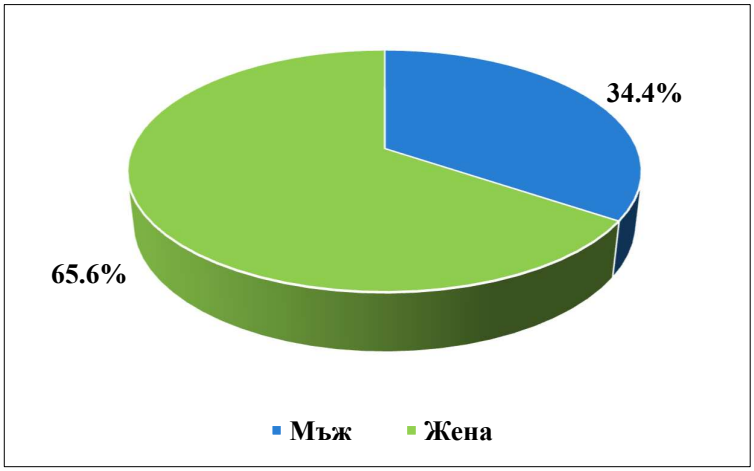
Обявеното на 13.03.2020 г. извънредно положение в България и въведените мерки за социална изолация с цел предпазване, ограничаване и преодоляване на последиците от пандемията от COVID-19, наложи създаването и разпространението на онлайн анкетна карта (чрез Google Forms), идентична на първоначалния й хартиен вариант. Логично, над 2/3 от

респондентите (68 %) са дали своите отговори онлайн, а останалата част (32 %) са попълнили хартиения носител на анкетната карта.

Анкетното проучване е проведено през периода **от 22.02.2020 г. до 31.08.2020 г.**

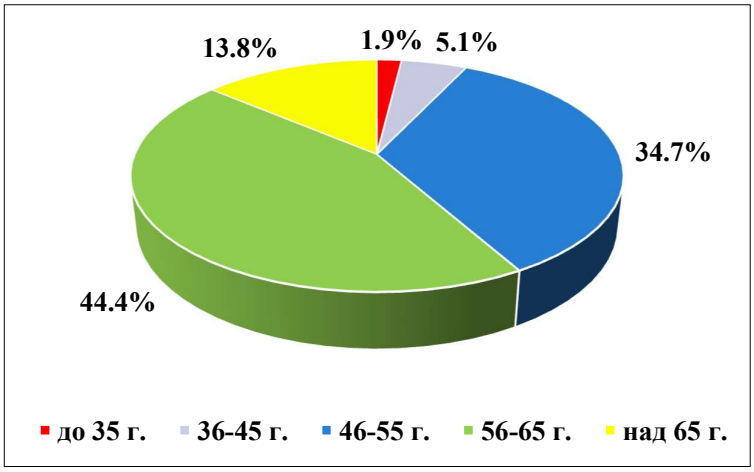
От общо анкетираните ОПЛ, близо 2/3 са жени (66 %) (фиг. 19). Изненадващ е относителният дял на мъжете, участници в проучването (34 %), предвид факта, че „секторът на здравеопазването продължава да е силно феминизиран: четирима от всеки пет работещи в този сектор са жени“ (Златанова Т., Ц. Воденичаров, А. Кехайов, 2019).

Фигура 19. Разпределение на участниците по пол (относителен дял)



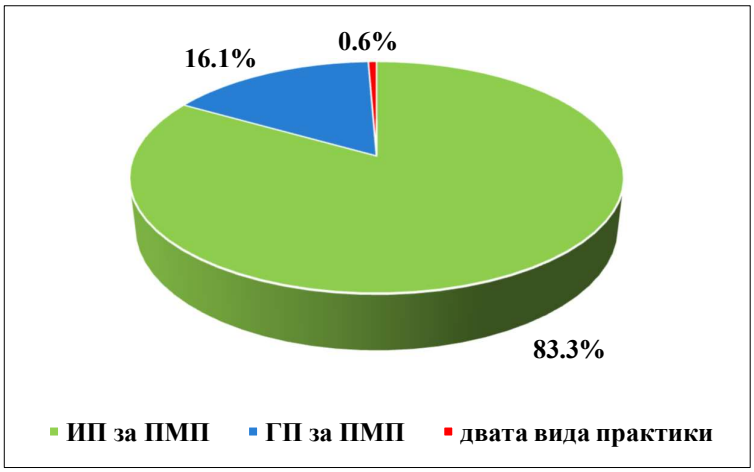
Потвърждава се наблюдаваната през последните години трайна **тенденция на застаряване на ОПЛ**. Преобладаващата част от анкетираните ОПЛ (44 %) попадат във възрастовата група „56-65 г.“ (фиг. 20). На второ място се нареждат участниците на възраст „46-55 г.“ (35 %), следвани от лицата „над 65 г.“ (14 %) и тези в диапазона „36-45 г.“ (5 %). Най-малка е групата на ОПЛ на възраст „до 35 г.“ (2 %).

Фигура 20. Възрастово разпределение на участниците (относителен дял)



Преобладаващият у нас брой на **индивидуалните практики за ПМП**, обяснява достигнатия при проучването **значителен относителен дял** на този вид практики (83 %) (фиг. 21). В групови практики работят 16 % от анкетираните ОПЛ, а под 1 % (2-ма ОПЛ) работят и в двата вида практики.

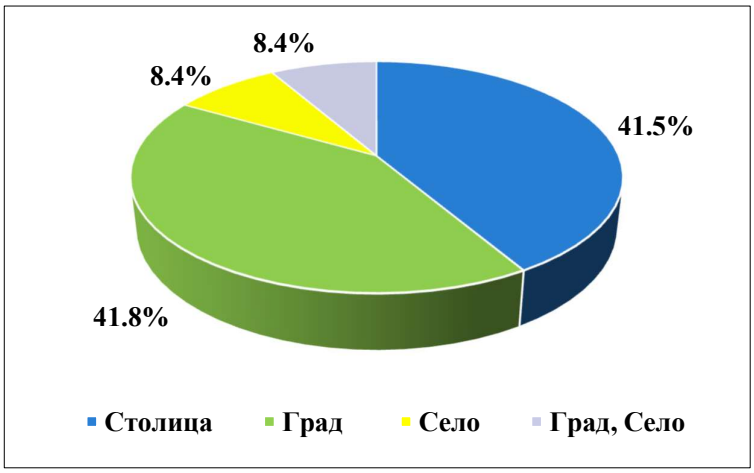
Фигура 21. Разпределение на участниците според вида на практиката за ПМП (относителен дял)



Според местонахождението на практиката на анкетираните ОПЛ, са обособени четири отделни групи. С приблизително еднакъв относителен дял – 42 %, са респондентите с установена практика за ПМП в столицата и градове от страната (фиг. 22). Разликата между тях е само една бройка, в

полза на ОПЛ, обслужващи градското население. Равномерно са разпределени и останалите две групи ОПЛ. От една страна са практиките на ОПЛ, с местонахождение в села от страната (8 %), а от друга тези покриващи едновременно и селското, и градско население на страната (8 %).

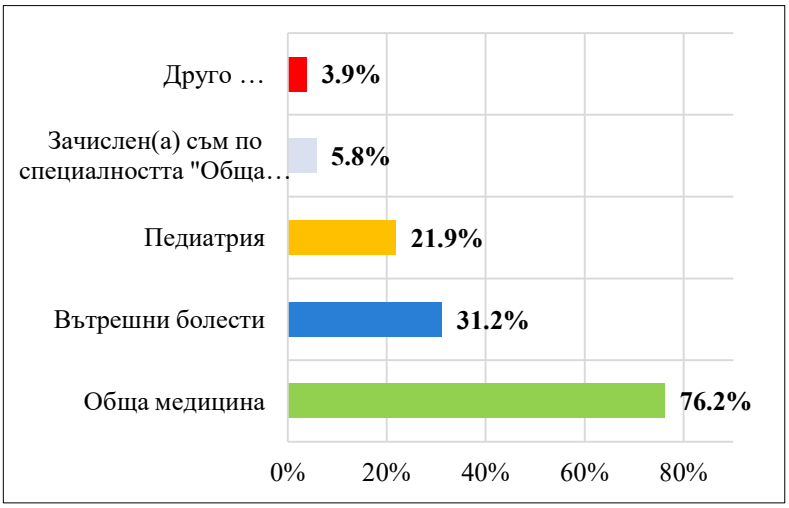
Фигура 22. Разпределение на участниците според местонахождението на практиката за ПМП (относителен дял)



По отношение на професионалната квалификация на анкетираните ОПЛ (фиг. 23), 76 % от тях имат специалност по обща медицина, 31 % - специалност по вътрешни болести, 22 % - специалност по детски болести (педиатрия), 6 % са зачислени за специализация по обща медицина, а 4 % са вписали „друга специалност“ (хигиена на детско-юношеската възраст, ушно-носно-гърлени болести, хранене и диетика, детска ревмокардиология, физиотерапия, нефрология, социална медицина и здравен мениджмънт, трудова медицина, дерматология и венерология, хомеопатия).

Общата стойност на относителните дялове надхвърля 100 %, тъй като има участници отбелязали повече от един възможен отговор (фиг. 23).

Фигура 23. Разпределение на участниците според придобитата специалност (относителен дял)

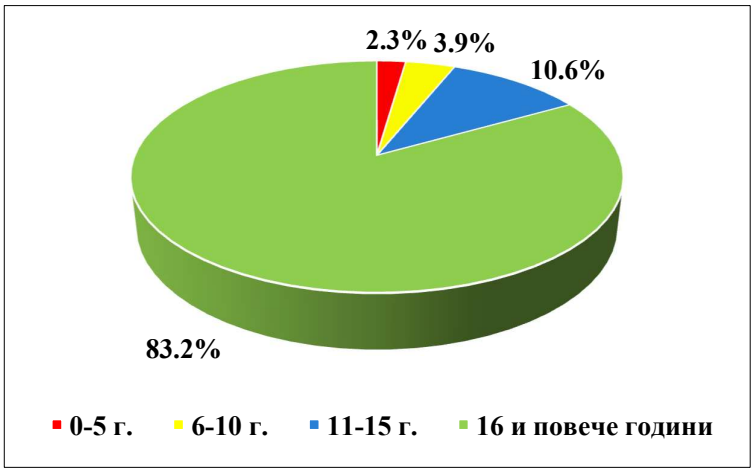


Само със специалност по обща медицина са 42 % от участниците. С две и повече специалности, едната от които по обща медицина, са 1/3 (34 %) от общо анкетираните ОПЛ.

Въпреки регламентираната със ЗЛЗ възможност – лекари с придобита специалност по вътрешни болести и детски болести (педиатрия), да могат да осъществяват индивидуална или групова практика за ПМП, без да придобиват специалност по обща медицина, близо 2/3 (61 %) от общия им брой (165 ОПЛ) са отбелязали и друга придобита професионална квалификация, а при 6 % е изразено желанието за повишаване на квалификацията чрез зачисляване за специализация по обща медицина.

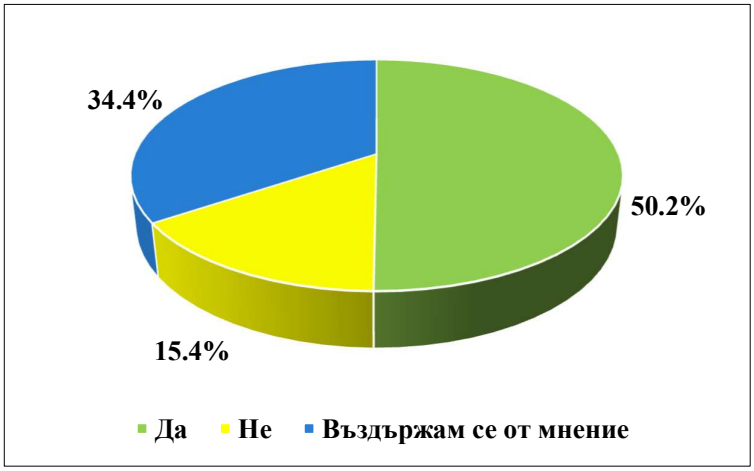
По отношение на професионалния стаж на респондентите (фиг. 24), най-висок е относителният дял на участниците отбелязали „16 и повече години“ (83%). На второ място са тези с натрупан професионален опит „11-15 г.“ (11 %), следвани от ОПЛ със стаж „6-10 г.“ (4 %). Едва 2 % от анкетираните са със стаж „0-5 г.“. От представените резултати можем да направим **извода**, че преобладаващата част от анкетираните ОПЛ (94 %) са изразили своете мнение на база дългогодишното си (над 10 години) партньорство с НЗОК.

Фигура 24. Разпределение на участниците според стажа като ОПЛ (относителен дял)



Проучена е **нагласата на ОПЛ към контрола от НЗОК**. Тревожни са данните, които показват, че само половината от анкетираните лица считат, че такъв контрол е необходим (фиг. 25). Над 1/3 от ОПЛ (34 %) се въздържат от мнение, което говори по-скоро за негативна нагласа, а 1/6 категорично отхвърлят нуждата от такъв (16 %).

Фигура 25. Разпределение на отговорите на въпроса „Според Вас, необходим ли е контрол от НЗОК по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП?“ (относителен дял)



Установява се статистически значима връзка между професионалния стаж на анкетираните ОПЛ и тяхното мнение относно необходимостта от такъв контрол (p=0,001). Резултатите от двустранния тест показват обратна зависимост – с натрупването на професионален опит се наблюдава спад в положителната нагласа към контрола от НЗОК (табл. 9). Налага се **изводът**, че е необходимо предприемане на действия в посока оптимизиране на контрола от НЗОК, за издигане авторитета на контролната институция пред изпълнителите на ПИМП.

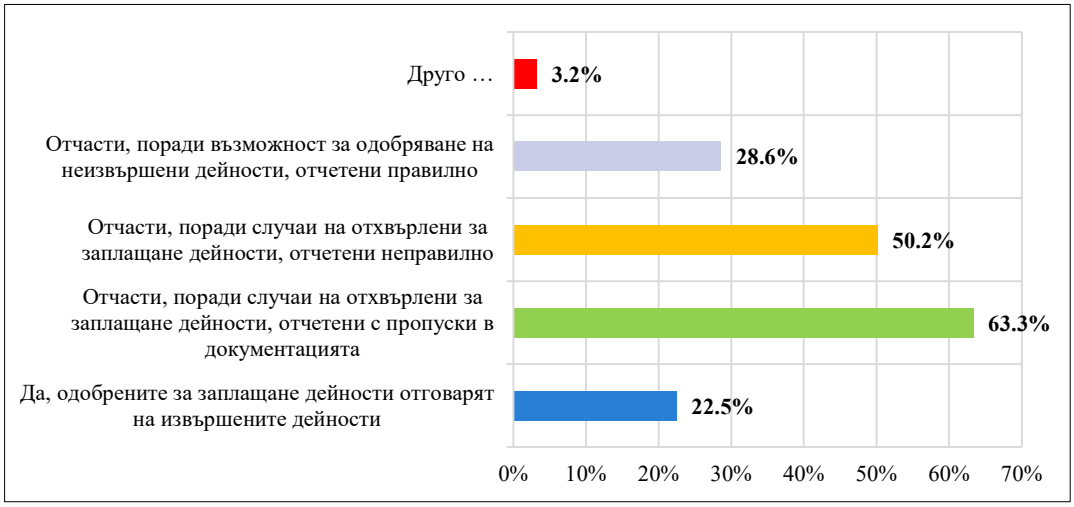
Таблица 9. Зависимост между мнението относно необходимостта от контрол от НЗОК и професионалния стаж на анкетираните ОПЛ

Критерий / Въпрос		Според Вас, необходим ли е контрол от НЗОК по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП?						p
		да		не		въздържам се от мнение		
		n	%	n	%	n	%	
Стаж като ОПЛ	**0-10 г.**	15	75,0%	1	5,0%	4	20,0%	**0,001**
	11-15 г.	23	69,7%	1	3,0%	9	27,3%	
	16 и повече години	118	45,7%	46	17,8%	94	36,4%	

Негативната нагласа към контрола от НЗОК е свързана вероятно с доминиращото мнение на участниците в проучването (142 %), че резултатите от окончателната обработка на електронните отчети (контрола преди заплащане на оказаната ПИМП/предварителния контрол) отговарят „отчасти“ на извършените дейности (фиг. 26). С **негативен нюанс** са и допълнително вписаните към въпроса отговори, като алтернативна възможност за изразяване на собствено мнение (3 %). Само при 23 % от анкетираните ОПЛ няма съмнения относно резултатите от предварителния контрол.

В сумарно отношение отговорите надхвърлят 100 %, поради участници отбелязали повече от един възможен отговор (фиг. 26).

Фигура 26. Разпределение на отговорите на въпроса „Според Вас, резултатите от окончателната обработка на електронните отчети отговарят ли на извършените дейности?“ (относителен дял)



В потвърждение на преобладаващото мнение са данните от Фигура 26, които показват **значителен относителен дял на случаите с отхвърлени за заплащане дейности**, от които 63 % се дължат на пропуски в документацията, а 50 % на неправилно отчитане. За повишаване на качеството на текущата административна работа е необходимо включването на подходящи контроли при използвания медицински софтуер, които да насочват вниманието на ОПЛ с оглед тяхното недопускане. **Омаловажаването на контрола** се дължи и на факта, че близо 1/3 от анкетираните (29 %) смятат, че резултатите от предварителния контрол отговарят отчасти на извършените дейности, поради съществуваща възможност за одобряване на дейности, които на практика може да не са извършени, но да са отчетени правилно. **Негативната нагласа към контрола от НЗОК** се допълва и от вписаните твърдения на 3 % от респондентите за: наличие на некоректни контроли в софтуера на НЗОК, които отхвърлят неоснователно подлежащи на заплащане дейности; отхвърлени за заплащане дейности по диспансер поради липса на информация за неговото диспансеризиране от друг лекар-специалист;

изцяло погрешен подход на финансиране на ПИМП, според който освен профилактичните и диспансерни прегледи други амбулаторни прегледи при остри състояния не се заплащат, а те са преобладаващата част от дейността на ОПЛ (особено при педиатрите); толериране на практики без анализ на явни тенденции за отчитане на неизвършени дейности.

За проучването интерес представлява установената статистическа зависимост между възрастта на анкетираните ОПЛ и тяхното мнение за съществуваща възможност за одобряване от НЗОК на неизвършени дейности, които обаче са правилно отчетени (p=0,03) (табл. 10).

Таблица 10. Зависимост между мнението за съществуваща възможност за одобряване на неизвършени дейности и възрастта на участниците

Критерий / Въпрос		Резултатите от предварителния контрол отговарят ли на извършените дейности?				p
		отчасти, поради съществуваща възможност за одобряване на неизвършени дейности, които са правилно отчетени		друг отговор		
		n	%	n	%	
Възраст	**До 45 г.**	6	27,3%	16	72,7%	**0,03**
	46-55 г.	22	20,4%	86	79,6%	
	56-65 г.	42	30,4%	96	69,6%	
	над 65 г.	19	44,2%	24	55,8%	

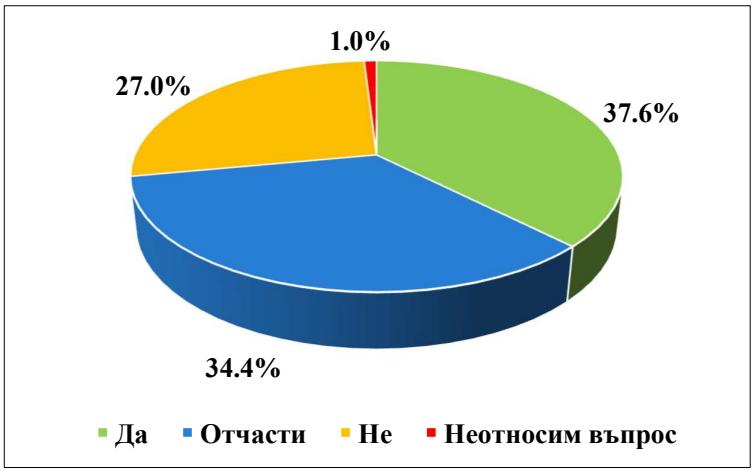
Според данните от Таблица 10, с прехвърлянето на 55-годишна възраст на респондентите, трайно се покачва относителният дял на участниците, които смятат че съществуваща възможност за одобряване от НЗОК на неизвършени дейности, които обаче са правилно отчетени.

За преустановяване на посочената негативна практика, ключова роля има въведения от 15.04.2013 г. **онлайн достъп до електронно здравно досие** на всички ЗОЛ, както и тези, чиито здравноосигурителни права са прекъснати (www.nhif.bg). Услугата се предлага срещу уникален код за достъп до Персонализираната информационна система на НЗОК, издаден от Касата. Остава и възможността за достъп до електронното здравно досие с

универсален електронен подпис. За кратко време - през 2019 г., входът към електронното здравно досие бе възможен и посредством „Справка за отчетени дейности от договорни партньори на НЗОК“ през интернет страницата на контролната институция. За целта следваше да се въведе собствено име и ЕГН на ЗОЛ, както и код за спам. Съобщение от 05.12.2019 г. на НЗОК, информира за временно преустановяване на достъпа до услугата, неактивен и към 01.10.2020 г., поради изразени съмнения за възможни неправомерни и недобросъвестни действия от страна на трите лица при ползването на посочената функционалност.

Във връзка с регламентираната процедура за **изпращане по електронен път на основанията за отхвърляне на извършени дейности** (отказ от заплащане), е анализиран и въпросът относно осведомеността на ОПЛ при наличие на такива случаи. От запитаните лица 38 % са дали положителен отговор, а „отчасти“ са отбелязали 34 % от тях (фиг. 27). Над 1/4 от анкетираните лица (27 %) са дали категоричен отрицателен отговор. Едва 1 % от анкетираните лица отбелязват, че в практиката си нямат случаи на отхвърлени за заплащане дейности.

Фигура 27. Разпределение на отговорите на въпроса „Уведомявали ли са Ви по електронен път относно основанията за отхвърляне на отчетените от Вас дейности?“ (относителен дял)



Данните от Фигура 27 ни дават основание да обобщим, че при повече от половината ОПЛ (сумарно 61 %) **липсва информация за отхвърлените за заплащане дейности**.

Въпреки че не се установи сигнификантна връзка между местонахождение на практиката за ПМП и осведомеността на ОПЛ относно отхвърлените за заплащане дейности (p=0,068), анализът показа интересни резултати (табл. 11). Най-неосведомени са практиките с местонахождение в селата (42 %), следвани поравно от практиките, обслужващи само градско население, както и градско и селско население, взети заедно (по 27 % всяка). Най-добре осведомени са практиките в столицата (25 %).

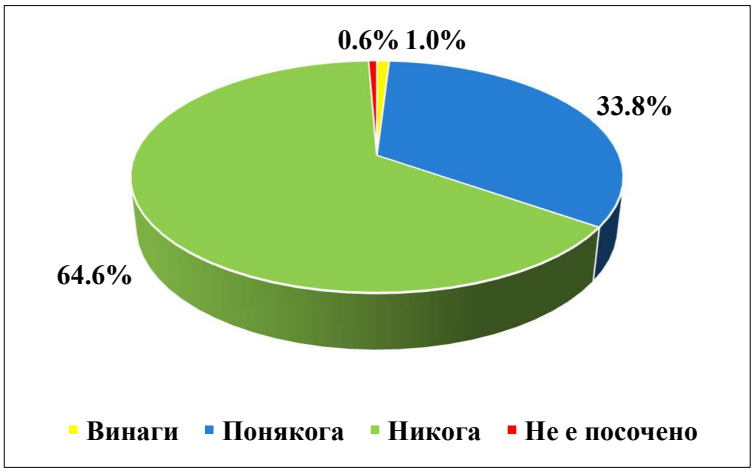
Таблица 11. Зависимост между уведомяването за отхвърлянето на дейности и местонахождение на практиката за ПМП

Критерий / Въпрос		Уведомявали ли са Ви по електронен път относно основанията за отхвърляне на отчетените дейности?						p
		да		отчасти		не		
		n	%	n	%	n	%	
Местонахождение на практиката	столица	53	42,1%	42	33,3%	31	24,6%	0,068
	град	51	39,2%	44	33,8%	35	26,9%	
	село	9	34,6%	6	23,1%	11	42,3%	
	и град, и село	4	15,4%	15	57,7%	7	26,9%	

Запитани, дали са оспорвали отхвърлените им за заплащане дейности (фиг. 28), с най-висок относителен дял (65 %) са респондентите, които „никога“ не са предприемали ответни действия, а 1/3 от участниците (34 %) – само „понякога“. Едва 1 % са отбелязали, че „винаги“ оспорват отхвърлените им за заплащане дейности.

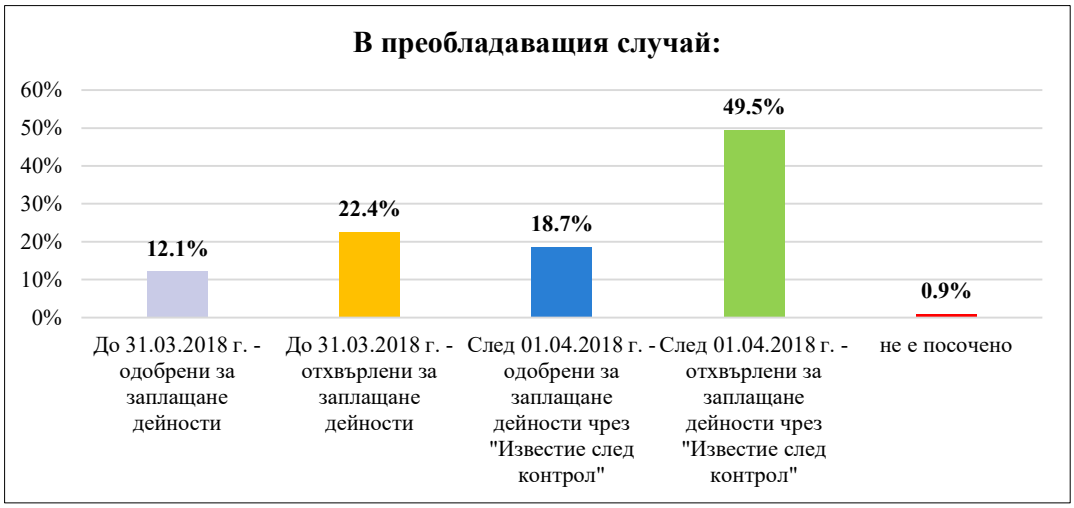
Изследвахме връзката между оспорващите „понякога“ отхвърлените им за заплащане дейности и местонахождението на практиката им. Въпреки че и тук не се установи сигнификантна връзка (p=0,074), по-активни са ОПЛ, работещи в практики с местонахождение извън столицата (38 %) в сравнение с тези в столицата (29 %).

Фигура 28. Разпределение на отговорите на въпроса „Във Вашата практика, оспорвали ли сте пред НЗОК отхвърлени за заплащане дейности (относителен дял)



За проучването интерес представлява и **крайния резултат от оспорването** на отхвърлените за заплащане дейности (фиг. 29), въпреки ниския им относителен дял (35 %). Възможните отговори са обособени в два отделни периода – до 31.03.2018 г. и след 01.04.2018 г. Причината е в нормативно въведения от 01.04.2018 г. електронен документ „Известие след контрол“ при процедурата по оспорване на отхвърлени за заплащане дейности.

Фигура 29. Разпределение на отговорите за крайния резултат, в случаите на оспорване на отхвърлени за заплащане дейности (относителен дял)

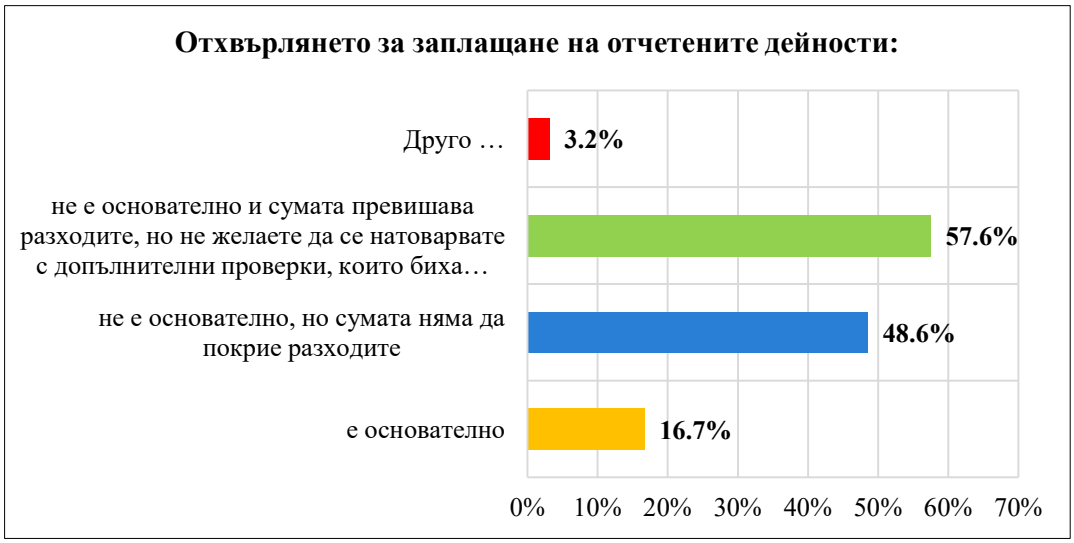


Обобщените резултати от Фигура 29 показват по-висок относителен дял на преобладаващите случаи с отхвърлени за заплащане дейности и през двата периода (22 %, съответно 50 %). До 31.03.2018 г. одобрените за заплащане дейности са едва 12 %, а след тази дата – 19 %.

Запитани за причините да не оспорват отпадналите им за заплащане дейности (фиг. 30), болшинството изразяват мнение, че отхвърлянето не е основателно, но че не желаят да се натоварват с допълнителни проверки, които биха нарушили работния им график (58 %). Близо половината (49 %) смятат, че отхвърлените за заплащане суми няма да покрият разходите, в случай на тяхното оспорване. Според 3 % оспорването е „безсмислено“, тъй като то няма да доведе до положителен краен резултат, а и би „навредило на тяхната практика“. Само 17 % от анкетираните ОПЛ приемат за основателен отказа за заплащане на дейности.

Сборът от относителните дялове надхвърля 100 %, тъй като участниците са избрали повече от един отговор (фиг. 30).

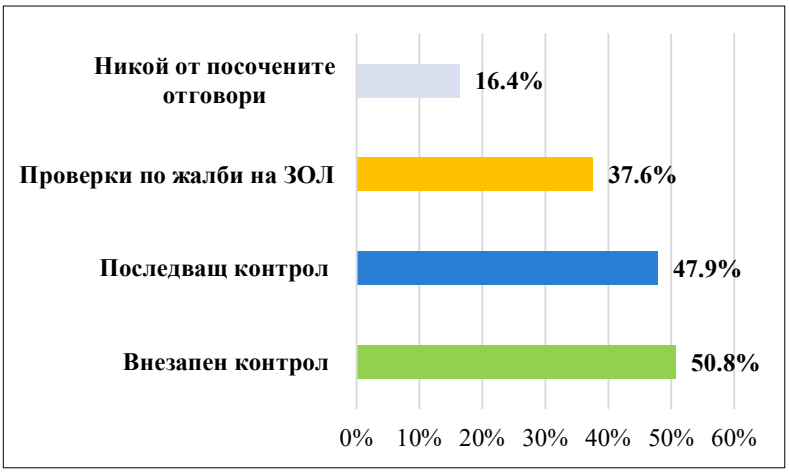
Фигура 30. Разпределение на отговорите относно причините, да не се оспорват отхвърлени за заплащане дейности (относителен дял)



Запитани какъв друг вид контрол, освен предварителния, им е упражняван от Касата през последните три години (2017 г., 2018 г. и 2019 г.),

51 % от ОПЛ са отбелязали внезапен контрол, 48 % последващ контрол, а 38 % проверки по жалби на ЗОЛ (фиг. 31). Не са проверявани чрез друг вид контрол 16 % от участниците. Представените резултатите показват **засилен контрол** от страна на **НЗОК в областта на ПИМП.**

Фигура 31. Разпределение на отговорите според вида на осъществявания друг вид контрол (без предварителния) през 2017 г., 2018 г. и 2019 г. (относителен дял)



Потърсена е корелационна зависимост при проверките по жалби (38 %) и се установи статистически значима връзка с вида на практиката за ПМП (p<0,001). Данните, представени на Таблица 12, показват по-голям относителен дял на проверките по жалби извършени при груповите практики за ПМП (64 %), в сравнение с индивидуалните практики (32 %).

Таблица 12. Зависимост между проверките по жалби и вида на практиката за ПМП

Критерий	Въпрос	Какъв друг вид контрол (без предварителния) е осъществяван от НЗОК спрямо Вашата практика?				p
		Проверки по жалби		друг отговор		
		n	%	n	%	
Вид на практиката	ИП за ПМП	83	32,0%	176	68,0%	<0,001
	ГП за ПМП	32	64,0%	18	36,0%	

Интересна е и установената статистически значима връзка между ОПЛ, които не са проверявани през последните три години от Касата и местонахождението на практиката за ПМП (p<0,001). Данните от

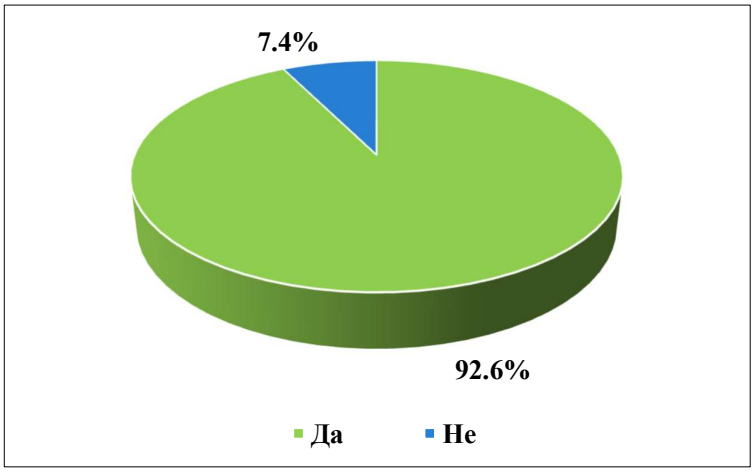
Таблица 13 сочат, че при близо 1/3 (33 %) от практиките в столицата не е извършван никакъв друг вид контрол в сравнение с останалите практики с местонахождение в град или село, където едва 5 % не са проверявани.

Таблица 13. Зависимост между отговора „никой от посочените“ други видове контрол и местонахождението на практиката за ПМП

Критерий / Въпрос		Какъв друг вид контрол (без предварителния) е осъществяван от НЗОК спрямо Вашата практика?				p
		Никой от посочените		друг отговор		
		n	%	n	%	
Местонахождение на практиката	столица	42	32,6%	87	67,4%	<0,001
	град/село	9	4,9%	173	95,1%	

При този друг вид контрол, обхващащ не само последните три години (2017 г., 2018 г. и 2019 г.), 93 % от анкетираните ОПЛ са отбелязали, че са им налагани санкции от НЗОК (фиг. 32). Нисък е относителният дял (7 %) на участниците без наложени санкции.

Фигура 32. Разпределение на отговорите на въпроса „При този друг вид контрол, налагани ли са ви санкции от НЗОК по принцип“ (относителен дял)



Между местонахождението на практиките за ПМП и налаганите санкции от НЗОК е установена статистически значима зависимост (p<0,001) (табл. 14). Санкции са налагани при всички практики с местонахождение и град и село, едновременно. Почти еднакъв е относителният дял на

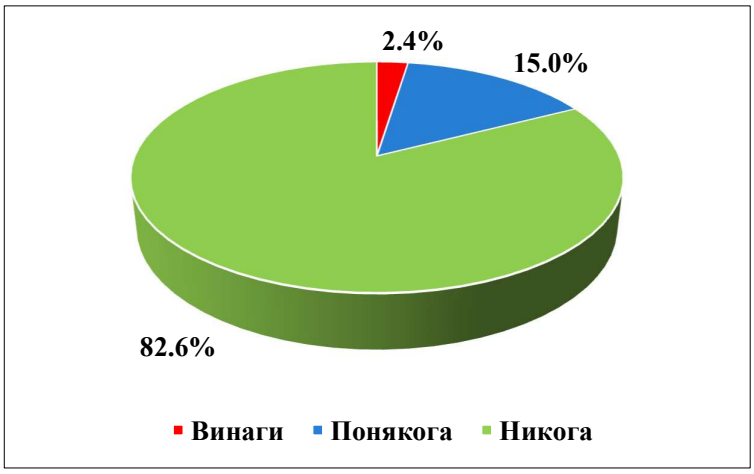
практиките, с наложени санкции, покриващи поотделно градското и селското население на страната (97 %, съответно 96 %). Най-нисък е делът при практики в столицата (86 %).

Таблица 14. Зависимост между налагани санкции и местонахождение на практиката за ПМП

Критерий / Въпрос		При този друг вид контрол, налагани ли са Ви санкции от НЗОК?				p
		да		не		
		n	%	n	%	
Местонахождение на практиката	столица	111	86,0%	18	14,0%	<0,001
	град	126	96,9%	4	3,1%	
	село	25	96,2%	1	3,8%	
	и град, и село	26	100,0%	0	0,0%	

По отношение на наложените санкции, е внушителен относителният дял на ОПЛ (83 %), които „никога“ не са ги обжалвали по съдебен ред (фиг. 33). Само 1/4 (15 %) от засегнатите лица са отбелязали отговор „понякога“ и едва 2 % признават, че „винаги“ търсят правата си по съдебен ред.

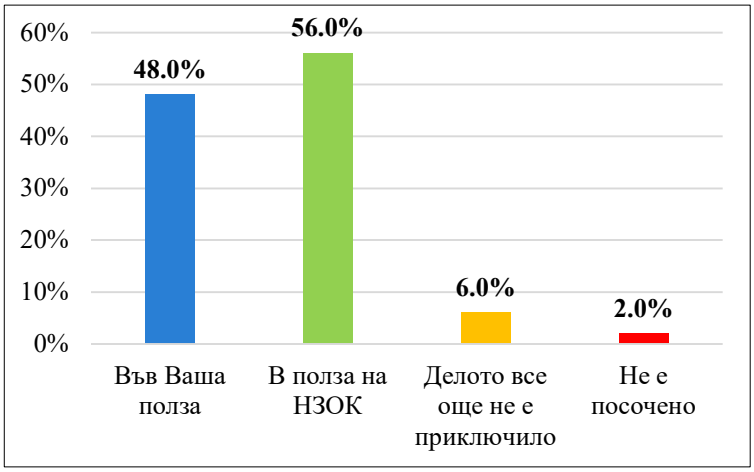
Фигура 33. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако са Ви налагани санкции, обжалвали ли сте ги по съдебен ред“ (относителен дял)



На въпроса „в чия полза е отсъдил компетентния съд“, 56 % от участниците, обжалвали наложените им от НЗОК санкции, са отбелязали отговора „в полза на НЗОК“ (фиг. 34). Почти половината от тях (48 %) са спечелили делото, а при 6 % то още не е приключило. Не са отбелязали отговор 2 % от анкетираните ОПЛ. Сборът от относителните дялове надхвърля 100 %, тъй като някои от участниците са избрали повече от един възможен отговор.

Близкият относителен дял на отсъдените санкции в полза на НЗОК и в полза на изпълнителите на ПИМП (фиг. 34) показва **непълно доказани констатации** от страна на контролните органи.

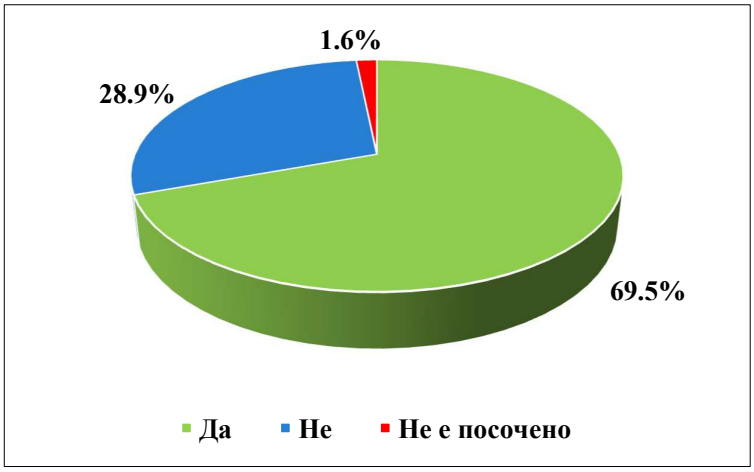
Фигура 34. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако сте обжалвали наложени от НЗОК санкции, в чия полза е отсъдил компетентният съд“ (относителен дял)



Една от функциите на контрола от НЗОК е оказване на методологична помощ чрез даване на **препоръки за подобряване на дейността** на изпълнителите на ПИМП.

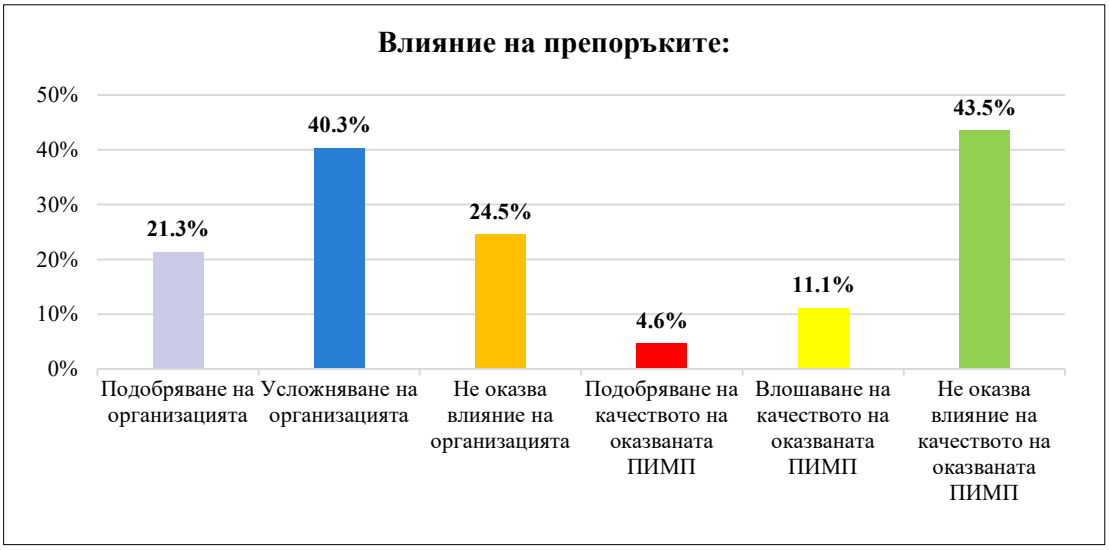
Запитани дали са получавали препоръки от НЗОК, 69 % са дали положителен отговор, 29 % отрицателен отговор, а 2 % не са посочили отговор (фиг. 35).

Фигура 35. Разпределение на дадените препоръки от НЗОК (относителен дял)



По въпроса относно **влиянието на препоръките върху организацията на работата им**, отговорите са много разнопосочни (фиг. 36).

Фигура 36. Разпределение на отговорите относно влиянието на препоръките от НЗОК върху практиките за ПМП (относителен дял)



Според по-голямата част от респондентите (40 %) препоръките водят до усложняване на тяхната работа. За всеки четвърти (25 %) те не оказват влияние, а всеки пети (21 %) смята, че дори я подобрява. **По отношение на качеството на оказваната ПИМП** (фиг. 36), болшинството от

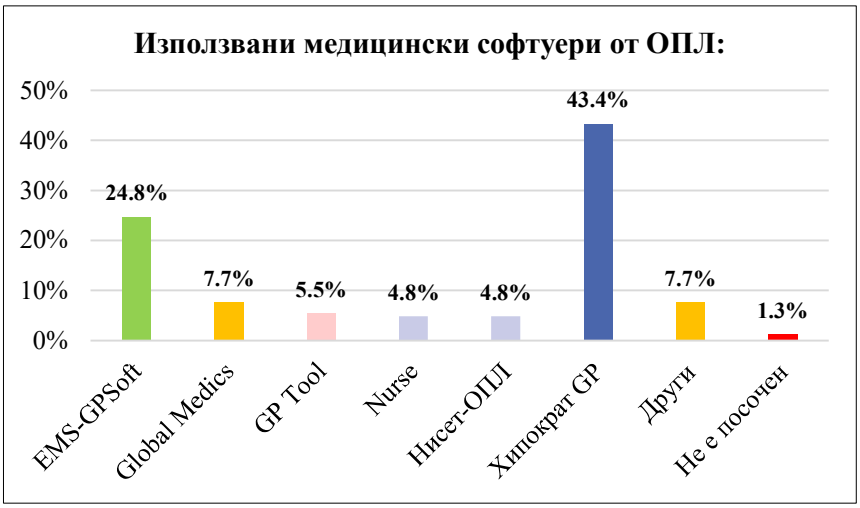
респондентите са на мнение, че препоръките не оказват влияние (44 %). Според 11 % от участниците качеството дори се влошава, а едва 5 % смятат, че то се подобрява.

Поради отбелязаните във Фигура 36 повече от един възможен отговор, аналогично и тук имаме сумарно над 100 %.

Анализираните резултати показват, че препоръките **не постигат поставената цел** – да подобряват дейността на практиката за ПМП, в т.ч. и качеството на оказваната ПИМП.

По отношение на използвания от респондентите медицински софтуер за ПИМП (фиг. 37), **първенството** държи „Хипократ GP“ на „Контракс“ ЕАД, гр. София (43 %).

Фигура 37. Разпределение по вид на използваните медицински софтуери за ОПЛ

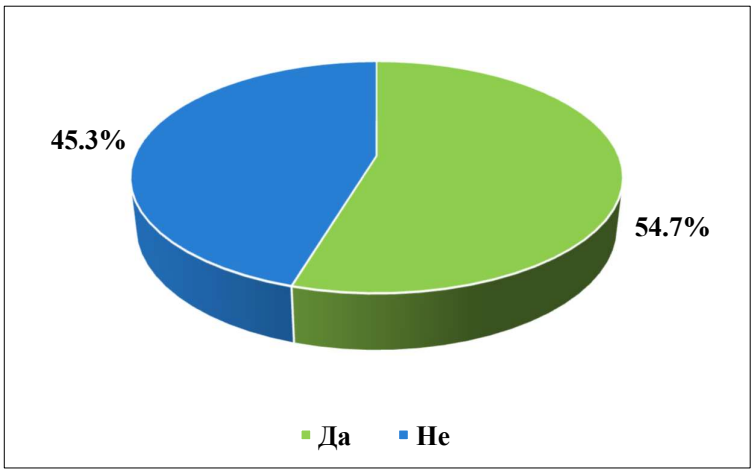


Видно от Фигура 37, **на второ място** се нарежда „EMS-GPSoft“ на „Данина-Г“ ООД, гр. Пловдив (25 %), **следван** от „Global Medics“ на „Глобъл Систем Сълюшън“ ООД, гр. София (8 %) и „GP Tool“ на „Сайбър Лаб“ ЕООД, гр. Пловдив (6 %). Два от използваните медицински софтуери – „Nurse“ на „Рескю Софт“ ООД, гр. Пазарджик и „Нисет-ОПЛ“ на „Нисет“ ООД, гр. Пловдив, са с относителен дял от по 5 % всеки. Сумарно представени под наименованието „други“ (8 %) са пет от вписаните в

анкетната карта медицински софтуери. Сред тях са: „Bon Art MC System“ на „Бон Арт“ ООД, гр. Варна (2,9 %), „MediSoft-GP“ на „МедиСофт“, гр. Пловдив (2,3 %), „GMP-HT“ (Good Medical Practice HT Manager) на ЕТ „КОМП-Д Пламен Шотеков“, гр. Троян (1,9 %), „BetaGP“ на „Брайт ИТ“ ЕООД, гр. Варна (0,3 %), „Medical“ на „Лабиринт 05“ ЕООД, гр. Бургас (0,3 %). Не са вписали отговор 1 % от анкетираните.

От съществено значение за доброто управление и контрол на практиката за ПМП, е **познаването на функционалните възможности на медицинския софтуер**. Напълно полезни са софтуерите за 55 % от анкетираните лица, поради познаването на всичките им функционални възможности (фиг. 38). Останалата част (45 %) споделят, че не познават напълно използвания от тях софтуер.

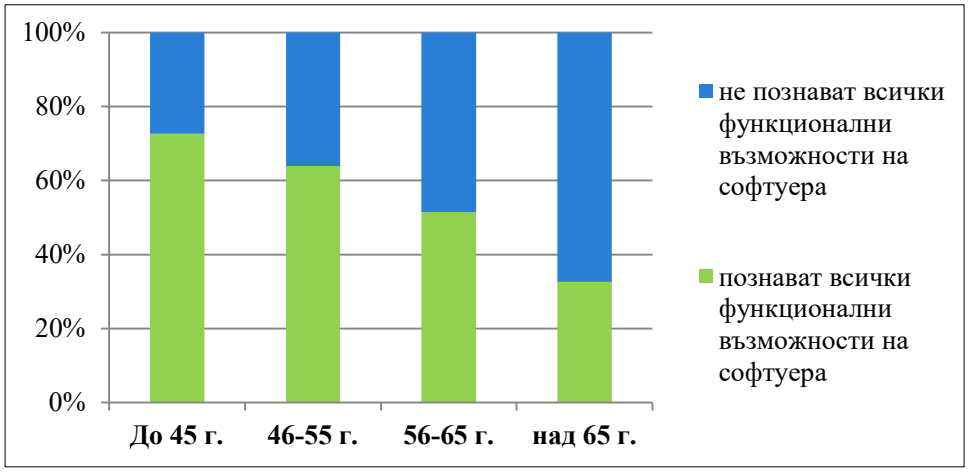
Фигура 38. Разпределение на степента на познаване на всички функционални възможности на използвания медицински софтуер (относителен дял)



За оценката на степента на познаване на използвания медицински софтуер, интерес представлява връзката й с възрастта на анкетираните ОПЛ. Установи се статистически значима зависимост между двете променливи (p=0,003). Налице е умерено и обратно по сила влияние на възрастта на респондентите спрямо степента на познаване на функционалните

възможности на използвания от тях медицински софтуер (фиг. 39). С нарастването на възрастта на участниците познаването е по-слабо изразено.

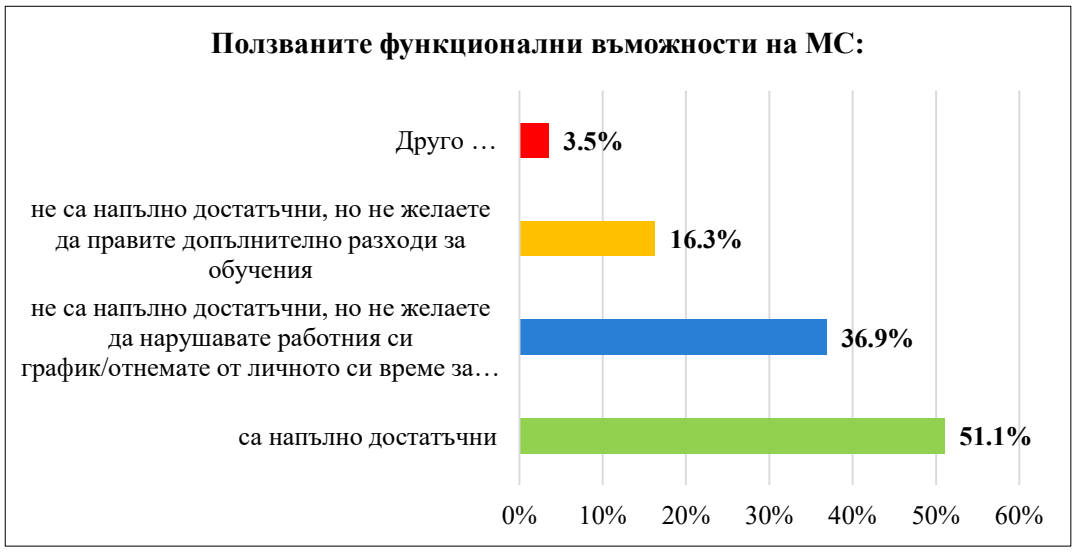
Фигура 39. Зависимост между познаването на всички функционални възможности на медицинския софтуер и възрастта на участниците



За половината от запитаните (51 %), използваните функционални възможности са напълно достатъчни (фиг. 40). Останалата част обаче считат обратното. Според тях те не са им достатъчни, но 37 % от тях признават, че не желаят да нарушават работния си график или отнемат от личното си време за обучения от фирмата-доставчик, а за 16 % основният мотив е, че не желаят да правят допълнително разходи за такива обучения. „Друг“ отговор са вписали 4 % от респондентите, според които: не всички функционални възможности са добре разработени; при срещнати трудности е по-лесно да се потърси помощ от фирмата-доставчик; необходимо е време за постепенното овладяване на всички функционални възможности, както и че не се организират колективни обучения, насочени към ефективното използване на медицинския софтуер. Сумарно относителните дялове надхвърлят 100 %, поради участници отбелязали повече от един възможен отговор.

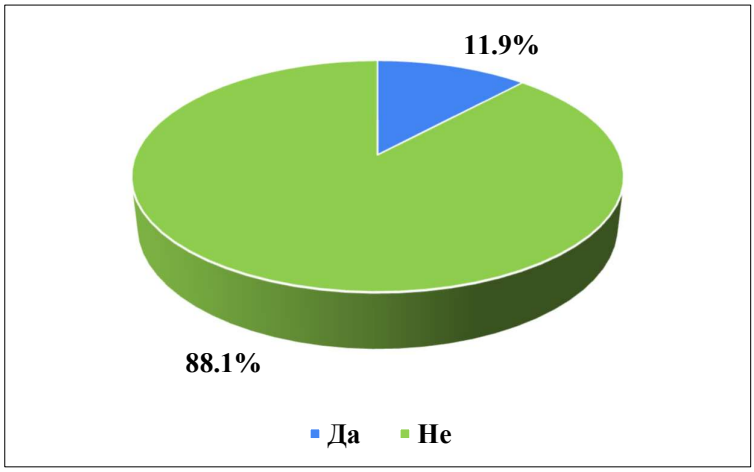
Данните са показателни за това, че **не всички анкетирани лица използват оптимално** всички функционални възможности на използвания медицински софтуер.

Фигура 40. Разпределение на причините да не се познават всички функционални възможности на използвания медицински софтуер (относителен дял)



При проучването е изследван и въпросът за познаването на въведената през 2018 г. **нова функционалност – системата Аренал** (фиг. 41). Резултатите показват, че едва 12 % от анкетираните лица са запознати с тази система в сравнение с големия относителен дял на незапознатите (88 %).

Фигура 41. Разпределение на отговорите относно познаване на системата Аренал

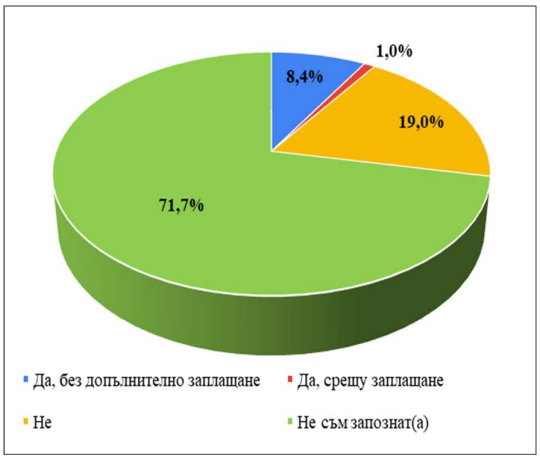


На въпроса за **достъпа до тази система** чрез използвания от участниците медицински софтуер (фиг. 42), преобладават отговорите „не съм запознат/а“ (72 %), следвани от категоричния отрицателен отговор (19 %). Според 8 % от анкетираните ОПЛ достъпът до системата Аренал е осигурен „без допълнително заплащане“, а 1 % отбелязват, че тази услуга се ползва „срещу заплащане“.

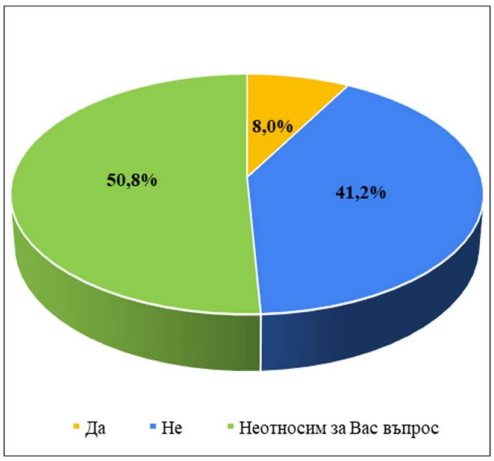
Запитани дали използват предлаганата нова функционална възможност, едва 8 % отговарят положително на този въпрос (фиг. 43).

В обобщение можем да направим извода, че предлаганата нова функционална възможност **не се познава** от болшинството анкетирани ОПЛ.

Фигура 42. По въпроса „Предлага ли софтуера достъп до Аренал?“

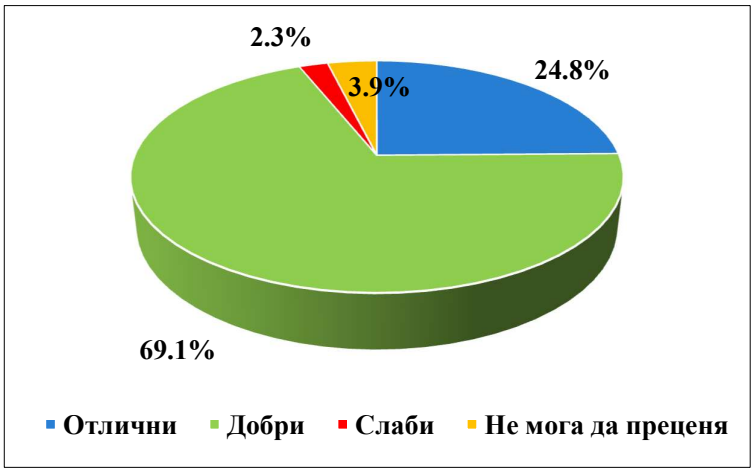


Фигура 43. По въпроса „Използвате ли тази функционална възможност?“



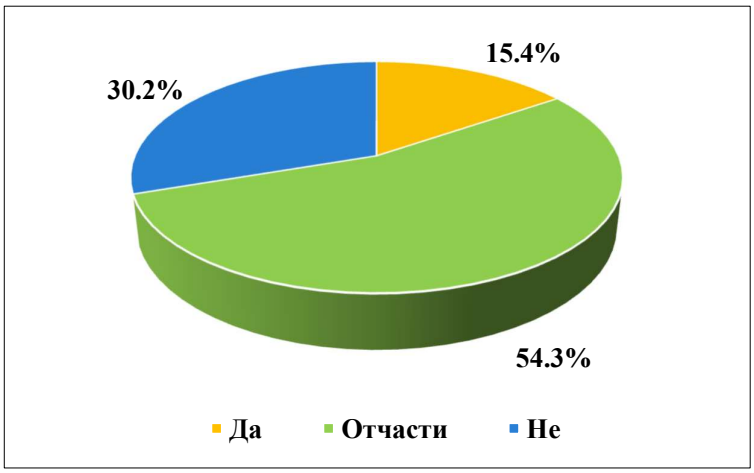
Дадената от анкетираните лица **оценка** за използвания от тях **медицински софтуер**, с оглед подпомагане на текущата им работа, контрол и отчетност, е преобладаващо „добра“ (69 %). Видно от Фигура 44, близо 1/4 от респондентите са отбелязали „отлична“ оценка, 4 % „не могат да преценят“, а 2 % са дали „лоша“ оценка за използвания от тях медицински софтуер.

Фигура 44. Разпределение на оценките относно функционалните възможности на използвания от участниците медицински софтуер (относителен дял)



Запитани дали „контролът от НЗОК в ПИМП осигурява законосъобразно разходване на нормативно определените за това ниво публични средства“ (фиг. 45), над половината от анкетираните ОПЛ (54 %) нямат категорично мнение по въпроса, поради което са отбелязали и отговор „отчасти“. Тревожни са обаче данните, че близо 1/3 от респондентите (30 %) дават отрицателен отговор. Едва 15 % от запитаните са уверени в законосъобразното разходване на публичните средства при ПИМП.

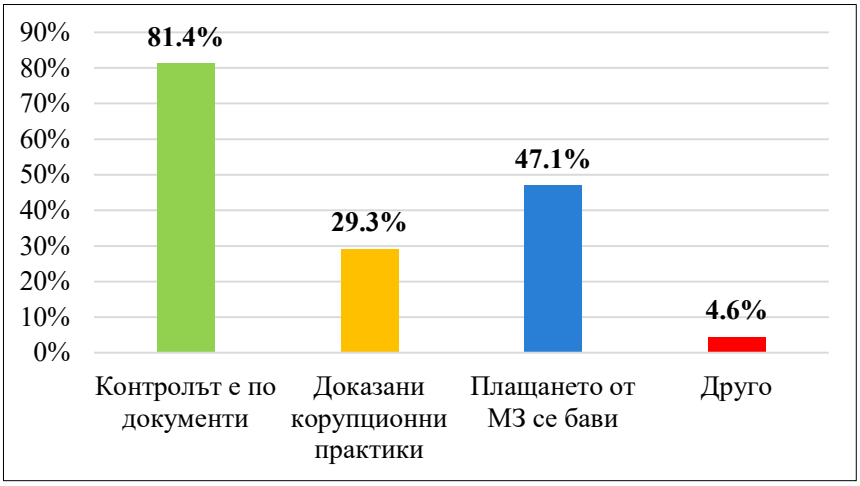
Фигура 45. Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че контролът от НЗОК в ПИМП осигурява законосъобразно разходване на нормативно определените за това ниво публични средства“ (относителен дял)



Потърсихме корелационна зависимост между изразените мнения по изследвания въпрос с пола на анкетираните ОПЛ, тяхната възраст и придобитата специалност. Резултатите показват интересна, макар и нестатистически значима зависимост, между пола на участниците и отговорите по въпроса (p=0,076). Категоричен отговор (положителен и отрицателен) са дали преобладаващо мъжете, а колеблив (отчасти) - жените.

В контекста на изследвания въпрос, отправихме **запитване относно мотивите** за изразените от 85 % от общия брой на анкетираните лица колебания или отрицателни отговори. Болшинството от ОПЛ (81 %) смятат, че **контролът от НЗОК в ПИМП не може да гарантира законосъобразно разходване** на нормативно определените за първото ниво публични средства, тъй като е „по документи, а тяхното съдържание може да не отговаря на реално извършените дейности“ (фиг. 46).

Фигура 46. Разпределение на мотивите на участниците, според които контролът от НЗОК в ПИМП не осигурява или отчасти осигурява законосъобразно разходване на публичните средства (относителен дял)



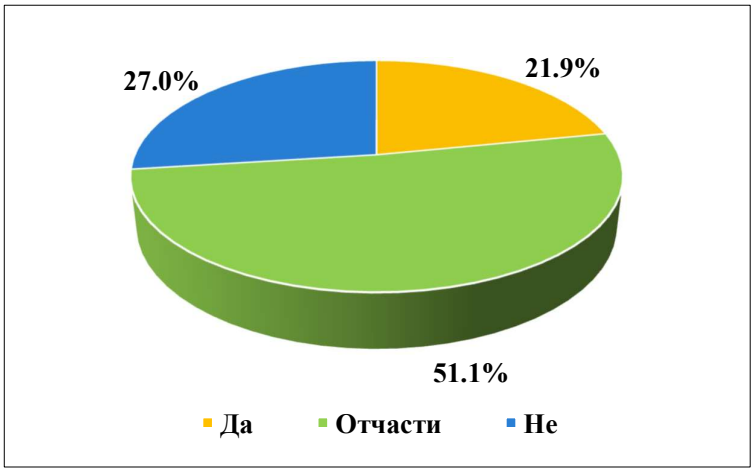
На второ място като мотив е отбелязано, че „въпреки одобрените за заплащане от НЗОК медицински дейности, плащането на частта от тях с трансферни средства от МЗ се бави“ (47 %). Мнителността на 29 % от

анкетираните ОПЛ се дължи на „случаите с доказани корупционни практики в здравеопазването“, които „подкопават доверието на обществото към контрола от НЗОК по изпълнението на договорите за оказване на медицинска помощ, в т.ч. ПИМП“. **Друго мнение** е вписано от близо 5 % от респондентите, изразяващо се в: неосигурен свободен достъп на жените до акушеро-гинекологични прегледи, а за всички и до очен преглед; сваляне на дейности и потребителски такси без обратна връзка за причината; търсене и прилагане на различни начини да не се заплаща извършената дейност, както и да са налагат санкции, с ясното съзнание, че същите няма да се обжалват; прилагане на различен подход в зависимост от конкретния изпълнител на медицинска помощ (има „любими“ обекти за контрол); толериране на отделни дейности в БП за сметка на останалите видове медицинска помощ, най-вече в ПИМП и СИМП.

Сборът от относителните дялове надхвърля 100 %, тъй като участниците са избрали повече от един възможен отговор (фиг. 46).

Аналогично е мнението на запитаните и **по отношение на ефективното разходване** на нормативно определените средства за ПИМП. Половината от респондентите (51 %) нямат категорично мнение по въпроса, поради което са отбелязали отговор „отчасти“ (фиг. 47).

Фигура 47. Разпределение на отговорите на въпроса „Според Вас, разходват ли се ефективно нормативно определените средства за ПИМП“ (относителен дял)



Данните от Фигура 47 сочат, че лимитираните средства за ПИМП не се разходват ефективно според 27 % от запитаните. В случая положителните отговори са с по-висок относителен дял (22 %) в сравнение с положителните отговори относно тяхното законосъобразно разходване (15 %).

Установява се статистически значима зависимост между мнението на анкетираните ОПЛ за ефективното разходване на лимитираните средства за ПИМП и тяхната възраст (p=0,023). С нарастването на възрастта на участниците се покачва и тяхната увереност относно ефективното разходване на публичните средства в ПИМП (табл. 15), съответно спада несигурността им на сумарно ниво.

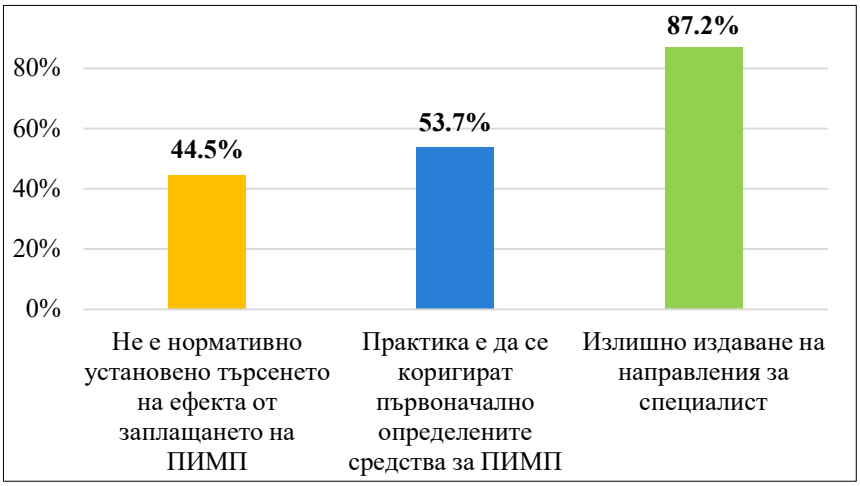
Таблица 15. Зависимост между мнението на участниците за ефективното разходване на нормативно определените средства за ПИМП и тяхната възраст

Критерий / Въпрос		Според Вас, разходват ли се ефективно нормативно определените средства за ПИМП?						p
		да		отчасти		не		
		n	%	n	%	n	%	
Възраст	**до 45 г.**	4	18,2%	18	81,8%	0	0,0%	**0,023**
	46-55 г.	22	20,4%	57	52,8%	29	26,9%	
	56-65 г.	30	21,7%	62	44,9%	46	33,3%	
	над 65 г.	12	27,9%	22	51,2%	9	20,9%	

Сред **мотивите за изразената несигурност по отношение на ефективното разходване** на нормативно определените средства в ПИМП, с най-висок относителен дял (87 %) е изразеното от анкетираните ОПЛ мнение, че наложените ограничения в дейността на ОПЛ водят до неефективно разходване на нормативно определените средства в ПИМП, под формата на **излишно издаване на направления за специалисти** (фиг. 48). Над половината от засегнатите участници (54 %) смятат, че установената практика през последните две години (2017 г. и 2018 г.), първоначално одобрените здравноосигурителни плащания за ПИМП да бъдат в последствие коригирани в посока „намаление“, не говори за добро

управление и ефективно разходване на тези средства. Според 45 % причината е в това, че не е нормативно установено търсенето на ефекта от заплащането на отчетената дейност от изпълнителите на ПИМП“. Обяснимо и тук сборът от относителните дялове надхвърля 100 %.

Фигура 48. Разпределение на мотивите за изразената несигурност относно ефективното разходване на нормативно определените средства за ПИМП



Близо 1/3 от анкетираните лица (31 %) са направили **предложения за подобряване на контрола от НЗОК в ПИМП** (табл. 16).

Таблица 16. Разпределение на предложенията на ОПЛ за подобряване на контрола от НЗОК в ПИМП

№	Предложения на участниците	Отн. дял
1.	Преразглеждане на нормативно определените маловажни случаи и случаите на налагане на санкции в ПИМП	32,3 %
2.	Подобряване на комуникацията между НЗОК и изпълнителите на ПИМП	15,6 %
3.	Текущо осигуряване на методологична помощ от НЗОК	15,6 %
4.	Повишаване на квалификацията на проверяващите лица	13,5 %
5	Въвеждане на Национална здравна информационна система	11,5 %
6.	Анализ на здравния ефект от оказаната ПИМП	9,4 %
7.	Уведомяване за предстоящи проверки (без внезапния контрол)	9,4 %
8.	Преразглеждане на системата на регулативните стандарти	7,3 %
9.	Контролът да се осъществява от трета безпристрастна страна	6,3 %
10.	Друго	13,5 %

Логично, най-много ОПЛ (32 %) са препоръчали преразглеждане на нормативно определените маловажни случаи и случаите на налагане на санкции в ПИМП. Изразеното мнение е, че в момента налаганите санкции не са съразмерни на допуснатите нарушения. Равен брой (16 %) са изразили мнение, че решението е в подобряване на комуникацията с НЗОК и също толкова смятат, че то е в текущото осигуряване на методологична помощ от същата. За 14 % е необходимо повишаване на квалификацията на проверяващите лица. Според 12 % въвеждането на Националната здравна информационна система, ще оптимизира работния процес, както на самите тях, така и на НЗОК. С равен брой (9 %) са предложенията за извършване на анализ на здравния ефект от оказаната ПИМП, тъй като в момента при установени нарушения финансовите аргументи пренебрегват медицинските, както и за уведомяване на ОПЛ за предстоящи проверки, с оглед планиране на работното време и организиране на пациентския поток. Според 7 % е необходимо и преразглеждане на системата на регулативните стандарти. Предложение за осъществяване на контрол от трета, безпристрастна страна са дали 6 % от изразилите мнение. С малка численост са останалите предложения, отбелязани в Таблица 16 като „друго“. Общият им относителен дял е 14 %. Сред тях са: пълна прозрачност и ясни резултати от контрола на НЗОК; извършване на проверки на база оценка на риска; организиране на обучения за правилно отчитане на извършените дейности от изпълнителите на ПИМП; смяна на модела на финансиране чрез остойностяване на извършваните дейности, спрямо които вече да се извършва контрол; финансова мотивация на ОПЛ на база анализ на извършените медицински дейности; поемане на разходите при извършени актуализации на ПИС; промяна в дизайна на интернет страницата на НЗОК за лесно намиране на информация.

Относителните дялове сумарно надхвърлят 100 %, поради повече от едно направени предложения от някои участници (табл. 16).

ИЗВОДИ

Резултатите от настоящия дисертационен труд ни дават основание да направим следните **основни изводи:**

1. Създадена е необходимата правна регламентация за осъществяване на контрола по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП. Установените в нея пропуски и неточности налагат извършването на адекватни нормативни промени, с оглед постигане на по-прецизна и пълна нормативна осигуреност на контрола от НЗОК.
2. Нормативно, акцентът при контрола от НЗОК е поставен основно върху изпълнението на финансовата част по договорите и проверка на отчетените документи от изпълнителите на ПИМП.
3. Не е осигурен пряк достъп през интернет страницата на НЗОК на всички ГОДНЗОК, поради липсата на правна регламентация за мястото на тяхното публикуване.
4. Извличането на отчетни данни за контрола по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП е затруднено, предвид тяхното включване в широкообхватното направление ИМДП, без обособеното им представяне.
5. Данните от анализираните отчети за петгодишен период (2014-2018 г.) не са изцяло структурирани по видове изпълнители на ИМДП (ПИМП, СИМП и ДП), което води до представяне на непълна информация за контрола в ПИМП.
6. Анализът на структурираните данни осигурява статистическа информация за заинтересованите потребители и показва:

✓ тревожната тенденция на намаляване на броя на сключените договори за оказване на ПИМП, предвид влошената здравно-демографска ситуация в страната;

- ✓ запазено съотношение между изпълнителите, упражняващи индивидуална практика за ПМП спрямо тези, работещи в групова практика (94 % към 6%).
- ✓ променлив относителен дял на проверките в ПИМП спрямо общия им брой за направлението, като най-много проверки са извършени през 2015 г. (33 %), а най-малко през 2018 г. (28 %);
- ✓ постепенно нарастване на относителния дял на финансовите проверки за сметка на медицинските през периода от 01.01.2014 г. до 31.03.2016 г. спрямо общия им брой в ПИМП - класификация, която обаче не съответства на нормативно определените видове проверки;
- ✓ значителен относителен дял на самостоятелните проверки от РЗОК след 01.04.2016 г. в сравнение с останалите два вида проверки (самостоятелни проверки от НЗОК, както и съвместни проверки с участието на НЗОК).

7. Единствено за 2017 г. има информация за прекратените от НЗОК договори с изпълнители на ПИМП (три от общо десет прекратени договора в ИМДП, поради отчитане на дейност, която не е извършена).
8. Структурирането на критериите за избор на обекти на контрол на ниво ИМП и ДП, не дава ясна представа за обхванатите чрез проверки изпълнители на ПИМП.
9. Обобщеното представяне на резултатите от контролната дейност на ниво ИМДП не дава възможност за анализ и оценка на контрола по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП.
10. Единствено за 2014 г. и 2017 г. има схематично представени отчетни данни за наложените глоби и санкции по видове изпълнители на ИМДП, които показват за 2017 г. изпреварващ ръст на относителния дял на наложените глоби и санкции в ПИМП и изместване на ДП от заеманото през 2014 г. първо място в структурата на ИМДП.
11. Конкретни данни са отчетени само за някои от извършените тематични проверки в ПИМП.

12. Липсата на отчетни данни за предварителния контрол в ПИМП (контрола преди заплащане на оказаната ПИМП) до края на 2017 г., го правеше преди всичко регистрационен. Тяхната прозрачност е осигурена за първи път с ГОДНЗОК за 2018 г.
13. Създадени са условия за по-добра организация при осъществяване на контрола от НЗОК, посредством поддържаните от институцията електронни регистри.
14. Благоприятни за работата на изпълнителите на ПИМП са предлаганите чрез медицинските софтуери за ОПЛ функционални възможности, включващи автоматизация на процеса по документиране на извършените прегледи, отчитане на извършената през месеца дейност и управление (в т.ч. контрол) на лекарската практика.
15. Показателни за оценката на контрола по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП са резултатите от проведеното анкетно проучване сред ОПЛ. Само половината от тях считат, че такъв контрол е необходим. Всеки трети се е въздържал от мнение, което говори по-скоро за негативна нагласа, а всеки шести категорично е отхвърлил нуждата от такъв. С натрупването на професионален опит се наблюдава спад в положителната нагласа към контрола от НЗОК.
16. Доминиращо е мнението, че резултатите от окончателната обработка на електронните отчети (контрол преди заплащане на оказаната ПИМП/предварителен контрол) отговарят „отчасти“ на извършените дейности.
17. Повече от половината от запитаните ОПЛ (61 %) нямат информация за причините за отхвърляне на заплащането на извършените дейности след упражнен предварителен контрол.
18. Повече от половината анкетирани ОПЛ (65 %) „никога“ не са оспорвали отхвърлените им за заплащане дейности, а всеки трети - „понякога“. Във

втория случай по-активни са ОПЛ, работещи в практики с местонахождение извън столицата в сравнение с тези в столицата.

19. В преобладаващия случай, резултатът от оспорването на отхвърлените за заплащане дейности е отказ за заплащане.
20. Според болшинството от запитаните отказа за заплащане на дейности не е основателен, но по-голямата част от тях не желаят да се натоварват с допълнителни проверки, които биха нарушили работния им график (58 %), а според други отхвърлените за заплащане суми няма да покрият разходите, в случай на оспорване (49 %).
21. През последните три години (2017 г., 2018 г. и 2019 г.) над половината от практиките са обхванати чрез внезапен контрол, 48 % чрез последващ контрол. При над 1/3 са извършени проверки по жалби на ЗОЛ, като груповите практики са два пъти повече проверявани, в сравнение с индивидуалните практики. Спрямо всеки шести не е упражняван никакъв друг вид контрол от НЗОК, освен предварителния, като в случая преобладават практиките в столицата.
22. Санкции са налагани при почти всички анкетирани лица (93 %), като такива има при всички практики с местонахождение и град и село, едновременно.
23. Болшинството никога не са обжалвали наложените им санкции по съдебен ред, а резултатите при обжалвалите – „винаги“ или „понякога“, показват превес с 8 % на делата спечелени в полза на НЗОК в сравнение с тези в полза на изпълнителите на ПИМП. Посоченото показва наличието на непълно доказани констатации от страна на контролните органи, които при обжалване, падат в съда.
24. Според мнението на анкетираните, дадените от НЗОК препоръки не постигат поставената им цел – да подобрят дейността на практиката за ПМП и качеството на оказваната ПИМП.

25. Почти половината от анкетираните ОПЛ (45 %) не познават всички функционални възможности на медицинския софтуер, тенденция засилваща се с нарастване на възрастта на участниците.
26. Едва 12 % от анкетираните лица са запознати с въведената през 2018 г. функционална възможност за автоматичен обмен на данни при назначаване на лабораторни изследвания на пациенти чрез системата Аренал, а от тях 8 % я използват в своята работа.
27. В преобладаващия случай (69 %) е поставена „добра“ оценка на използваните от анкетираните ОПЛ медицински софтуери.
28. Преобладаващо е мнението, че контролът от НЗОК не осигурява законосъобразно и ефективно разходване на нормативно определените средства в ПИМП, предвид осъществяването на контрола по документи, чието съдържание може да не отговаря на реално извършените дейности и излишното издаване на направления за специалист.

ПРЕПОРЪКИ

Анализът на изводите, базирани на разработения дисертационен труд, ни дават основание да направим препоръки към съответните институции, които да предприемат действия, в съответствие с правомощията им. Считаме, че реализирането на направените препоръки ще доведе до прецизиране на нормативната уредба в областта на осъществявания от НЗОК контрол, оптимизиране на контролния процес при фундаменталното, първо ниво на оказване на медицинска помощ, а оттук и до повишаване на качеството на предоставяната ПИМП. Предлаганите от нас препоръки са следните:

Към НЗОК:

1. Да се инициират действия чрез изготвяне на предложение за промени в ЗЗО относно:

- ✓ въвеждане на легална дефиниция на понятията „медицински контрол“ и „суми получени без правно основание“;
- ✓ ясно разграничаване на контролните функции на НЗОК и ИАМН по отношение на контрола върху качеството на оказваната медицинска помощ;
- ✓ създаване на изрична правна регламентация на контрола по изпълнение на броя на определените СМД и стойностите на назначаваните МДД, т.нар. контрол по спазване на регулативните стандарти;
- ✓ допълване на чл. 76а от ЗЗО с разпоредби, касаещи процедурата по разглеждане и решаване на спора при представено писмено възражение по връчения протокол за неоснователно получени суми, които не са свързани с извършване на нарушение по закона или НРД;
- ✓ допълване на чл. 76б от ЗЗО с разпоредби, касаещи процедурите по документиране, оспорване и решаване на спора при констатирани

случаи на получени суми без правно основание в резултат на извършено нарушение по закона или НРД;

- ✓ създаване на изрична правна регламентация за мястото на публикуване на ГОДНЗОК;
- ✓ прецизиране на разпоредбата на чл. 68, ал. 1, т. 6 от ЗЗО чрез привеждане на посочените два вида контрол – финансов и медицински контрол, в съответствие с регламентираните в чл. 72, ал. 5 от закона.

2. При актуализиране на ПУДНЗОК от 2019 г. да се прецизират разпоредбите на чл. 42, т. 6 и чл. 45 по отношение на понятието „непосредствен контрол“.
3. В съдържателно отношение ГОДНЗОК да се структурират по начин, който да осигурява пълна, точна и ясна информация за контрола по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП.
4. Да се засили комуникацията с изпълнителите на ПИМП и текущото осигуряване на методологична помощ.
5. Да се организират периодични обучения на ОПЛ насочени към правилното отчитане на оказаната ПИМП.
6. Да се организира системно обучение с акцент върху спецификата на ПИМП за повишаване на квалификацията на проверяващите лица.

Към НЗОК/БЛС:

1. При предоговаряне на НРД за медицинските дейности, да се преразгледат определените за маловажни случаи в ПИМП, случаите на налагане на санкции в ПИМП и системата на регулативните стандарти, с оглед на последиците, които произтичат за ЗОЛ.
2. При предоговаряне на НРД за медицинските дейности да се вземат предвид повтарящи се пропуски чрез:

- ✓ регламентиране съдържанието на заповедта на управителя на НЗОК при проверки, извършени от служители на РЗОК на територията на друга

РЗОК и на заповедта на директора на РЗОК при проверки, извършвани от служители на РЗОК на нейната територия;

- ✓ регламентиране на процедурата при отказ на лицето-обект на проверката да подпише протокола, съставен при установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО;
- ✓ регламентиране на процедурата при неизпълнение на дадените предписания за отстраняване на маловажни случаи на нарушения.

Към МЗ:

1. Въвеждане на Национална здравна информационна система за осъществяване на контрол в реално време, както и гарантиране на прозрачност при разходването на финансовите средства не само на ниво ПИМП, а и за цялата система на здравеопазването.
2. Смяна на модела на финансиране на ПИМП с модел насочен към заплащане на всяка извършена дейност от ОПЛ и търсене на здравния ефект от оказаната ПИМП.

Към фирмите-разработчици на медицински софтуери за ОПЛ

1. Да се включат подходящи контроли към медицинския софтуер за ОПЛ, които да насочват вниманието на лекаря за избягване на пропуски и неточности при отчитането на извършената дейност пред НЗОК.

ПРИНОСИ

В дисертационния труд могат да се посочат следните приносни моменти с теоретичен и научно-приложен момент:

1. Осъществен е задълбочен критичен анализ на нормативната уредба на контрола от НЗОК по изпълнението на договорите за оказване на медицинска помощ, в т. ч. и ПИМП. Установени са някои пропуски и неточности. Дадени са препоръки за тяхното отстраняване чрез адекватни нормативни промени.
2. За първи път в България се прави анализ и оценка на оповестените резултати от контрола на НЗОК в ПИМП за петгодишен период (2014-2018 г.), в резултат на което са очертани следните основни проблеми:

- ✓ в някои случаи достъпът до информация е затруднен, поради липсата на правна регламентация за мястото на публикуване на ГОДНЗОК;
- ✓ информацията за контрола по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП е непълна, което не дава възможност за извършване на пълен анализ и оценка на резултатите от контрола при фундаменталното първо ниво на оказване на медицинска помощ;
- ✓ не е осигурена прозрачност на резултатите от предварителния контрол до края на 2017 г., което го правеше преди всичко регистрационен.

3. За първи път в България се прави анализ на използваните информационни системи (медицински софтуери) в ПИМП за целите на контрола – техните предимства и възможности.
4. Чрез разработена от докторантката анкетна карта е проучено мнението на ОПЛ относно нагласа и отношение към контрола на НЗОК, предприети действия при отхвърлени за заплащане извършени дейности и наложени санкции, влияние на дадените от НЗОК препоръки върху практиките за ПМП (при наличие), степен на познаване на използвания

медицински софтуер, осигуряване на законосъобразно и ефективно разходване на нормативно определените средства за ПИМП.

5. Формулирани са конкретни препоръки към съответните институции за прецизиране на нормативната уредба в областта на осъществявания от НЗОК контрол, оптимизиране на контролния процес при фундаменталното, първо ниво на оказване на медицинска помощ, а оттук и до повишаване на качеството на предоставяната ПИМП.
6. Осъщественото комплексно проучване установява, както редица недостатъци при контрола в здравната система по отношение на ПИМП, така и дава реални решения за по-ефективен контрол и оползотворяване на публичните ресурси.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Андрейчин Л., Л. Георгиев, Ст. Илчев, Н. Костов, Ив. Леков, Ст. Стойков, Цв. Тодоров, Български тълковен речник, изд. „Наука и изкуство“, София, 2005
2. Брънзалов Н., Социалната политика не бива да се прави за сметка на лекарския труд, 10.09.2019 г. - www.medicalnews.bg
3. Брънзалов Н., БЛС даде мандат за подписването на НРД 2020-2022, сп. „Quo vadis“, София, година XVI, бр. 12/20.12.2019 г., с. 6
4. Борисов В., Здравен мениджмънт, 2009, с. 113-116
5. Борисов В., Метаморфозите на българския здравноосигурителен модел, сп. „Медицински меридиани“, бр. 1/2018, с. 3-13
6. Борисова Б., Извънболничната медицинска помощ – функции, организация и проблеми, изд. „Стено“, Варна, 2014
7. Борисова Б., Извънболничната медицинска помощ като приоритетен сектор на Националната здравна система, Общественото здравеопазване в условия на криза – Годишник на Факултета по обществено здраве, Медицински университет – София, 2015, с. 197-210
8. Борисова Б. Извънболничната помощ – от подценявана към приоритетна, сп. „Медицински меридиани“, 2016, бр. 1, с. 17-24
9. Българска стопанска камара, Здравеопазване 2014 г.: състояние, проблеми, решения, предизвикателства - www.bia-bg.com
10. Воденичаров Ц., Тенденции в съвременните здравно-осигурителни системи, Ново обществено здравеопазване, София, т. 1, 1998, с. 260-261
11. Воденичаров Ц., 10-те принципа на медика и мениджъра, изд. „Симелпрес“, София, 2010, с. 95
12. Воденичаров Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, сп. „Здравен мениджмънт“, 2005, бр. 2, стр. 5-14

13. Воденичаров Ц., В. Борисов, Феноменът обществено здраве в променящия се свят, изд. „ГорексПрес“, София, 2017, с. 23, 50, 319
14. Воденичарова Ал., Новият стил на управленски професионализъм в България, Дисертационен труд, София, 2016, с. 19
15. Гладилов Ст., Модел на стратегия за догонващо икономическо развитие на здравеопазването за периода до 2020 г., сп. „Здравен мениджмънт“, бр. 3, 2005, стр. 5-11
16. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2001 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
17. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2002 г. - www.gov.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
18. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2003 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
19. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2004 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
20. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2006 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.
21. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2007 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
22. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2008 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
23. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2009 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
24. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2010 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
25. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2011 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
26. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2012 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)

27. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2013 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
28. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2014 г. - www.gov.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
29. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2015 г. - www.gov.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
30. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2016 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
31. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2017 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
32. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2018 г. - www.gov.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
33. Гочев Г., Проблеми на специализирания контрол върху предоставянето на медицинска помощ, 2016 – www.gramada.org (достъпно към 01.10.2020 г.)
34. Делчева Е., Здравна икономика, изд. УИ „Стопанство“, С, 2011, с. 151
35. Джугларска М., Контрол по изпълнението на договорите за оказване на първична извънболнична медицинска помощ, сп. „Здравна политика и мениджмънт“, 2018, том 18, бр. 2, с. 42-47
36. Джугларска М., Медицинският софтуер в помощ на контрола в първичната извънболнична медицинска помощ, XLIII Научно-технологична сесия „КОНТАКТ 2019“, 28 юни 2019 г., София, изд. „Темто“, с. 102-109
37. Джугларска М., Контролът от НЗОК в първичната извънболнична медицинска помощ – минало и настояще, Национална научна конференция с международно участие „НАУКА И ОБЩЕСТВО 2019“, 2-3 октомври 2019 г., Кърджали, изд. „РКР принт“ ООД, с. 114-122
38. Джугларска М., Предварителният контрол в първичната извънболнична медицинска помощ – за първи път с данни за 2018 г., XLIV Научно-

технологична сесия „КОНТАКТ 2019“, 25 октомври 2019 г., София, изд. „Темто“, с. 165-172

39. ДЗЗД „КПМГ България, Ню Ай и София Консултинг“ (KPMG), Преглед на осъществени функционални анализи и реализирани политики за модернизиране на релевантни на НЗОК структури във всички държави членки на ЕС, 19 октомври 2012 г., с. 58
40. Димитров Гр., Организация и финансиране на здравната система, изд. ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, София, 2014, с. 23, 248
41. Димитров Гр., Рискове и предизвикателства при реформиране на здравната система, изд. ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, София, 2018, с. 134, 142
42. Договор № РД-НС-01-3/30.12.2011 г. за приемане на обеми и цени на медицинската помощ за 2012 г. между НЗОК и БЛС (обн., ДВ, бр. 5 от 17.01.2012 г.)
43. Договор № РД-НС-01-2/29.12.2014 г. за приемане на обеми и цени на медицинската помощ за 2015 г. между НЗОК и БЛС (обн., ДВ, бр. 5 от 20.01.2015 г.)
44. Договор № РД-НС-01-4-4/14.08.2020 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2020-2022 г. (обн., ДВ, бр. 77 от 01.09.2020 г., в сила от 01.08.2020 г.)
45. Закон за бюджета на НЗОК за 2007 г. (обн., ДВ, бр. 105 от 22.12.2006 г.)
46. Закон за бюджета на НЗОК за 2014 г. (обн., ДВ, бр. 106 от 10.12.2013 г.)
47. Закон за бюджета на НЗОК за 2015 г. (обн., ДВ, бр. 107 от 24.12.2014 г.)
48. Закон за бюджета на НЗОК за 2016 г. (обн., ДВ, бр. 98 от 15.12.2015 г.)
49. Закон за бюджета на НЗОК за 2017 г. (обн., ДВ, бр. 98 от 09.12.2016 г.)
50. Закон за бюджета на НЗОК за 2018 г. (обн., ДВ, бр. 101 от 19.12.2017 г.)
51. Закон за бюджета на НЗОК за 2019 г. (обн., ДВ, бр. 102 от 11.12.2018 г.)
52. Закон за бюджета на НЗОК за 2020 г. (обн., ДВ, бр. 99 от 17.12.2019 г.)

53. Закон за здравето (обн., ДВ, бр.70 от 10.08.2004 г., посл. изм. бр. 67 от 28.07.2020 г.
54. Закон за здравното осигуряване (обн., ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г., посл. изм. и доп. бр. 67 от 28.07.2020 г.)
55. Закон за лечебните заведения (обн., ДВ, бр. 62 от 09.07.1999 г., посл. изм. бр. 85 от 02.10.2020 г.)
56. Златанова-Великова Р., Т. Златанова, Ал. Воденичарова, Б. Борисова, Ст. Великов, Стратегическата роля на общопрактикуващия лекар във връзката първична-специализирана извънболнична помощ, Общественото здравеопазване в условия на криза – Годишник на Факултета по обществено здраве, Медицински университет – София, 2015, с. 110-125
57. Златанова Р., Организационни проблеми в дейността на общопрактикуващите лекари. Дисертация, София, 2005
58. Златанова Т., Оценка на потребностите като елемент на контролирания пазар на здравни услуги в първичната медицинска помощ, Дисертация, София, 2004
59. Златанова Т., Пазарът на здравеопазването не се регулира, не се управлява и не се анализира, Българският здравен портал – мобилна версия, 11.10.2017 г. - www.zdrave.net (достъпно към 01.10.2020 г.)
60. Златанова Т., Р. Златанова-Великова, Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, изд. „Дидакта консулт“, София, 2008, с. 13, 16, 41-49, 58-66
61. Златанова Т., Ц. Воденичаров, А. Кехайов, Предизвикателства пред здравеопазването на XXI век: ценности и принципи, сп. „Здравна политика и мениджмънт,“ 2019, том 19, № 4, с. 4
62. Златанова Т., Цв. Петрова-Готова, Н. Попов, Д. Щерева-Тзуни, Р. Янева, Въведение в икономическите знания, изд. „ГорексПрес“, София, 2016, с. 52

63. Златанова Т., Цв. Петрова-Готова, Н. Попов, Д. Щерева-Тзуни, Р. Янева, Икономика на здравеопазването, 2017, изд. „ГорексПрес“, София, с. 207-219
64. Иванов Г., Д. Димитрова, Въведение в общата медицина и общата медицинска практика, НСОПЛБ, 2012, с. 208-209
65. Илиева Ант., Контролът в здравеопазването, изд. „Ciela“, София, 2018
66. Институт „Отворено общество“, София, Доклад - Здравнонеосигурените лица и здравното осигуряване в България, 2009, с. 62, 82
67. Инструкция № РД-16-6/22.02.2010 г. за условията и реда за осъществяване на контрол по чл. 72, ал. 2 и 3 от ЗЗО
68. Инструкция № РД-16-31/23.06.2016 г. за условията и реда за осъществяване на контрол по чл. 72, ал. ал. 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 от ЗЗО, издадена от управителя на НЗОК - www.nhif.bg (достъпна към 01.10.2020 г.)
69. Керенчева Цв., Финансов контрол в здравеопазването в България, Списание за наука „Ново знание“ 7-3 (2018), с. 59-66
70. Комитов Гл., Стр. Генев. Финансиране на болничната помощ в света, ЕС и в България, сп. „Медицински меридиани“, бр. 1-2/2012, с. 3-22
71. Концепция за по-добро здравеопазване, приета от МС на 08.12.2010 г.
72. Лазарова М., Контролът в здравеопазването като елемент на ефективния мениджмънт, Дисертационен труд, София, 2019
73. Маркова Кр., Счетоводство и контрол, изд. „Симолини94“, С, 2012, с. 118
74. Маркова Кр., Т. Златанова, Цв. Петрова-Готова, Ал. Воденичарова, Методологични подходи за икономическа оценка на здравни програми, изд. „ГорексПрес“, София, 2015
75. Методика № РД-16-4 от 27.01.2010 г. за определяне на месечното заплащане за населени места - център на практики с неблагоприятни условия на работа на ОПЛ - www.nhif.bg (достъпна към 01.10.2020 г.)

76. Методика № РД-НС-04-18 от 14.02.2020 г. за определяне на месечното заплащане за работа в населени места с регистрирани в ИАМН/РЗИ адрес/и с неблагоприятни условия на работа на изпълнители на ПИМП - www.nhif.bg (достъпна към 01.10.2020 г.)
77. МФ, Финансиране и управление на здравеопазването – теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, 2006 - www.minfin.bg/document/2891:1
78. Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, издадена от министър на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 112 от 23.12.2004 г., изм. и доп., бр. 101 от 28.12.2010 г., в сила от 1.01.2011 г., отм.)
79. Наредба № 15 от 02.07.2008 г. за придобиване на специалност „Обща медицина" от общопрактикуващите лекари, издадена от министъра на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 63 от 15.07.2008 г., изм. и доп., бр. 68 от 15.08.2014 г.)
80. Наредба № 2 от 25.03.2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, издадена от министъра на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 24 от 29.03.2016 г., в сила от 01.04.2017 г., обявена за нищожна с Решение № 11779 от 05.10.2017 г. на ВАС на РБ – бр. 22 от 13.03.2018 г.)
81. Наредба № 8 от 03.11.2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, издадена от министъра на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 92 от 22.11.2016 г.; посл. изм., бр. 2 от 04.01.2019 г.)
82. Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, издадена от министъра на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 98 от 13.12.2019 г., доп., бр. 38 от 24.04.2020 г., в сила от 24.04.2020 г.)

83. Национален рамков договор между НЗОК и БЛС и Съюза на стоматолозите в България за 2000 г. (обн., ДВ, бр. 42 от 23.05.2000 г., отм., бр. 107 от 28.12.2000 г.)
84. Национален рамков договор между НЗОК и БЛС и Съюза на стоматолозите в България за 2001 г. (обн., ДВ, бр. 107 от 28.12.2000 г., отм., бр. 30 от 22.03.2002 г.)
85. Национален рамков договор между НЗОК и БЛС и Съюза на стоматолозите в България за 2003 г. (обн., ДВ, бр. 29 от 31.03.2003 г., отм., бр. 1 от 04.01.2005 г.)
86. Национален рамков договор между НЗОК и БЛС и Съюза на стоматолозите в България за 2005 г. (обн., ДВ, бр. 1 от 04.01.2005 г., с изтекъл срок на действие)
87. Национален рамков договор между НЗОК и БЛС и Съюза на стоматолозите в България за 2006 г. (обн., ДВ, бр. 106 от 30.12.2005 г., отм., бр. 102 от 22.12.2009 г.)
88. Национален рамков договор между НЗОК и БЛС и Българския зъболекарски съюз за 2010 г. (обн., ДВ, бр. 102 от 22.12.2009 г., с изтекъл срок на действие)
89. Национален рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2017 г. (обн., ДВ, бр. 24 от 21.03.2017 г., отм., бр. 28 от 29.03.2018 г.)
90. Национален рамков договор № РД-НС-01-4/23.12.2019 г. за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2020-2022 г. (обн., ДВ, бр. 7 от 24.01.2020 г., посл. изм. и доп. (към 01.10.2020 г.), бр. 77 от 01.09.2020 г.)
91. Национална здравна стратегия “По-добро здраве за по-добро бъдеще на България”, Министерство на здравеопазването, София, април 2001, с. 32-33

92. Национална здравна стратегия 2014-2020 г., приета от МС с решение от 21.09.2013 г. (неприета от НС), в последствие актуализирана с Национална здравна стратегия 2020 г., приета от НС с решение от 17.12.2015 г.
93. Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка на Република България 2012-2016 г., приета от МС с Протокол № 29 от 25.07.2012 г.
94. Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка на Република България 2017-2020 г., приета от МС с Решение № 1 от 05.01.2017 г.
95. Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017-2021 г., приета от МС с Решение № 8 от 06.01.2017 г.
96. Национална програма за подобряване на ваксинопрофилактиката на сезония грип 2019-2022 г., приета от МС с Решение № 6 от 10.01.2019 г.
97. Одитен доклад за извършен одит на отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2014 г. - www.bulnao.government.bg
98. Одитен доклад за извършен одит на отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2015 г. - www.bulnao.government.bg
99. Одитен доклад за извършен одит на отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2016 г. - www.bulnao.government.bg
100. Одитен доклад за извършен одит на отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2017 г. - www.bulnao.government.bg
101. Одитен доклад за извършен одит на отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2018 г. - www.bulnao.government.bg
102. Петрова-Готова Цв., Нагласа на пациентите към потребителската такса, сп. „Здравна икономика и мениджмънт“, 2008, бр. 1, с. 36-39

103. Петрова-Готова Цв., Подходи за оптимизиране на финансирането на първичната извънболнична медицинска помощ у нас, Дисертация, София, 2009
104. Петрова-Готова Цв., Първичната извънболнична медицинска помощ през погледа на пациентите, Доклади, Юбилейна научна конференция „Дни на общественото здраве", Плевен, 5 – 7 октомври, 2006, с. 192-197
105. Петрова Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов, Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции, изд. „Health media group", София, 2008, с. 251
106. Петрова Зл., Стр. Генев, Гр. Димитров, Р. Коларов, Управление на договорния процес в условията на задължителното здравно осигуряване в България, изд. „Ес принт" ООД, 2017 г., с. 11, 37.
107. Правила за условията и реда за утвърждаване от НЗОК за всяка РЗОК и за всяко тримесечие към договорите с изпълнителите на извънболнична първична и на извънболнична специализирана медицинска помощ на броя на назначаваните СМД и стойността на назначаваните МДД за 2020 г., приети с Решение № РД-НС-04-1 от 20.01.2020 г. на Надзорния съвет на НЗОК - www.nhif.bg (достъпни към 01.10.2020 г.)
108. Предложение с Изх. № 37/07.10.2019 г. относно размера на бюджет 2020 за ПИМП на председателя на НСОПЛБ - www.nsoplb.com (достъпно към 01.10.2020 г.)
109. ПМС № 212 от 06.10.2000 г. за определяне на лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и на техните специфични функции (обн., ДВ, бр. 84 от 13.10.2000 г., посл. изм., бр. 60 от 22.07.2014 г.)
110. ПМС № 45 от 21.02.2001 г. за определяне на Военномедицинската академия като лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и на нейните специфични функции и за приемане на ПУДВМА (обн., ДВ, бр. 18 от 27.02.2001 г., посл. изм. и доп., бр. 96 от 02.12.2016 г.)

111. ПМС № 159 от 17.07.2003 г. за определяне на лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и на техните специфични функции и за приемане на Правилник за устройството и дейността на лечебните заведения към Министерството на правосъдието (обн., ДВ, бр. 66 от 25.07.2003 г.)
112. ПМС № 193 от 28.08.2012 г. за определяне размера на сумите, заплащани от ЗОЛ за посещения при лекар, лекар по дентална медицина и за болнично лечение, и реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО (обн., ДВ, бр. 68 от 04.09.2012 г.)
113. Попов Н., Ст. Великов, Т. Златанова, Р. Златанова-Великова, Ал. Воденичарова, Д. Йовчев, Ем. Насева, Информационни и комуникационни технологии в здравеопазването, изд. „ГорексПрес“, София, 2015, с. 119-126
114. Радева М., Социологически аспекти за ролята на НЗОК в системата на здравеопазването, сп. „Здравен мениджмънт“, 2007/бр. 7, с. 49-57
115. Радева М., Регулативни стандарти в извънболничната медицинска помощ , заплащана от Националната здравноосигурителна каса – развитие на нормативната уредба и съдебна практика, сп. „Адвокатски преглед“, бр. 1-2/2010, с. 8-23
116. Списък на населени места за 2010 г. - центрове на практики с неблагоприятни условия и възнаграждение за работа в тях (месечни суми, заплащани от НЗОК на изпълнителите на ПИМП), утвърден от директора на НЗОК - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)
117. Списък с населени места с регистрирани в ИАМН/РЗИ адрес/и с неблагоприятни условия на работа на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ и възнаграждение за работа в тях (месечни суми, заплащани от НЗОК на изпълнители на ПИМП), утвърден от управителя на НЗОК, в сила от 01.01.2020 г. - www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020 г.)

118. Протокол (стенографски) от заседание на Надзорния съвет на НЗОК, проведено на 17.06.2019 г.- www.nhif.bg (достъпен към 01.10.2020г.)
119. Типов договор за оказване на ПИМП от лечебно заведение – индивидуална или групова практика за ПИМП или лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ - www.nhif.bg
120. Търновска М., Р. Стоянова, Системи на заплащане в общата медицинска практика и тяхната рефлексия върху професионалното поведение и етика на лекарите, KNOWLEDGE – International Journal, Vol. 23.4, Budva, Montenegro, May, 2018
121. Устройствен правилник на ИАМО (обн., ДВ, бр. 23 от 27.03.2015 г., отм.)
122. Фондация „Фридрих Еберт“, Съюз на учените в България, Здравната реформа в България – проблеми, перспективи, решения, 2004, с. 68-83
123. Шопов Д., Т. Стоева, Кадрова обезпеченост в първичната извънболнична медицинска помощ и някои аспекти в дейността по програма „Детско здравеопазване“, Обща медицина, том XXI, 4/2019, ISSN 1311-1817, с. 9-15
124. Янева Р., Б. Борисова, Мястото на пациента в триъгълника медицина-етика-икономика, сп. „Медицински меридиани“, 2012, бр. 1-2, с. 33-38
125. Янева Р., Преглед на основни промени в предмета на Националния рамков договор, сп. Здравна политика и мениджмънт, том 18, бр. 2/2018 г., с. 52-54
126. Bindman A. B., Primary and managed care. Ingredients for health care reform. Primary Care Research Center, San Francisco General Hospital, CA94110. West-J-Med. 1994 Jul; 161(1):78-82.
127. Dimova A., M. Rohova, St. Koeva, E. Atanasova, L. Koeva-Dimitrova, T. Kostadinova, A. Spranger, Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, 20(4), 2018

128. Djuglarska M., T. Zlatanova, Legal regulation of the primary health care control, Journal of Educational and Instructional Studies in the World, May 2019, Volume: 9, Issue: 2, ISSN: 2146-7463, 36-47
129. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил на страната 2019 г., State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, ISBN 9789264774407
130. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 18 June 1996, p. 4
131. Labonte R., D. Sanders, C. Packer, N. Schaay, Is the Alma Ata vision of comprehensive primary health care viable? Findings from an international project, Citation: Glob Health Action 2014, 7: 24997
132. Peckham S., K. Gousia, GP payment schemes review, Policy Research Unit in Commissioning and Healthcare System, 2014, p. 5
133. Pringle M., T.Wilson, R. Grol, Measuring „goodness" in individuals and healthcare systems. BMJ 2002; 325: 704 -707.
134. Rao M., Eva Pilot, The missing link – the role of primary care in global health, Citation: Glob Health Action 2014, 7: 23693
135. www.bgbit.com
136. www.blsbg.com
137. www.bulnao.government.bg
138. www.danina-g.com
139. www.gov.bg
140. www.gss.bg
141. www.kontrax.bg
142. www.mh.government.bg
143. www.nhif.bg
144. www.nisetbg.com
145. www.nsoplb.com
146. www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

147. Zlatanova T., Analysis of financing Primary Health Care in Bulgaria, Journal of International Scientific Publication: Economy & Business, Volume 4, Part 4, 2010, ISSN 1313-2555, pp. 201-217
148. Zlatanova T., R. Zlatanova-Velikova, V. Petkov, Structure and matchlessness of the primary medical help in Bulgaria, Asklepios, 2009, Volume III (XXII), pp. 75-80, ISSN 1310-0637
149. Eurostat (2014). Taxation Trends in the European Union. Data for the EU Member States, Iceland and Norway. Taxation and Customs Union. Office of the European Union: Luxembourg.
150. Tandon, Ajay; Fleisher, Lisa; Li, Rong; and Yap, Wei Aun. Reprioritizing Government Spending on Health: Pushing an Elephant Up the Stairs?, World bank, 2014

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Критерии за избор на обекти на контрол от НЗОК в ИМП за 2014 г.

- ✓ Контрол по изпълнение на диспансерно наблюдение на ЗОЛ от ОПЛ;
- ✓ Контрол по изпълнение на диспансерно наблюдение от лекар-специалист;
- ✓ Контрол по изпълнение на програми „Детско здравеопазване", „Майчино здравеопазване", профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст, формиране на рискови групи при ЗОЛ над 18-годишна възраст от ОПЛ/лекар със специалност „Педиатрия"/„Акушерство и гинекология";
- ✓ Контрол по изпълнение на програми „Детско здравеопазване", „Майчино здравеопазване", профилактика на рискови групи при ЗОЛ над 18-годишна възраст от лекар със специалност „Акушерство и гинекология"/ „Педиатрия"/друг профил;
- ✓ Тематични проверки на ОПЛ/лекари-специалисти, превишили броя на договорените, отчетени и заплатени диспансерни прегледи;
- ✓ Тематични медицински и финансови проверки на ОПЛ/лекари-специалисти с реализирани най-високи приходи през 2013 г. и/или първото полугодие на 2014 г.;
- ✓ Проверки на лечебни заведения (ЛЗ), които не са били изпълнители на ИМП през 2013 г. и са подали заявление за сключване на договор с НЗОК за оказване на ИМП през 2014 г., съгласно чл. 22, ал. 3 от НРД 2014 за МД;
- ✓ Проверка на лекари в МДЛ, извършили МДИ, назначени от ОПЛ/лекар-специалист в ЛЗ за ИМП на територията на друга РЗОК;
- ✓ Проверка на изпълнители на МДИ, отчели едновременно еднакви МДИ на едно и също ЗОЛ на територията на различни РЗОК;
- ✓ Тематични проверки на ОПЛ/лекари-специалисти, отчели прегледи на ЗОЛ в период на хоспитализация и в периода на 30 дни след дехоспитализация;

✓ Тематични проверки на МДЛ, отчели МДИ/ВСМДИ в период на хоспитализация и в периода на 30 дни след дехоспитализация;

✓ Проверки на лекари-специалисти по физикална и рехабилитационна медицина, отчели прегледи и физиотерапевтични процедури по групи, за които датите на извършването им са в период, през който ЗОЛ е бил хоспитализиран;

✓ Проверка на лекари-специалисти в ЛЗ за СИМП, получили разрешение/отказ за работа, извън ограничението на чл. 20 от НРД 2014 за МД;

✓ Проверки на ЛЗ за ИМП в РЗОК, отчели най-голям брой инцидентни посещения на ЗОЛ;

✓ Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти на база анализ на отчетената дейност от изпълнители на ПИМП, СИМП и МДД по видове дейности и изследвания, по РЗОК, надвишили средното за страната за периода на 2013 г. и/или и тримесечие/шестмесечие/деветмесечието на 2014 г.;

✓ Медицински и финансови проверки на ИМП, непроверявани през 2013 г. и 2014 г.;

✓ Тематични проверки на лекари в ЛЗ за СИМП и ПИМП с проследяване „пътя на пациента“ по условия и ред за оказване на медицинска помощ за заболявания, за които ЗОЛ са хоспитализирани повече от 2 пъти за едно и също/различни заболявания за периода юли–декември 2013 г;

✓ Проверки на ЛЗ за БП с клиника/отделение по психиатрия/кожно-венерически болести или ЦПЗ/ЦКВЗ, сключили договор с НЗОК за изпълнение на КДН;

✓ Назначаване на МДИ на ЗОЛ от ОПЛ, които не са в пациентската им листа;

✓ Проверка на изпълнители на МДИ, отчели едновременно еднакви МДИ на едно и също ЗОЛ на територията на една/различни РЗОК;

- ✓ Проверки на условия и ред за оказана медицинска помощ на ЗОЛ от лекари-специалисти по психиатрия/кожно-венерически болести за заболявания, за които ЗОЛ подлежи на диспансеризация;
- ✓ Проверки на изпълнители на ИМП, реализирали превишение на определените и отчетени брой СМД и стойност на МДД;
- ✓ Извършване на проверки по жалби и сигнали на ЗОЛ, изпълнители на медицинска помощ, институции и други.
- ✓ Проверка по условия и ред на оказване на медицинска помощ на ЗОЛ, на които са извършени и отчетени прегледи на ЗОЛ от ОПЛ/лекари-специалисти, МДИ/ВСМДИ/ВСМД в период на хоспитализация и/или в периода на 30 дни след дехоспитализация.

Приложение 2. Критерии за избор на обекти на контрол от НЗОК в ИМП за 2016 г.

✓ Проверки на ОПЛ/лекари-специалисти по условия и ред за оказване на ИМП по профилактика и/или диспансерно наблюдение на ЗОЛ;

✓ Проверки на лекари в ЛЗ за ИМП, назначили МДИ на ЗОЛ, което не е в пациентската листа на ОПЛ;

✓ Проверки на ЛЗ за ИМП, в които работят ОПЛ/лекари-специалисти с реализирани най-високи приходи по РЗОК за 2015 г. и трите тримесечия на 2016 г.;

✓ Проверки на лекари от ИМП, извършили и отчели прегледи на ЗОЛ от ОПЛ/лекари-специалисти, МДИ/ВСМДИ в период на хоспитализация и в периода на 30 дни след дехоспитализация;

✓ Проверки на изпълнители на ИМП, реализирали превишение на отчетените брой СМД и стойност на МДД за 2015 и 2016 г.;

✓ Проверки на ОПЛ/лекари специалисти, превишили броя на договорените, отчетени и заплатени диспансерни прегледи за 2015 г.;

✓ Проверки на ЛЗ, изпълнители на МДИ относно отчетени еднакви МДИ на едно и също ЗОЛ от две и повече МДЛ на територията на една РЗОК/ на различна РЗОК, съгласно справки, изготвени в дирекция ИМДП;

✓ Проверки на ИМП относно несъответствия за заболявания с МКБ код, отразени в регистър „Диспансерно наблюдение“ и заболявания с МКБ код, отразени в регистър „Рецептурни книжки“;

✓ Проверки на лекари-специалисти по ревматология/детска ревматология по условия и ред за оказване на ИМП на ЗОЛ за заболявания, подлежащи на задължително диспансерно наблюдение, съгласно чл. 1, ал. 2, т. 1 от Наредба № 7 от 06.11.2015 г. за критериите за определяне на заболяванията, за чието домашно лечение НЗОК заплаща напълно или частично лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели;

- ✓ Контрол на непроверявани изпълнители на ИМП; на изпълнители на КДН;
- ✓ Проверки по жалби и сигнали на ЗОЛ, изпълнители на медицинска помощ, институции и други.

Приложение 3. Критерии за избор на обекти на контрол от НЗОК в ИМП за 2017 г.

✓ Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти по условия и ред за оказване на ИМП по профилактика на ЗОЛ и диспансерно наблюдение, в т.ч. превишен брой на отчетените прегледи по диспансерно наблюдение за 2016 г.;

✓ Проверки на лекари в ЛЗ за ИМП назначили МДИ на ЗОЛ, което не е в пациентската листа на ОПЛ, по предоставени данни от дирекция ИПСИ;

✓ Проверки на ЛЗ за ИМП, в които работят ОПЛ/лекари-специалисти с реализирани най-високи приходи по РЗОК за 2016 г.;

✓ Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти на база анализ на отчетената дейност от изпълнители на ПИМП и СИМП по видове дейности в РЗОК, надвишили средното за страната;

✓ Проверки на изпълнители на ИМП, реализирали превишение на отчетените брой СМД и стойност на МДД;

✓ Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти на база анализ на изпълнение на договорите в ПИМП и СИМП по видове дейности в РЗОК, надвишаващи средното за страната през 2016 г.;

✓ Проверки на ЛЗ, изпълнители на МДИ относно отчетени еднакви МДИ на едно и също ЗОЛ от две и повече МДЛ на територията на една РЗОК или различни РЗОК, съгласно справки изготвени в дирекция ИМДП;

✓ Контрол на ИМП съвместно с НАП, съгласно Инструкция № РД-16-39 от 01.11.2013 г. за взаимодействие с НАП и НЗОК

✓ Контрол на ИМП, съвместно с ИАМО, съгласно Меморандум за сътрудничество № РД-14-86 от 12.04.2017г.;

✓ Контрол на непроверявани изпълнители на ИМП

✓ Извършване на проверки по жалби и сигнали на ЗОЛ, изпълнители на медицинска помощ, институции и други.

Приложение 4. Критерии за избор на обекти на контрол от НЗОК в ИМП за 2018 г.

✓ Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти по условия и ред за оказване на ИМП по диспансерно наблюдение на ЗОЛ;

✓ Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти по условия и ред за оказване на ИМП по профилактика на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, извършен вторичен профилактичен преглед;

✓ Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти по условия и ред за оказване на ИМП по програми „Детско здравеопазване“ и „Майчино здравеопазване“;

✓ Тематични проверки по имунопрофилактика на деца до 18 години, съвместно с МЗ/РЗИ по изпълнение на имунизационния календар;

✓ Проверка на ОПЛ/лекари-специалист на база анализ на отчетената дейност от изпълнители на ПИМП и СИМП по видове дейности, надвишили средното за страната, по РЗОК;

✓ Проверки на лекари в ЛЗ за СИМП и ПИМП с проследяване „пътя на пациента“ по условия и ред за оказване на медицинска помощ за заболявания, за които ЗОЛ са хоспитализирани повече от 2 пъти за едно и също/различни заболявания;

✓ Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти, издали най-много направления за хоспитализация на ЗОЛ, отчетени по клинични пътеки от лечебни заведения за БП, превишаващи броя на отчетените случаи по същите клинични пътеки от УМБАЛ и МБАЛ;

✓ Проверки на ЛЗ за ИМП, в които работят ОПЛ/лекари-специалисти с реализирани най-високи приходи по РЗОК за 2017 г. и 2018 г.;

✓ Проверки на лекари в ЛЗ за ПИМП назначили МДИ на ЗОЛ, което не е в пациентската листа на ОПЛ;

✓ Проверки на изпълнители на ИМП, реализирали превишение на отчетените брой СМД и стойност на МДД;

- ✓ Проверки на ЛЗ, изпълнители на МДИ относно отчетени еднакви МДИ на едно и също ЗОЛ от две и повече МДЛ на територията на една РЗОК/ на различна РЗОК, съгласно справки изготвени в дирекция ИМДП;
- ✓ Проверки на територията на 18 РЗОК, на МДЛ получили най-високи приходи за периода м. януари-декември 2017 г. и м. януари-април 2018 г.;
- ✓ Проверка на лекари-специалисти в лечебни заведения за СИМП, относно изпълнение на чл. 21, ал. 2 от НРД за медицинските дейности за 2018 г.;
- ✓ Проверки на непроверявани ИМП;
- ✓ Извършване на проверки по жалби и сигнали на ЗОЛ, изпълнители на медицинска помощ, институции и други.

Приложение 5. Електронни регистри поддържани от дирекция ИМДП

✓ Справка № 1 - Списък на резултатите от контролната дейност в РЗОК за ИМДП - включващ изготвянето на анализи за договарянето, методологичната и контролната дейност на звеното, изготвянето на периодични отчетни доклади за контролната и методологичната дейност и контролната дейност на РЗОК;

✓ Справка № 2 - Списък за контролната дейност на дирекцията по тримесечия;

✓ Списък/регистър на медико-статистическа информация на тримесечия по РЗОК, по видове дейности в ПИМП, СИМП и МДИ, на отчетени и заплатени на ЛЗ за ИМП, дейности на базата на които се осъществяват анализи за нуждите на мониториране и контрол на дейностите;

✓ Списък/регистър на медико-статистическа информация на тримесечия по РЗОК, по видове дентални дейности на отчетени и заплатени на ЛЗ за ДП, дейности на базата на които се осъществяват анализи за нуждите на мониториране и контрол на денталните дейности;

✓ Списък с жалби/сигнали от ЗОЛ, договорни партньори и институции за ИМДП;

✓ Списък, на жалбите по реда на чл.59б, ал. 3 от ЗЗО срещу издадените откази от директорите на РЗОК за сключване на договор с ЛЗ за ИМДП;

✓ Списък на жалбите срещу писмени покани на директорите на РЗОК за възстановяване суми, получени без правно основание издадени на основание на чл.76а и 76б от ЗЗО за ИМДП;

✓ Риск-регистър и документи по системата за управление на риска;

✓ Списък на съгласия/откази по реда на чл. 21, ал. 2 от НРД 2017 г./2018 г. за МД, за сключване на трети договор с НЗОК за оказване на СИМП;

✓ Списък на Заведени съдебни дела по ЗЗО, АПК и ЗАНН, по РЗОК за ИМДП.

Приложение 6. Анкетна карта

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ, ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА ПО ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

АНКЕТНА КАРТА

Уважаема госпожо/Уважаеми господине,

Настоящата анкета се прави с научно-изследователска цел. Вашето участие ще помогне за разкриване на основни проблеми, пред които са изправени общопрактикуващите лекари (ОПЛ) при контрола от НЗОК по изпълнението на договорите за оказване на първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) и формулиране на препоръки за оптимизиране на контролния процес. Участието Ви в анкетата е напълно анонимно и конфиденциалността Ви е гарантирана.

Моля Ви, да отговорите на зададените въпроси като подчертаете, оградите или впишете избрания от Вас отговор:

1. Вашият пол:

1. Мъж 2. Жена

2. Вашата възраст:

1. до 35 г. 2. 36-45 г. 3. 46-55 г. 4. 56-65 г. 5. над 65 г.

3. Вие работите в:

1. Индивидуална практика за първична медицинска помощ
2. Групова практика за първична медицинска помощ

4. Местонахождение на Вашата практика:

1. Столица 2. Град 3. Село

5. Вашата специалност/специалности:

1. Обща медицина
2. Вътрешни болести
3. Педиатрия
4. Зачислен(а) съм по специалността „Обща медицина“
5. Друго ……...

6. Вашият стаж като ОПЛ е:

1. 0-5 г. 2. 6-10 г. 3. 11-15 г. 4. 16 и повече години

7. Според Вас, необходим ли е контрол от НЗОК по изпълнението на договорите за оказване на ПИМП?

1. Да 2. Не 3. Въздържам се от мнение

8. Според Вас, резултатите от окончателната обработка на електронните отчети (контрола преди заплащане на оказаната ПИМП) отговарят ли на извършените дейности (може да изберете повече от един отговор)?

1. Да, одобрените за заплащане дейности отговарят на извършените дейности

2. Отчасти, поради случаи на отхвърлени за заплащане дейности, които са извършени, но отчетени с пропуски в документацията

3. Отчасти, поради случаи на отхвърлени за заплащане дейности, които са извършени, но отчетени неправилно

4. Отчасти, поради съществуваща възможност за одобряване на дейности, които на практика може да не са извършени, но да са отчетени правилно

5. Друго ……..

9. Уведомявали ли са Ви по електронен път относно основанията за отхвърляне на отчетените от Вас дейности?

1. Да 2. Отчасти 3. Не 4. Неотносим за Вас въпрос

10. Във Вашата практика, оспорвали ли сте пред НЗОК отхвърлени за заплащане дейности?

1. Винаги 2. Понякога 3. Никога

11. Ако сте оспорвали отхвърлени за заплащане дейности, какъв е бил за Вас крайният резултат?

1. До 31.03.2018 г.

1. В преобладаващия случай, одобрени за заплащане дейности

2. В преобладаващия случай, отхвърлени за заплащане дейности

2. След 01.04.2018 г. (с въвеждане на електронния документ „Известие след контрол“)

1. В преобладаващия случай, одобрени за заплащане дейности чрез получаване по електронен път на „Известие след контрол“

2. В преобладаващия случай, отхвърлени за заплащане дейности чрез получаване по електронен път на „Известие след контрол“

12. Ако не сте оспорвали отхвърлени за заплащане дейности, моля, посочете причините за това?

1. Отхвърлянето за заплащане на отчетените от Вас дейности е основателно

2. Отхвърлянето за заплащане на отчетените от Вас дейности не е основателно, но тяхната сума няма да покрие разходите, в случай на оспорване

3. Отхвърлянето за заплащане на дейностите не е основателно и тяхната сума превишава разходите, които ще направите в случай на оспорване, но не желаете да се натоварвате с допълнителни проверки, които биха нарушили работния Ви график

4. Друго ……

13. През последните три години (2017 г., 2018 г. и 2019 г.) какъв друг вид контрол, освен контрола преди заплащане на оказаната ПИМП, е осъществяван от НЗОК спрямо Вашата практика (може да изберете повече от един отговор)?

1. Внезапен контрол (проверка в момента на предоставяне на медицинската помощ)
2. Последващ контрол (проверка след заплащане на отчетената дейност)
3. Проверки по жалби, подадени от здравноосигурени лица до НЗОК
4. Никой от посочените отговори

14. При този друг вид контрол, налагани ли са Ви санкции от НЗОК (по принцип)?

1. Да 2. Не

15. Ако са Ви налагани санкции, обжалвали ли сте ги по съдебен ред?

1. Винаги 2. Понякога 3. Никога

16. Ако сте обжалвали наложени от НЗОК санкции, в чия полза е отсъдил компетентният съд (при различни случаи, може да изберете повече от един отговор)?

1. Във Ваша полза
2. В полза на НЗОК
3. Делото все още не е приключило

17. При този друг вид контрол, давани ли са Ви препоръки от НЗОК (по принцип)?

1. Да 2. Не

18. Ако са Ви давани препоръки, какво е било тяхното влияние върху Вашата практика (може да изберете повече от един отговор)?

1. Подобряване на организацията на Вашата дейност
2. Усложняване на организацията на Вашата дейност
3. Не оказва влияние на организацията на Вашата дейност
4. Подобряване на качеството на оказваната от Вас медицинска помощ
5. Влошаване на качеството на оказваната от Вас медицинска помощ
6. Не оказва влияние на качеството на оказваната от Вас медицински помощ
7. Друго ……...

19. Използваният във Вашата практика медицински софтуер е:……..

20. Смятате ли, че познавате всички функционални възможности на използвания от Вас медицински софтуер?

1. Да 2. Не

21. Ако на въпрос 20 сте отговорили с „Не“, моля, посочете причините за това (може да изберете повече от един отговор):

1. Ползваните от Вас функционални възможности на медицинския софтуер са Ви напълно достатъчни

2. Ползваните от Вас функционални възможности на медицинския софтуер не са Ви напълно достатъчни, но не желаете да нарушавате работния си график/отнемате от личното си време за обучения от фирмата-доставчик

3. Ползваните от Вас функционални възможности на медицинския софтуер не са Ви напълно достатъчни, но не желаете да правите допълнително разходи за обучения от фирмата-доставчик

4. Друго ……

22. Запознати ли сте със системата Аренал – национален приложен сървър за обмен на данни при назначаване на лабораторни изследвания на пациенти?

1. Да 2. Не

23. Използваният от Вас медицински софтуер, предлага ли достъп до системата Аренал?

1. Да, без допълнително заплащане 3. Не

2. Да, срещу заплащане 4. Не съм запознат(а)

24. Използвате ли тази функционална възможност във Вашата практика?

1. Да 2. Не 3. Неотносим за Вас въпрос

25. Как бихте оценили функционалните възможности на Вашия медицински софтуер, с оглед подпомагане на текущата Ви работа, контрол и отчетност?

1. Отлични 2. Добри 3. Слаби 4. Не мога да преценя

26. Смятате ли, че контролът от НЗОК в ПИМП осигурява законосъобразно разходване на нормативно определените за това ниво публични средства?

1. Да 2. Отчасти 3. Не

27. Ако на въпрос 26 сте отговорили с „Отчасти“ или „Не“, моля, подкрепете Вашето мнение с мотиви (може да изберете повече от един отговор):

1. Контролът от НЗОК е по документи, а тяхното съдържание може да не отговаря на реално извършените дейности

2. Случаите с доказани корупционни практики в здравеопазването подкопават доверието на обществото към контрола от НЗОК по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ, в т.ч. ПИМП

3. Въпреки одобрените за заплащане от НЗОК медицински дейности, плащането на частта от тях с трансферни средства от Министерството на здравеопазването се бави

4. Друго …….

28. Според Вас, разходват ли се ефективно нормативно определените средства за ПИМП?

1. Да 2. Отчасти 3. Не

29. Ако на въпрос 28 сте отговорили с „Отчасти“ или „Не“, моля, подкрепете Вашето мнение с мотиви (може да изберете повече от един отговор):

1. При контрола от НЗОК, не е нормативно установено търсенето на ефекта от заплащането на отчетената дейност от изпълнителите на ПИМП

2. Установената практика през последните две години (2017 г. и 2018 г.), първоначално одобрените здравноосигурителни плащания за ПИМП да бъдат впоследствие коригирани в посока „намаление“, не говори за добро управление и ефективно разходване на тези средства

3. Наложените ограничения в дейността на ОПЛ водят до неефективно разходване (излишно издаване на направления за специалист) на нормативно определените средства в ПИМП

4. Друго ……

30. Какви са Вашите предложения за подобряване на контрола от НЗОК в ПИМП?.....
.....

Благодарим Ви за отзивчивостта!