

Изм. № 845/16.12.2013 г.

ДО
Д-Р ТАНЯ АНДРЕЕВА
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Становище, относно Проект за Наредба за изменение и допълнение на Наредба 40 за определяне основния пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Уважаема д-р Андреева,

В Мотивите към Проекта се отбелязва, че „основната цел при изготвянето на промените е да се реализират приоритетите в политиката на правителството за осигуряване на здравноосигурените лица на профилактика, диагностика, лечение и диспансеризация“, „Наредбите се актуализират във връзка с подписването на новия Национален рамков договор за 2014 г.“ и „Извършена е оптимизация на пакетите изследвания за целите на медицинската експертиза, които се заплащат от НЗОК. Това ще улесни значително достъпа на пациентите до ТЕЛК и НЕЛК, защото за удобство ще могат да използват направените им изследвания за целите на диспансерното наблюдение, с давност до една година.“

Приветстваме тези промени и считаме, че те ще постигнат поставените от МЗ цели, а именно улесняване на достъпа на пациентите до ТЕЛК и НЕЛК.

В Мотивите се отбелязва, че „Промените в наредбите са извършени на базата на финансови анализи и са съобразени с проекта на бюджет на НЗОК през 2014 година.“

В същото време в Проекта са включени промени, чието финансиране не е съобразено с публикувания Закон за бюджета на НЗОК за 2014 г.

1. Забележка 2 след таблиците в Приложения 6 и 7 на практика регламентира включването на експертизата дейност на личните лекари по отношение на експертизата на лицата с трайно намалена работоспособност в пакета дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК.

Тази дейност досега се извършваше от лекарите съгласно Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, приет с Постановление № 83 на Министерския съвет от 2010 г. (обн., ДВ, бр. 34 от 2010 г.). Считаме, че досегашният ред на подготовка на пациентите от ОПЛ за освидетелстване не трябва да се променя. Подготовката на лицата за представянето им пред ТЕЛК е отговорна експертна дейност, отнемаща 40-60 минути за обслужването на един пациент и в повечето случаи се извършва извън графика за амбулаторна лечебно-профилактична дейност. Освен това, дейността по експертиза на трайната работоспособност се извършва единствено с цел

получаване на социални, вкл. финансови придобивки за увредените лица и няма принос към диагностичния или лечебен процес.

Тази дейност е част от експертните дейности по експертиза на трайната неработоспособност, която съгласно чл. 82 ал. 1 т. 7 от Закона за здравето се извършва извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Единствените дейности, които съгласно 33 се финансират от бюджета на НЗОК, са описаните в чл. 107 ал. 2 високоспециализирани и скъпоструващи медикодиагностични изследвания, свързани с процеса на медицинската експертиза на работоспособността по искане на ТЕЛК и НЕЛК.

В дефинициите към 330 отсъства определение на „медицинска експертиза на трудоспособността“, което да включва дейности за извършване на експертиза на трайната неработоспособност

От всичко изложено следва, че включването на експертизната дейност за представяне на увредените лица пред ТЕЛК в основния пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, противоречи на действащите в РБългария 33 и 330.

Такава би могла да се извършва безплатно за пациентите, само ако бъде осигурено адекватно целево финансиране на тази дейност на ОПЛ от бюджета на МЗ (съгласно чл. 82 от 33) чрез целеви трансфер към НЗОК. Такъв в публикувания Закон за бюджета на НЗОК за 2014 година не се предвижда. Поради тази причина включването на експертизната дейност на ОПЛ в Наредба 40, приложения 6 и 7, може да доведе до влошаване на качеството на експертизната дейност; необходимост от регламентиране на допълнително работно време на ОПЛ за експертизна дейност, извън графика за медицинските дейности за да не се компрометира лечебно-диагностичната и профилактична дейност в графика за амбулаторни дейности; възможно забавяне на представянето на увредените лица пред ТЕЛК и увеличаване на недоволството им от въведения регламент.

2. Включването на CRP и ревматоидният фактор като ВСМДИ, във връзка с условията в НРД, ограничаващи назначаването на тези изследвания от ОПЛ, ще затрудни диагностиката на острите заболявания в първичната помощ и до ненужно оскъпяване на медицинската дейност поради необходимост от извършване на консултация със СИМП за назначаването им.

3. По отношение на предвиденото в параграф 12 включване на задължително ежегодно изследване на децата от 7 до 18 години за белтък в урината предлагаме да се премахне текста в скобите („с тест-лента в кабинет“). Регламентирането на извършване на скрининг за протеинурия в детска възраст следва да позволява възможност за точна диагностика, която се постига трудно с използваните в практиката тест-ленти. С оглед голямото количество фалшиво-положителни и фалшиво-отрицателни резултати от ориентировъчните изследвания с тест-ленти считаме, че изследването на урина за белтък следва да се извършва чрез химични методи в медикодиагностичните лаборатории, където се контролира качеството на изследването, и по изключение ориентировъчно в кабинетите на ОПЛ (напр. когато достъпът до лаборатория е затруднен или прегледът се извършва извън работното време на лабораторията). Освен това, извършването на

изследване на урина в кабинетите на ОПЛ ще доведе до увеличаване на разходите за извършване на профилактични прегледи, което не е съобразено с предвидените за ПИМП средства в ЗБНЗОК за 2014 г. и запазването на цената, заплащана от НЗОК за извършване на профилактичен преглед на децата от 7 до 18 години.

4. **Предлагаме също да отпадне изследването на урина с тест-лента и при профилактичния преглед на възрастни над 18 години, тъй като информативната му стойност е незначителна, сравнено с разхода на време и утежняването на профилактичния преглед за пациента.**

5. **Обръщаме внимание и на още един текст от Проекта, който със сигурност се нуждае от корекция.**

„ § 9. В Приложение № 11 към член единствен се правят следните изменения и допълнения:

1. на ред „Злокачествено новообразувание на шийката на матката“ с код по МКБ C53.1, в колона 3 „Специалист, провеждащ диспансеризацията“ думата „онкогинеколог“ се заменя с „гинеколог“;

2. на ред „Злокачествено новообразувание на простатата“ с код по МКБ C61, в колона 3 „Специалист, провеждащ диспансеризацията“ думата „онкогинеколог“ се заменя с „гинеколог“;

Използваме случая да изпратим отново и предложените от нас през месец август т.г. промени в обсъжданите наредби, които не са отразени в проекта.

Изх. № 776/09.08.2013 г.

ДО
Д-Р ТАНЯ АНДРЕЕВА
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА ПРОМЕНИ В НАРЕДБИ И ЗАКОНИ

Изготвени от НСОПЛБ

Във всеки текст думите „личен лекар“ да се заменят с „Общопрактикуващ лекар“, „ОПЛ“.
НАРЕДБА 39 ЗА ПРОФИЛАКТИЧНИТЕ ПРЕГЛЕДИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯТА

- **Да отпадне чл. 3 „Минималната продължителност на профилактичен преглед и преглед при диспансеризация е петнадесет минути“**

Мотиви: Профилактичният и диспансерният преглед са многоетапни, като често включват повече от 3 посещения на пациентите (след получаване на резултати от изследвания и консултации).

Формалното изискване за 15-минутен интервал между 2 прегледа не е показател за качество на прегледа.

- **Да отпадне чл. 4 ал. 10 „Всеки личен лекар е длъжен да поставя на общодостъпно място в лечебното заведение за първична извънболнична медицинска помощ информация относно вида и честотата на профилактичните прегледи и изследвания, на които подлежат лицата над 18 г.“**

Мотиви: Пасивната информация чрез писмени съобщения по стените има много малка роля в информираността на пациентите. Тази информация е достъпна на сайта на НЗОК за всички интересуващи се.

- **Нова ал. 1а в чл. 8 „Медицинската документация по ал. 1 може да се съхранява в електронен вид, като подписът на пациента се поставя чрез електронно графично устройство (пен-таблет) и се съхранява прикачен към електронния амбулаторен лист“**

Мотиви: Дава възможност за съхраняване на информацията от прегледите в електронен формат и дигитално подписване от пациента, което позволява електронен обмен на информация, бърза и точна статистическа обработка на данните. В момента данните за здравното състояние на пациентите, лекувани на всички нива, се съхранява под формата на електронни файлове. Хартиената документация служи единствено за целите на контрола на НЗОК и пред ТЕЛК.

- **чл. 9 ал. 2 „Личният лекар съхранява медицинската документация за всички извършени профилактични прегледи и изследвания на пациентите, включително извършени и от други лечебни заведения, три години след навършване на 18-годишна възраст - за децата, а при бременните - три години след прекратяване на бременността“**

да се промени:

„Личният лекар съхранява медицинската документация на хартия носител за всички извършени профилактични прегледи и изследвания на пациентите, включително извършени и от други лечебни заведения (ако са предоставени на личния лекар от пациента), три години след извършването им - за децата, а при бременните - три години след прекратяване на бременността. Информацията в електронен формат се съхранява от ЛЗ и НЗОК.“

Мотиви: Намалява се срока за съхранение на хартиената документация от извършените прегледи, което редуцира обема на бумажната и решава трудностите със съхранението ѝ.

Значение на думата бумажина:

ж., само ед. Пренебр. Формализъм в административната работа; канцеларщина, бюрокрация.

- **Чл. 11 „В случаите, когато здравноосигуреното лице направи нов избор на личен лекар, новоизбраният лекар изисква от досегашния копие от медицинската документация за извършените профилактични прегледи и изследвания.“**

да се промени:

„В случаите, когато здравноосигуреното лице направи нов избор на личен лекар, РЗОК предоставя на новоизбрания лекар информация от информационната база за извършените профилактични прегледи и изследвания или осигурява на ОПЛ и/или пациента достъп до информацията“

- В Преходни и заключителни разпоредби се създава нов §4:

„Осъществяването на конкретно изследване или консултация в рамките на диспансерното наблюдение се извършва по преценка на лекаря, който извършва диспансерното наблюдение, съобразно вида на заболяването и индивидуалните нужди на пациента в рамките на посочените в приложенията на НРД видове и общ годишен брой. Консултациите със специалисти се извършват само по специалности, различни от признатите на диспансеризиращия лекар, независимо от посоченото в приложенията на НРД“.

- В приложение 5 и 7 на Наредба 39 да се включат диагнозите N40 (доброкачествена хиперплазия на простатата), E78 (дислипидемии) като заболявания, наблюдавани „до края на живота“ и D25 (лейомиом на матката) като заболяване, наблюдавано от СИМП-АГ „до края на живота“ или „до оздравяване“.

Мотиви: Хронични състояния, които в момента не се диагностицират активно, не се наблюдават и водят до значими разходи за лечение в напредналите стадии на заболяванията.

- Да отпаднат фиксираните дни за посещения на новородените

(забележка към Приложение 1) „До 28-ия ден от раждането детето се посещава в дома от лекар (със снемане на анамнеза и подробен обективен статус) в първите 24 часа и между 14-ия и 20-ия ден след изписването му от лечебното заведение, където се е родило

Да се промени така:

„До 28-ия ден от раждането детето се посещава в дома от лекар (със снемане на анамнеза и подробен обективен статус) в първия възможен ден след записването му в пациентската листа на ОПЛ и след 15-ия ден от раждането по преценка на ОПЛ (след съгласуване с родителите – вариант)“

Мотиви: в първите 24 часа родителите все още не са избрали ОПЛ за детето си, което прави неизпълнимо това изискване.

НАРЕДБА 40 ЗА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК

- Към лечебните заведения по §1а да се добавят и ЦСМП/ФСМП.

- **т. IX на Приложение 1 – основен пакет за ПИМП „Общопрактикуващият лекар предприема мерки за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на задължително здравноосигурените лица по един от следните начини:“**

да се промени така:

„Общопрактикуващият лекар предприема мерки за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на задължително здравноосигурените лица от 08.00 до 20.00 ч. в работните дни (без почивните дни и официалните празници) по един от следните начини:“

- **Въвеждане на отделен пакет дейности за изпълнение от дежурните кабинети. В пакета не са маркирани всички дейности, които би трябвало съобразно забележката.**

„Забележка: (Нова - ДВ, бр. 49 от 2011 г., в сила от 28.06.2011 г.)

Със знака“*” са отбелязани дейностите, които не е необходимо да се осъществяват от дежурните кабинети по § 1а от допълнителната разпоредба“.

- **Т.4 да се добави в раздел V (изм.- ДВ, бр.2 от2009 г., изм.- ДВ, бр.49 от2011 г., в сила от 28.06.2011 г.) Извънредни имунизации по епидемиологични показания*, съгласувани с регионалната здравна инспекция- финансират се от бюджета на Министерството на здравеопазването съгласно чл. 82, ал. 2, т. 12 от Закона за здравето.**

Да се допълни след ...Закона за здравето. „ Извършените дейности се покриват от бюджета на МЗ.“

- **В VI. Диагностично-лечебна дейност предлагаме „вторични“ да се замени с „Последващи/повторни“**

1. (изм.- ДВ, бр. 49 от 2011 г., в сила от 28.06.2011 г.) Първичен преглед и обща оценка на здравословното състояние*.

2. Първичен преглед (при нужда от медицинска помощ, по конкретен медицински проблем).

3. (изм. - ДВ, бр. 49 от 2011 г., в сила от 28.06.2011 г.) **Вторични Последващи/повторни прегледи (в рамките на един и същ медицински проблем)*.**

- **Предлагаме в VII т. 3 да се промени така:**

3. Насочване за планова хоспитализация.

3.1. Дейности по осигуряване на хоспитализацията:

3.1.1. (отм. - ДВ, бр. 2 от 2009 г.)

3.1.2. Подготовка на необходимата документация;

3.1.3. Насочване на пациента за хоспитализация.

- **В приложение 9 на Наредба 40 да се включат заболяванията:**

- N40 (доброкачествена хиперплазия на простатата) с примерен пакет: до 4 прегледа годишно, с клинично-химични изследвания (Креатинин) 1 път годишно, изследване на урина 4 пъти годишно, PSA 1-2 пъти годишно, консултация с уролог (с УЗД на бъбреци, пикочен мехур, простата и остатъчна урина) до 1 път годишно.

- M81 (остеопороза без патологична фрактура) и M80 (остеопороза с патологична фрактура) с примерен пакет: до 2 прегледа годишно, клинично-химични изследвания до 3 годишно, денситометрия до 1 на 2 години

- D25 (лейомиом на матката) с примерен пакет: до 2 прегледа годишно, хематологични и клинично-химични изследвания до 4 годишно, УЗД на женска полова система до 2 годишно.

Мотиви: Хронични състояния, които в момента не се диагностицират активно, не се наблюдават и водят до значими разходи за лечение в напредналите стадии на заболяванията.

- **Приложения 6 и 7 на Наредба 40 да се синхронизират с приложения 8 и 9 на същата – оптимизиране на изследванията, необходими за експертиза на трудоспособността.**

Мотиви: Синхронизирането между изследванията, необходими за диспансерно наблюдение и изследванията, необходими за експертиза на работоспособността, ще доведе до намаляване на публичните разходи за експертизата; намаляване на експертизите на пациенти, които нямат оплаквания и не са преглеждани, изследвани и лекувани в интервалите между експертизите; повишена удовлетвореност от страна на пациентите и лекарите, ангажирани с подготовката на документите за експертизата.

ПРИЛОЖЕНИЕ – ЦИТАТИ ОТ ЗАКОНИТЕ

ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО

Чл. 82. (1) Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани се предоставят медицински услуги, които са свързани със:

1. медицинска помощ при спешни състояния;
2. (нова - ДВ, бр. 59 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г., доп. - ДВ, бр. 41 от 2009 г., в сила от 01.07.2009 г.) профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на родоразрешение, по обхват и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;
3. (предишна т. 2 - ДВ, бр. 59 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) стационарна психиатрична помощ;
4. (предишна т. 3 - ДВ, бр. 59 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) осигуряване на кръв и кръвни продукти;
5. (предишна т. 4 - ДВ, бр. 59 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) трансплантация на органи, тъкани и клетки;
6. (предишна т. 5 - ДВ, бр. 59 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) задължително лечение и/или задължителна изолация;
7. (предишна т. 6 - ДВ, бр. 59 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г., доп. - ДВ, бр. 41 от 2009 г., в сила от 01.07.2009 г.) експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност;
8. (предишна т. 7 - ДВ, бр. 59 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) заплащане на лечение за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването;
9. (предишна т. 8 - ДВ, бр. 59 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) медицински транспорт по ред, определен от министъра на здравеопазването;
10. (нова - ДВ, бр. 106 от 2013 г., в сила от 01.01.2014 г.) асистирана репродукция.

(2) Всеки български гражданин ползва:

1. (изм. - ДВ, бр. 101 от 2012 г., в сила от 01.01.2013 г., изм. - ДВ, бр. 106 от 2013 г., в сила от 01.01.2014 г.) ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести, както и техническите средства за прилагането им.
2. пълен обем от противоепидемични дейности;
3. достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми.

(3) Децата до 16-годишна възраст имат право на медицинска помощ извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

(4) Децата, настанени в лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, имат право на безплатни медико-социални грижи.

(5) (Изм. - ДВ, бр. 15 от 2013 г., в сила от 01.01.2014 г.) Дейностите по ал. 1, 2, 3 и 4 се финансират от държавния бюджет и от общинските бюджети и се ползват при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването.

Чл. 107. (1) (Доп. - ДВ, бр. 41 от 2009 г., в сила от 01.07.2009 г., изм. - ДВ, бр. 40 от 2012 г.) За осъществяване дейността на ТЕЛК директорът на лечебното заведение сключва договор за финансиране с министъра на здравеопазването.

(2) (Доп. - ДВ, бр. 41 от 2009 г., в сила от 01.07.2009 г., изм. - ДВ, бр. 40 от 2012 г.)

Високоспециализираните и скъпоструващите медико-диагностични изследвания, свързани с процеса на медицинската експертиза на работоспособността, по искане на ТЕЛК и НЕЛК се финансират от НЗОК в рамките на годишния ѝ бюджет.

ДЕФИНИЦИИ В ЗЗО

2. "Основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК" са определени по вид и обхват дейности, по отделни специалности, дейности за лечение на определени заболявания или на група заболявания, които са достъпни за всички здравноосигурени лица в обем, при условия и по ред, определени в Националния рамков договор.

3. "Здравна дейност" е всяка дейност, насочена към опазване, поддържане и възстановяване на здравето.

9. "Медицинска помощ" представлява система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти.

10. "Обем на медицинска помощ" е количеството медицински дейности, услуги и стоки, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в Националния рамков договор и в договорите за доброволно здравно осигуряване.

11. (изм. - ДВ, бр. 60 от 2012 г., в сила от 07.08.2012 г.) "Обхват на медицинска помощ" са извършваните от изпълнителите конкретни видове профилактични, диагностични, лечебни, рехабилитационни дейности и услуги и видовете предоставяни здравни стоки, които се покриват напълно или частично от НЗОК или застрахователите по чл. 83, ал. 1.

16. 12. 2013 г.
София

за УС на НСОПЛБ.....
(доц. д-р Любомир Киров, дм,
Председател на УС на НСОПЛБ)