

О Т Ч Е Т
ЗА
ИЗПЪЛНЕНИЕТО
НА
БЮДЖЕТА
НА
НАЦИОНАЛНАТА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА
ЗА
2011 ГОДИНА

Въведение

Бюджетът на НЗОК е основен финансов план за набиране и изразходване на паричните средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет.

Отчетът за изпълнение на бюджета на Националната здравноосигурителна каса(НЗОК) за 2011 година е изготвен при съблюдаване на следните основни принципи:

- Единство на бюджета за всички приходи и разходи.
- Универсалност на бюджета: всички приходи и разходи са отчетени в бюджета съобразно законовите разпоредби.
- Времени интервал на бюджета – бюджетните операции отразяват резултатите от финансовата дейност на НЗОК през 2011 година.
- Специфичност на разходите – всяка сума се отчита съобразно дейността и се оценява резултата от изпълнението на специфичната задача, с цел да се избегне евентуална неяснота през етапите на отчитане на разходите и по този начин да се гарантира прозрачност на изпълнението на бюджета в съответствие с очакванията на НЗОК.

Формулираните оперативни цели бяха гъвкави по отношение на сроковете за изпълнение. Резултатите се наблюдаваха на база на съществуващата структура на целите.

Съдържание

I. Изпълнение на бюджета на НЗОК по приходи и трансфери – всичко	7
1. Здравноосигурителни приходи.....	10
1.1. Приходи от здравноосигурителни вноски.....	11
Вноски за работници и служители от работодатели	13
Вноски от работници и служители - лична вноска	13
Вноски от самонаети (самоосигуряващи се).....	14
Вноски от други категории осигурени лица	14
2. Приходи и доходи от собственост	16
3. Глоби, санкции и наказателни лихви	16
4. Лица с нарушени здравноосигурителни права	18
II. Изпълнение на бюджета на НЗОК по разходите и трансферите	23
1. Здравноосигурителни плащания	27
1.1. Първична извънболнична медицинска помощ	30
1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ(СИМП)	41
1.3. Дентална извънболнична медицинска помощ	59
1.4. Медико-диагностична дейност(МДД).....	68
1.5. Изпълнение на възложените брой специализирани медицински дейности (СМД) и стойност на медико-диагностични дейности (МДД)	76
1.5.1. Брой СМД за направления за консултация и съвместно лечение бл. МЗ-НЗОК №3	77
1.5.2. Брой СМД за високоспециализирани дейности (ВСД) бл. МЗ-НЗОК №3А.....	80
1.5.3. Стойност за направления за медико-диагностична дейност (МДД) бл. МЗ-НЗОК №4	82
1.5.4. Брой СМД за посещения на диспансеризирани в СИМП лица	85
1.6. Лекарства и консумативи за домашно лечение.....	87
1.7. Болнична помощ (БП)	100
1.8. Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ.....	136
1.8.1. Доплащане на потребителска такса по реда на чл. 37, ал. 5 от ЗЗО	136
1.8.2. Медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (ПКСС).....	136
1.9. Ролята на контролната дейност за оптимизиране на разходите	149
2. Административни разходи.....	152
2.1. Изпълнение на бюджета на Националната здравноосигурителна каса	152
3. Придобиване на нефинансови активи /капиталови разходи/	161
4. Резерв за непредвидени и неотложни разходи.....	162
5. Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО и към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК.....	163
III. ДЕФИЦИТ/ИЗЛИШЪК	164
Заклучение	165

Със Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса /ЗБНЗОК/ за 2011 г., обн. ДВ бр. 98 от 14.12.2010 г., са приети приходи и трансфери в размер на 2 633 730 хил. лева и разходи и трансфери в размер на 2 633 730 хил. лева. Бюджетът на НЗОК за 2011 г. е с балансирано бюджетно салдо.

Периодично бе анализирано състоянието на разплащанията с договорните партньори - изпълнители на медицинска и дентална помощ, степента на усвояване на утвърдените средства по видове здравноосигурителни плащания и прогнозите, съответно за икономия или недостиг на средства по бюджета на НЗОК. Във връзка с очерталите се тенденции и очаквания и с цел осигуряване равномерност на плащанията по всички видове здравноосигурителни плащания, през годината бяха извършени вътрешни компенсирани промени по бюджета на НЗОК.

На основание § 7 от Преходни и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на НЗОК за 2011 г., Надзорният съвет на НЗОК извърши през годината вътрешни компенсирани промени на кредитите между елементите на разходите и трансферите, които са в рамките на утвърдения бюджет. В резултат на вътрешно компенсирани промени 10 700 хил. лева от средствата за административни разходи бяха прехвърлени в здравноосигурителни плащания и 34 хил. лв. - в предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО и към бюджетни предприятия сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК, от разходите за придобиване на нефинансови активи 4 362 хил. лв. бяха прехвърлени в здравноосигурителни плащания и беше извършено вътрешно преразпределение на разходите и трансферите.

На основание § 8 от Преходни и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на НЗОК за 2011 г., Надзорният съвет на НЗОК освободи средствата от резерва за непредвидени и неотложни разходи, в размер на 260 268 хил. лева, и ги пренасочи за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ и здравноосигурителни плащания за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

Годишният план отразява всички настъпили през годината промени по бюджета на НЗОК за 2011 година.

Национална здравноосигурителна каса

ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА БЮДЖЕТА НА НЗОК ЗА 2011 ГОДИНА В ХИЛ. ЛЕВА

№	ПОКАЗАТЕЛИ	§§	ЗБНЗОК за 2011 г. ДВ бр. 98 от 14.12.2010 г.	Годишен план 2011 г.	Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2011 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2011 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2011 г.
1	2	3	4	5	6	7	8
I.	ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		2 633 730	2 633 730	2 630 647	99,9%	99,9%
1.	Здравноосигурителни приходи		2 602 679	2 602 679	2 607 420	100,2%	100,2%
1.1.	Здравноосигурителни вноски	10-00	1 661 553	1 661 553	1 666 294	100,3%	100,3%
1.2.	Трансфери за здравно осигуряване		941 126	941 126	941 126	100,0%	100,0%
2.	Приходи и доходи от собственост	24-00	1 521	1 521	18	1,2%	1,2%
3.	Глоби, санкции и наказателни лихви	28-00	12 000	12 000	16 012	133,4%	133,4%
4.	Други неданъчни приходи в т.ч.:		30	30	320	1066,5%	1066,5%
	Текущи дарения, помощи и други безвъзмездно получени суми от Европейския съюз	46-10	0	0	209		
	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за акушерска помощ по чл.82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето и за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване(+)	61-01	17 500	17 500	6 668	38,1%	38,1%
II.	РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		2 633 730	2 633 730	2 621 633	99,5%	99,5%
1.	Текущи разходи		2 023 372	2 234 934	2 223 152	109,9%	99,5%
1.1.	Заплати и възнаграждения за персонала, нает по трудови и служебни правоотношения	01-00	21 665	21 705	21 491	99,2%	99,0%
1.2.	Други възнаграждения и плащания за персонала	02-00	1 076	2 151	2 475	230,0%	115,1%
1.3.	Задължителни осигурителни вноски от работодатели	05-00	3 999	4 379	4 185	104,7%	95,6%
1.4.	Издръжка на административните дейности	10-00	22 111	9 882	8 143	36,8%	82,4%
1.5.	Здравноосигурителни плащания	39-00	1 974 520	2 196 817	2 186 858	110,8%	99,5%
1.5.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	39-01	169 000	159 278	158 453	93,8%	99,5%
1.5.2.	Специализирана извънболнична медицинска помощ	39-02	171 000	163 336	163 010	95,3%	99,8%
1.5.3.	Дентална помощ	39-03	94 000	97 130	97 048	103,2%	99,9%
1.5.4.	Медико-диагностична дейности	39-04	71 500	65 876	65 520	91,6%	99,5%
1.5.5.	Лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели	39-05	391 000	528 741	524 471	134,1%	99,2%
1.5.6.	Болнична медицинска помощ	39-06	958 020	1 167 203	1 163 156	121,4%	99,7%
1.5.6.1.	в т. ч. за акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени		4 500	4 500	3 333	74,1%	74,1%
1.5.7.	Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ	39-10	120 000	15 254	15 200	12,7%	99,6%
1.5.7.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, вкл. разходи за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО за 2010 г.	39-10	20 000	15 254	15 200	76,0%	99,6%
1.5.7.2.	в т.ч. неразплатени задължения за предходна година		100 000	0	0	0,0%	
2.	Придобиване на нефинансови активи		7 000	2 638	2 324	33,2%	88,1%
3.	Резерв за непредвидени и неотложни разходи	00-98	260 268	0	0	0,0%	
4.	Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО и към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК	61-02	3 090	56 157	56 157	1817,4%	100,0%
5.	Предоставени трансфери на Министерството на здравеопазването за заплащане на медицински дейности, лекарствени продукти и медицински изделия, осигурявани от Министерството на здравеопазването	61-02	340 000	340 000	340 000	100,0%	100,0%
	Дефицит / Излишък			0	0	9 014	

Годишен отчет за изпълнение на бюджета на НЗОК за 2011 година

* Забележка:

1. По параграф 02-00 „Други възнаграждения и плащания за персонала“ отчетените средства превишават заложените в годишен план, поради факта, че там се отчитат средствата за социално-битово и културно обслужване на персонала, в размер на 428 хил. лв., които се планират в параграф 10-00 „Издръжка“. Там се отчитат и изплатените от работодателя средства при временна неработоспособност, които се осигуряват за сметка на средствата за заплата, в размер на 178 хил. лв., и се отчитат по § 02 "Други възнаграждения и плащания за персонал" /Постановление № 334 на МС от 29.12.2010 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2011 г., чл. 32 и чл. 33/. Общо от отчетените 2 475 хил. лв., 606 хил. лв. са планирани в другите параграфи и остатъкът от 1 869 хил. лв. е в рамките на планираните 2 151 хил. лв. в годишен план.

2. В Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г., чл. 1, ал. 2, т. 4., е приет размер на Предоставените трансфери на НАП по чл. 24, т. 6 от Закона за здравното осигуряване и към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК от 3 090 хил. лева. Годишният план на тези трансфери за 2011 година е в размер на 56 157 хил. лева. Общият размер на отчетените предоставени трансфери по т. 4 е 56 157 хил. лева. От тях 3 123 хил. лева са предоставените трансфери на НАП за дейността във връзка със събиране на здравноосигурителните вноски. Останалите 53 033 хил. лева са отчетени като трансфери, съгласно Указания ДР № 1 от 07.01.2011 г. на Министерство на финансите, относно изпълнението на Държавния бюджет за 2011 година, където е предвидено средствата, заплащани по договори за извършване на болнична помощ, сключени между разпоредители с бюджетни кредити и Националната здравноосигурителна каса да се отчитат като трансфери по чл. 1, ал. 2, т. 4 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г.

I. Изпълнение на бюджета на НЗОК по приходи и трансфери – всичко

Общият размер на приходите и трансферите - всичко, заложен с Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година (ДВ бр. 98 от 14.12.2010 година) е 2 633 730 хил. лева.

За бюджетната 2011 година **приходите и трансферите - всичко са в размер на 2 630 647 хил. лева**, което представлява **изпълнение от 99,9 на сто** спрямо заложените 2 633 730 хил. лева със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

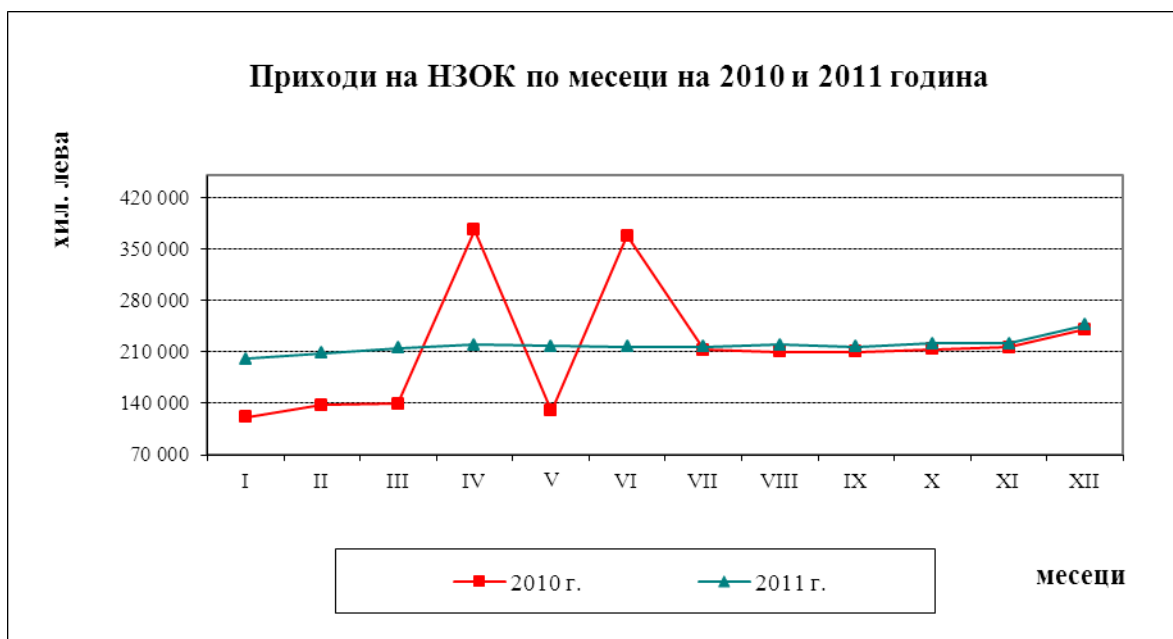
Отчетените приходи и трансфери - всичко през бюджетната **2011 година са със 1,6 на сто или с 41 972 хил. лева повече в сравнение** с отчетените 2 588 676 хил. лева през предходната 2010 година.

През бюджетната 2011 година са получени трансфери Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за акушерска помощ по чл.82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето (за неосигурени родилки) в размер на 6 668 хил. лева.

През бюджетната 2011 година събраните **приходи възлизат на 2 623 979 хил. лева**, което представлява **преизпълнение с 0,3 на сто** спрямо заложените 2 616 230 хил. лева в годишен план.

През отчетната 2011 година приходите са нараснали със 1,9 на сто, което е с 48 019 хил. лева повече в абсолютен размер, в сравнение с отчетените 2 575 960 хил. лева през предходната 2010 година.

Графиката илюстрира ежемесечната динамика на приходите на НЗОК през 2010 и 2011 години.



Средномесечният размер на отчетените приходи за 2011 година възлиза на 218 665 хил. лева. Средномесечният размер на заложените приходи в годишен план е 218 019 хил. лева. Отчетените средномесечни равнища **надвишават с 646 хил. лева** заложените стойности със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

Следващата таблица показва изпълнението на Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година в частта на приходите и трансферите – всичко, по основни приходни параграфи и в съпоставка с отчетените нива през 2010 година.

ИЗПЪЛНЕНИЕ НА БЮДЖЕТА ПО ПРИХОДИТЕ И ТРАНСФЕРИТЕ-ВСИЧКО НА НЗОК КЪМ 31.12.2011 година /в хил. лв./

ПОКАЗАТЕЛИ	§§	ЗБНЗОК 2011 г.	Отчет към 31.12.2011 г.	Отчет към 31.12.2010 г.	Изпълнение на годишния план за 2011 г. (в %)	Структура на отчета към 31.12.2011 г. (в %)	Изменение отчет 31.12.2011 г. спрямо отчет 31.12.2010 г.	Изменение отчет 31.12.2011 г. спрямо отчет 31.12.2010 г. (в %)
I. ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		2 633 730	2 630 647	2 588 676	99,9%	100,0%	41 972	1,6%
Приходи		2 616 230	2 623 979	2 575 960	100,3%	99,7%	48 019	1,9%
1. Здравноосигурителни приходи		2 602 679	2 607 420	2 560 084	100,2%	99,1%	47 337	1,8%
1.1. Здравноосигурителни вноски	10-00	1 661 553	1 666 294	1 618 958	100,3%	63,9%	47 337	2,9%
1.1.1. - вноски за работници и служители от работодатели	10-01	898 280	939 143	904 348	104,5%	56,4%	34 795	3,8%
1.1.2. - вноски от работници и служители (лични вноски)	10-02	506 022	538 681	514 520	106,5%	32,3%	24 161	4,7%
1.1.3. - вноски от самонаети (самоосигуряващи се) лица	10-04	256 651	188 418	199 952	73,4%	11,3%	-11 534	-5,8%
1.1.4. - за други категории осигурени лица	10-07	600	53	138	8,8%	0,0%	-85	-61,8%
1.2. Трансфери за здравно осигуряване от други бюджети	31-10	941 126	941 126	941 126	100,0%	36,1%	0	0,0%
2. Приходи и доходи от собственост	24-00	1 521	18	680	1,2%	0,00%	-662	-97,4%
3. Глоби, санкции и наказателни лихви	28-00	12 000	16 012	14 423	133,4%	0,6%	1 589	11,0%
4. Други неданъчни приходи	36 - 37; 40- 21;46- 00	30	529	773	1762,9%	0,020%	-244	-31,6%
5. Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето (+)	61-01	17 500	6 668	12 716	38,1%	0,3%	-6 047	-47,6%
6. Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване (за 2009 г.) Получени трансфери от централния бюджет (за 2008 г.)	61-01							

1. Здравноосигурителни приходи

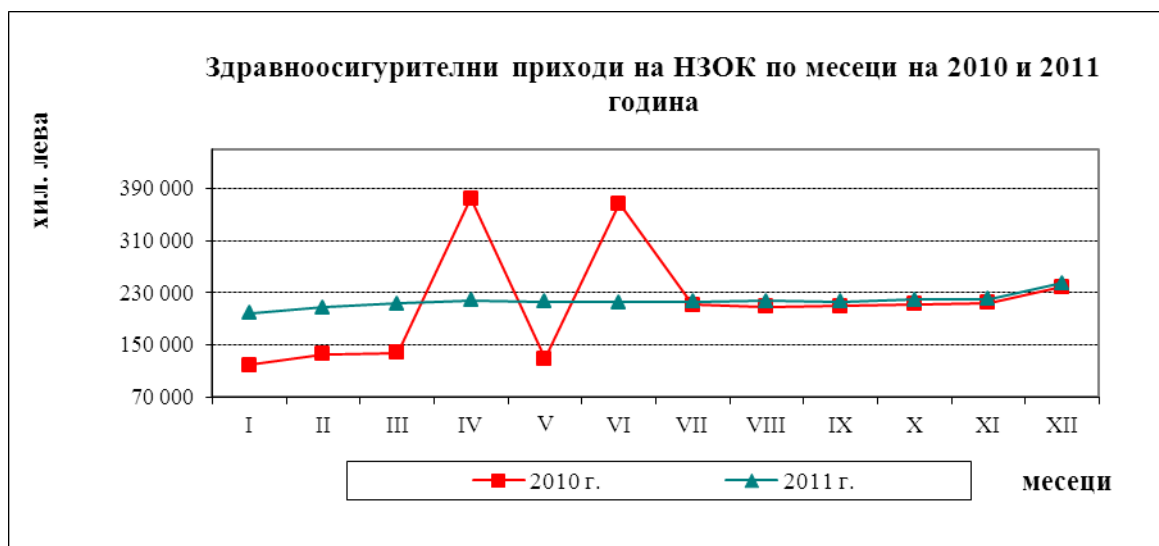
Здравноосигурителните приходи за 2011 година са 2 607 420 хил. лева, което представлява изпълнение с 0,2 на сто спрямо заложените 2 602 679 хил. лева в Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

През 2011 година здравноосигурителните приходи са нараснали със 1,8 на сто или с 47 337 хил. лева повече в абсолютен размер спрямо отчетените 2 560 084 хил. лева през 2010 година.

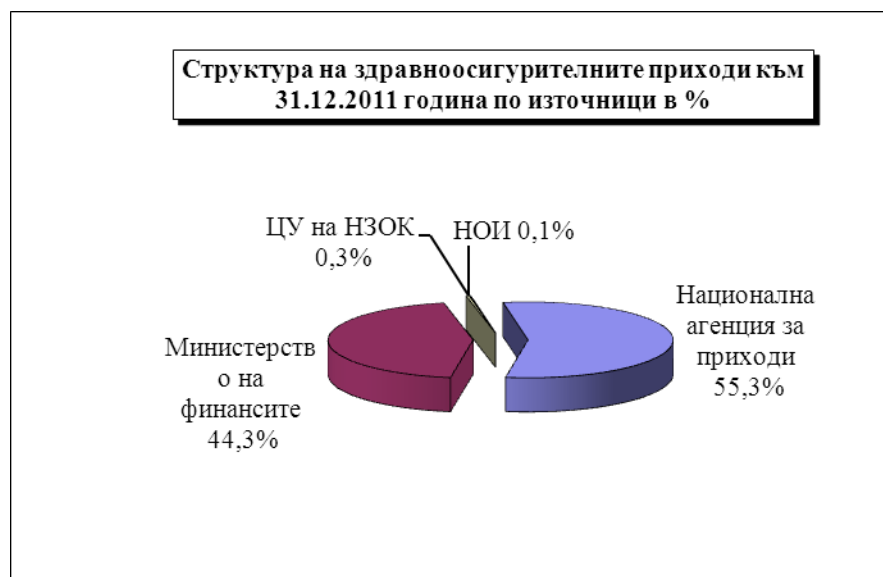
Средномесечният размер на отчетените здравноосигурителни приходи за 2011 година възлиза на 217 285 хил. лева. Средномесечният размер на заложените здравноосигурителни приходи със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година е 216 890 хил. лв. Отчетените средномесечни равнища надвишават с 395 хил. лева заложените стойности със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

Съгласно закона за бюджета на НЗОК за 2011г. здравноосигурителните приходи заемат 98,8 на сто в структурата на приходите и трансферите – всичко и 99,5 на сто от приходите. За отчетния период те заемат 99,1 от отчетените приходи и трансфери-всичко и 99,4 на сто от приходите.

Графиката илюстрира ежемесечната динамика на здравноосигурителните приходи през 2010 и 2011 години.



Структурата на отчетените здравноосигурителни приходи по източници е изобразена на следващата графика:



Здравноосигурителните приходи за сметка на Републиканския бюджет или разплащани, чрез единната бюджетна сметка, съставляват 44,3 на сто от събраните здравноосигурителни приходи, като обезпечават здравно около 70,1 на сто от населението на страната.

1.1. Приходи от здравноосигурителни вноски

Приходите от здравноосигурителни вноски за 2011 година са 1 666 294 хил. лева, което представлява преизпълнение с 0,3 на сто спрямо заложените 1 661 553 хил. лева в Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

През отчетната 2011 година приходите от здравноосигурителни вноски са нараснали с 2,9 на сто, което е със 47 337 хил. лева повече в абсолютен размер спрямо отчетените 1 618 958 хил. лева през предходната 2010 година.

Средномесечният размер на отчетените здравноосигурителни вноски за 2011 година възлиза на 138 858 хил. лева. Средномесечният размер на заложените здравноосигурителни вноски със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година възлиза на 138 463 хил. лева. Отчетените средномесечни равнища **надвишават с 395 хил. лева** заложените стойности със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

Съгласно закона за бюджета на НЗОК за 2011 г. приходите от здравноосигурителни вноски заемат 63,8 на сто в структурата на здравноосигурителните приходи, 63,5 на сто от приходите и 63,1 на сто от приходите и

трансферите – всичко. За отчетния период те заемат **63,9** на сто в структурата на здравноосигурителните приходи, **63,5** на сто от приходите и **63,3** на сто от приходите и трансферите – всичко.

Структурата на отчетените **приходи от здравноосигурителни вноски по параграфи**, съобразно Единната бюджетна класификация е изобразена на следващата графика:



Вноските от и за работници и служители съставляват **56,4** на сто от постъпленията от здравноосигурителни вноски, като съгласно данни на НСИ наети лица в страната са **29,9** на сто от общото население.

За 2011 година размерът на здравноосигурителната вноска е в размер на 8 на сто, и не се променя процентното съотношение за внасяне на здравноосигурителната вноска, спрямо 2010 година, и се запазва в **съотношение 60:40**, съответно за сметка на работодателя и работника/служителя.

По данни на Националният статистически институт (НСИ) към четвъртото тримесечие на 2011 година разходите на работодателите, за един отработен час, от наетите от тях лица нарастват с **9,7** на сто спрямо същия отчетен период на 2010 година. Средната месечна работна заплата за 2011 година възлиза на **752** лева и е нараснала с **4,9** на сто, спрямо аналогичния период на 2010 година, когато е възлизала на **669** лева, като през четвъртото тримесечие на 2010 г. коефициентът на заетост за населението на възраст между **15** и **64** навършени години е **58,7** на сто, или с **0,3** пункта по-нисък в сравнение със същия

период на миналата година. По данни от НСИ постоянното население на България в края на 2011 година е 7 364 570 души, в сравнение с предходната година населението е намаляло с 140 298 души.

Вноски за работници и служители от работодатели

Приходите от вноски за работници и служители от работодатели за 2011 година са 939 143 хил. лева, което представлява изпълнение с 14,5 на сто или със 40 863 хил. лв. повече в абсолютен размер спрямо заложените със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година 898 280 хил. лева.

През отчетната 2011 година приходите от вноски за работници и служители от работодатели са нараснали с 3,8 на сто, което е с 34 795 хил. лева повече в сравнение с отчетените 904 348 хил. лева през предходната 2010 година.

Средномесечният размер на отчетените приходи от вноски за работници и служители от работодатели за 2011 година възлиза на 78 262 хил. лева. Средномесечният размер на заложените приходи от вноски за работници и служители от работодатели със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година възлиза на 74 857 хил. лева. Отчетените средномесечни равнища **надвишават с 3 405 хил. лева** заложените стойности със Закона за бюджета на НЗОК.

Приходите от здравноосигурителни вноски за работници и служители от работодатели съставляват 56,4 на сто от събраните здравноосигурителни вноски през отчетната 2011 година.

Вноски от работници и служители - лична вноска

Приходите от вноски от работници и служители - лична вноска за 2011 година са 538 681 хил. лева, което представлява изпълнение с 16,5 на сто или с 32 659 хил. лв. повече в абсолютен размер спрямо заложените в Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година 506 022 хил. лева.

През отчетната 2011 година приходите от вноски от работници и служители - лична вноска, са нараснали със 4,7 на сто или са с 24 161 хил. лева повече спрямо отчетените 514 520 хил. лева през предходната 2010 година.

Средномесечният размер на отчетените приходи от вноски от работници и служители - лична вноска за 2011 година възлиза на 44 890 хил. лева. Средномесечният размер на заложените приходи от вноски от работници и служители - лична вноска със

Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година възлиза на 42 168 хил. лева. Отчетените средномесечни равнища **надвишават с 2 722 хил. лева** заложените стойности със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

Приходите от здравноосигурителни вноски **от работници и служители - лична вноска** съставляват 32,3 на сто от събраните здравноосигурителни вноски през отчетната 2011 година.

Вноски от самонаети (самоосигуряващи се)

Здравноосигурителните приходи от вноски от самонаети (самоосигуряващи се) лица за 2011 година са **188 418 хил. лева**, което представлява изпълнение от **73,4 на сто** спрямо заложените със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година 256 651 хил. лева или предвидените в закона средства **превишават** отчетените с 68 233 хил. лв. в абсолютен размер.

През отчетната 2011 година приходите от вноски от самонаети (самоосигуряващи се) лица отбелязват спад от 5,8 на сто или 11 534 хил. лева в абсолютен размер, в сравнение с отчетените 199 952 хил. лева предходната 2010 година.

Средномесечният размер на отчетените здравноосигурителни приходи от вноски от самонаети (самоосигуряващи се) лица за 2011 година възлиза на **15 701 хил. лева**. Средномесечният размер на заложените приходи от вноски от самонаети (самоосигуряващи се) лица със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година възлиза на 21 388 хил. лв. Заложените средномесечни равнища със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година **превишават** с 5 686 хил. лева отчетените стойности.

Събраните приходи от здравноосигурителни вноски от самонаети (самоосигуряващи се) лица, съставляват 11,3 на сто от събраните здравноосигурителни вноски за отчетната 2011 година.

Вноски от други категории осигурени лица

Здравноосигурителните приходи от вноски от други категории осигурени лица за 2011 година са **53 хил. лева**, което представлява изпълнение от **8,8 на сто** спрямо планираните **600 хил. лева** в годишен план или предвидените в закона средства **превишават** отчетените с 547 хил. лв. в абсолютен размер.

През отчетната 2011 година приходите от здравноосигурителни вноски от други категории осигурени лица отбелязват спад от 61,8 на сто или 85 хил. лева в абсолютен размер, в сравнение с отчетените 138 хил. лева през предходната 2010 година.

Средномесечният размер на отчетените приходи от здравноосигурителни вноски от други категории осигурени лица за 2011 година възлиза на 4 хил. лева. Средномесечният размер на заложените приходи от вноски от други категории осигурени лица със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година възлиза на 50 хил. лв. Заложените средномесечни равнища със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година **превишават** с 46 хил. лева отчетените стойности.

Събраните приходи от здравноосигурителни вноски от други категории осигурени лица, съставляват 0,003 на сто от събраните здравноосигурителни вноски за отчетната 2011 година.

1.2. Трансфери за здравно осигуряване от други бюджети

Трансферите за здравно осигуряване от други бюджети за 2011 година са 941 126 хил. лева, което представлява изпълнение от 100,0 на сто спрямо заложените 941 126 хил. лева със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

Трансферите за здравно осигуряване от други бюджети се предоставят от Министерството на финансите и са предназначени за здравните вноски на всички категории лица, осигурявани за сметка на републиканския бюджет – в т. ч.: пенсионери, деца до 18 години и след навършване на тази възраст, ако учат редовно – до завършване на средно образование, безработни, социално слаби и други категории осигурени лица по чл. 40, ал. 2 и ал. 3 от Закона за здравното осигуряване.

Средномесечният размер на отчетените трансфери за здравно осигуряване от други бюджети за 2011 година възлиза на 78 427 хил. лева. Средномесечният размер на заложените трансфери за здравно осигуряване със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година възлиза на 78 427 хил. лева.

Трансферите за здравно осигуряване от други бюджети за 2011 година съставляват 35,9 на сто от приходите през отчетния период и 36,1 на сто от събраните здравноосигурителни приходи.

2. Приходи и доходи от собственост

Приходите и доходите от собственост за 2011 година са 18 хил. лева, което представлява изпълнение от 1,2 на сто спрямо предвидените 1 521 хил. лева със Закона за бюджета на НЗОК 2011 година. Заложените със закона средства **превишават с 1 502 хил. лв.** отчетените стойности.

През отчетната 2011 година постъпленията от приходи и доходи от собственост са намалели с 97,4 на сто спрямо отчетените 680 хил. лева през предходната 2010 година, което представлява намаление от 662 хил. лева в абсолютен размер.

Събраните приходи и доходи от собственост съставляват минимален процент, 0,001 на сто, от събраните собствени приходи през отчетната 2011 година.

Отчетеният спад в приходите и доходите от собственост, през отчетната 2011 година спрямо предходната 2010 година, се дължи на факта, че към 31.12.2010 г. беше извършен трансфер към Централния бюджет, за зануляване на наличността на НЗОК в края на периода. След извършването на този трансфер, НЗОК не разполага със средства по срочни депозити и няма приходи от лихви. Съгласно Закон за държавния бюджет на РБ за 2011 г. (Обн., Дв, бр.99 от 17.12.2010 г., в сила от 01.01.2011 г.), &27, ал.1 , ал.3. (Наличните в края на 2010 г. средства по банкови бюджетни и депозитни сметки на НЗОК в БНБ се превеждат служебно от банката да 31.12.2010г. по сметка на централния бюджет по ред, определен от министъра на финансите и управителя на БНБ, съгласно чл.39, ал.2 от Закона устройството на държавния бюджет).

3. Глоби, санкции и наказателни лихви

Приходите от глоби, санкции и наказателни лихви за 2011 година са 16 012 хил. лева, което представлява преизпълнение с 33,4 на сто спрямо предвидените със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година 12 000 хил. лева. Отчетените стойности надвишават с 4 012 хил. лева заложените със закона средства.

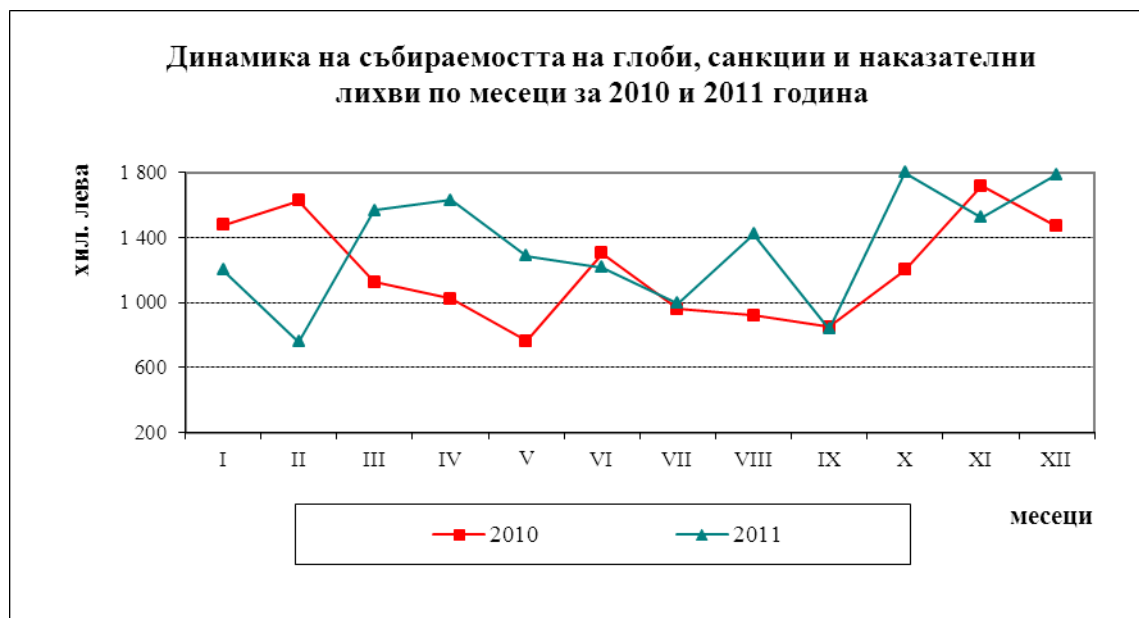
През отчетната 2011 година постъпленията са нараснали с 11,0 на сто, което представлява 1 589 хил. лева в абсолютен размер, в сравнение с отчетените 14 423 хил. лева предходната 2010 година.

Средномесечният размер на приходите от глоби, санкции и наказателни лихви за 2011 година възлиза на 1 334 хил. лева. Средномесечният размер на предвидените глоби, санкции и наказателни лихви със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година възлиза

на 1 000 хил. лева. Отчетените средномесечни равнища **надвишават с 334 хил. лева** заложените стойности със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

Събраните **приходи от глоби, санкции и наказателни лихви** през 2011 година съставляват 0,6 на сто от приходите.

Графиката илюстрира динамиката на **приходите от глоби, санкции и наказателни лихви на НЗОК по месеци през 2010 и 2011 години.**

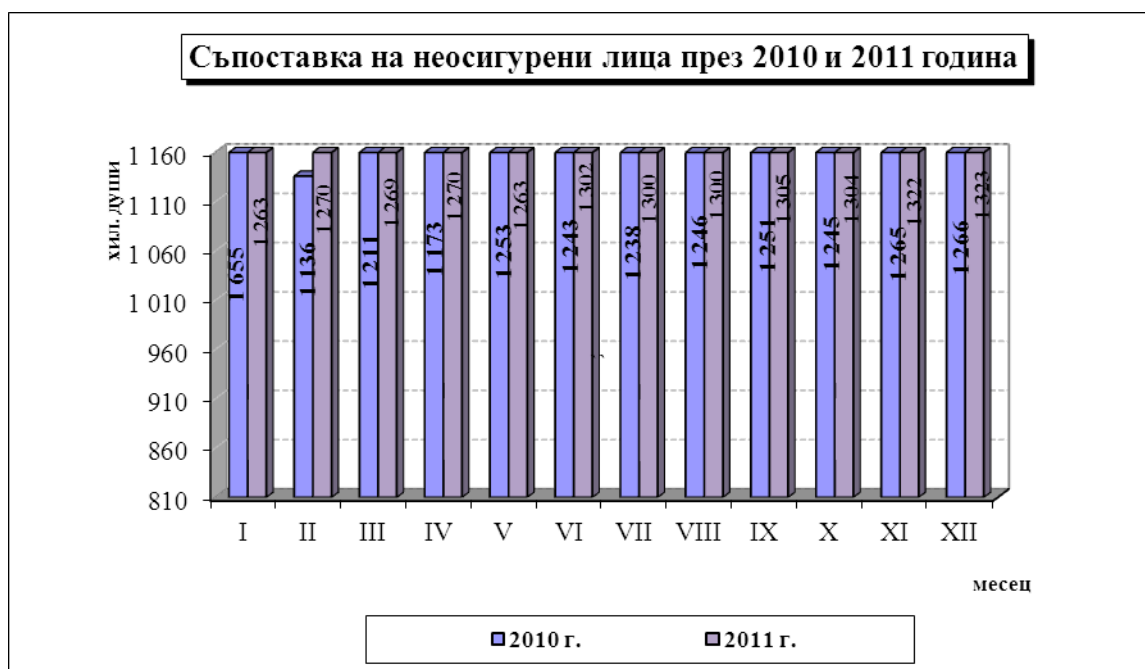


През бюджетната **2011 година приходите от глоби, санкции и наказателни лихви** от нередовни платци на здравноосигурителни вноски, събрани чрез териториалните дирекции (ТД) на **НАП са 10 319 хил. лева, което е 64,4 на сто от отчетените 16 012 хил. лева приходи по параграфа и 158,7 на сто спрямо планираните 6 500 хил. лева.** През предходната 2010 година, чрез НАП са постъпили 10 052 хил. лева. През отчетната **2011 година е реализирано увеличение на приходите от глоби, санкции и наказателни лихви спрямо тези през 2010 година, събирани от ТД на НАП - 2,7 на сто или 267 хил. лева в абсолютна стойност.**

През отчетния период събраните от **НЗОК приходи от глоби, санкции и наказателни лихви, наложени на договорни партньори възлизат на 5 693 хил. лева или 35,6 на сто от отчетените 16 012 хил. лева приходи по параграфа или 103,5 на сто спрямо планираните 5 500 хил. лева.** През предходната 2010 година тези приходи са представлявали 30,3 на сто и са в размер 4 372 хил. лева от общите глоби. **Отчита се увеличение от 30,2 на сто или с 1 322 хил. лева на събраните приходи от глоби от НЗОК през 2011 година спрямо същите за 2010 година.**

4. Лица с нарушени здравноосигурителни права

Към 31.12.2011 година броят на неосигурените лица е 1 323 хиляди души, което представлява 17,0 на сто от лицата с направен избор за личен лекар или от 7 583 хиляди души. Към 31.12.2010 година лицата с прекъснати здравно-осигурителни права са възлизали на 1 266 хиляди души или 16,6 на сто от лицата с избор на личен лекар. Данните показват, че през 2011 година се отчита ръст с 57 хиляди на неосигурените лица, спрямо 2010 година.



Най-висок е делът на неосигурените лица в РЗОК Кърджали – 26,0 на сто, РЗОК Търговище – 24,2 на сто, РЗОК Разград и РЗОК Силистра – 23,0 на сто и РЗОК Пазарджик – 23,0 на сто.

Най-нисък е делът на неосигурените лица в РЗОК София-град – 11,9 на сто, РЗОК София област – 14,2 на сто, РЗОК Габрово – 14,3 на сто и РЗОК Перник – 14,5 на сто.

Броят на неосигурените лица нараства при нарастване на броя на безработните лица. Съгласно данни на НСИ през 2011 година коефициентът на безработица е 11,4 на сто, като в сравнение със същия период на 2010 година се увеличава с 0,2 пункта. Съотношението между заетите в частния и общественния сектор, както и разпределението им в малки и големи фирми, също дава отражение върху обхвата на осигурените и размера на средномесечния осигурителен доход. Външно-миграционните процеси също са съществен фактор, който влияе за измененията в броя на неосигурените лица в страната.

Резюме

През бюджетната 2011 година се отчита изпълнение на събраните приходи и трансфери – всичко в размер на **2 630 647** хил. лева или **99,9** на сто, спрямо заложените 2 633 730 хил. лева със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

През бюджетната 2011 година се отчита **преизпълнение на събраните приходи в размер на 2 623 979** хил. лева или **0,3** на сто, спрямо заложените 2 616 230 хил. лева със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

Здравноосигурителните приходи – в т. ч. здравноосигурителни вноски и трансфери за здравно осигуряване от други бюджети - **съставляват 99,4** на сто от приходите, а **неданъчните приходи** представляват **0,6** на сто от структурата на приходите.

Приходите от здравноосигурителни вноски съставляват **63,9** на сто от здравноосигурителните приходи на НЗОК. Основните параграфи, които формират приходите от здравноосигурителни вноски са: §§ 10-01 “Вноски от работодатели за работници и служители“, §§ 10-02 “Вноски от работници и служители – лична вноска” и по-малък дял имат §§ 10-04 “Вноски от самонаети и ненаети лица – самоосигуряващи се лица”.

Трансферите за здравно осигуряване от други бюджети съставляват **36,1** на сто от здравноосигурителните приходи на НЗОК. Трансферите за здравно осигуряване са предназначени за здравните вноски на всички категории лица, осигурявани за сметка на републиканския бюджет – в т. ч.: пенсионери, деца до 18 години и след навършване на тази възраст, ако учат редовно – до завършване на средно образование, безработни, социално слаби и други категории осигурени лица.

Приходите и доходи от собственост са **0,001** на сто от приходите на НЗОК. Глобите, санкциите и наказателните лихви съставляват **0,6** на сто от структурата на приходите на институцията. Другите неданъчни приходи в същността си имат случаен характер и заемат незначителен дял в структурата на приходите на НЗОК.

През бюджетната 2011 година са получени трансфери от Министерството на здравеопазването на обща стойност: **6 668** хил. лева – в това число: за финансиране на разходите за акушерска помощ по чл.82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето (за неосигурени родилки).

Изводи

Фактори, влияещи върху събираемостта на приходите:

➤ **Основните фактори, влияещи върху събираемостта на приходите:**
Задължителното здравно осигуряване, което се финансира поравно от вноски на служителите и работодателите, се изправя пред нарастващи проблеми. От една страна базата на приходите се свива поради икономически и демографски промени, включващи постоянно високи нива на безработица и увеличаващ се брой на пенсионерите

Приходите от здравноосигурителни вноски са пряко повлияни от демографския профил в страната. Процесът на застаряване на населението и емиграцията на лицата в трудоспособна възраст са предпоставка за демотивация за участието на младите поколения в солидарната система на здравно осигуряване.

Застаряването на населението води до повишаване броя на хората в повишен риск от заболяемост и по-скъпоструващи заболявания, което рефлектира върху здравноосигурителната система с повишаващите се разходите за здравна помощ.

➤ Други фактори, оказващи влияние върху нивата на събираемост на приходите от здравноосигурителни вноски са: броя на населението и неговата демографско-икономическа структура – в т. ч.: броя на лицата в трудоспособна възраст, наетите лица, процента на заетост в страната, размера на изплащаните трудови възнаграждения и съответно размера на осигурителния доход, върху който се внасят осигурителните вноски.

➤ **Непълен обхват на осигурените лица от общото население на страната.**
Основният фактор за това е съществуващата сенчеста икономика и наличието на заети лица, осигурявани или ползващи осигуряване на минимални доходни равнища. Има работодатели, които осигуряват своите работници/служители върху минималната работна заплата за страната, макар да им изплащат по-високи парични възнаграждения. Част от самонаетите (самоосигуряващите се) лица укриват доходи за да се осигуряват върху минималния размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица, макар да имат по-високи реални доходи. Необходимо е засилване на взаимодействието между държавните органи с оглед „изсветляване” на сивата икономика.

➤ **Икономическият профил на страната ни се характеризира с:** Спад в заетостта, съпроводен с намаление на икономическата активност на населението, постепенно забавяне ръста на работните заплати в част от икономическите дейности, спад във външното търсене и вътрешната инвестиционна активност засегна негативно пазара на труда.

Вследствие на световната криза през 2011 година, се повишаваше рязко равнището на безработица в страната, т. е. все повече хора остават без здравни осигуровки. Така нарастват случаите на лицата, които отпадат от пазара на труда и следва да се осигуряват от републиканския бюджет. Има и такива лица, които не успяват от категорията „заети“ да се включат в категория „осигурявани за сметка на Републиканския бюджет“, което увеличава броя на неосигурените лица и съответно на лицата с прекъснати здравноосигурителни права. Най-често това са лица работили при работодатели в „сивия сектор“ и не са ги осигурявали за всички осигурителните рискове.

➤ Пазарът на труда и равнището на доходите в България оказват влияние върху здравната система по няколко направления: ограничаване приходната база на здравноосигурителната система, създаване на стимули за избягване плащането на вноските, ограничаване на възможности за увеличаване на публичните ресурси в системата, чрез повишаване на задължителната здравноосигурителна вноска

➤ Отчетеният спад в приходите и доходите от собственост, през 2011 година се дължи на факта, че към 31.12.2010 г. беше извършен трансфер към Централния бюджет, за зануляване на наличността на НЗОК в края на периода. След извършването на този трансфер, НЗОК не разполага със средства по срочни депозити и няма приходи от лихви. Съгласно Закон за държавния бюджет на РБ за 2011 г.(Обн., Дв, бр.99 от 17.12.2010 г., в сила от 01.01.2011 г.), &27, ал.1 , ал.3.

Мерки за подобряване на събираемостта:

➤ Стимулиране на икономическата активност и намаляване дела на сивата икономика. Насърчаване развитието на бизнеса и инвестиционната активност, запазване стабилността на икономиката в условията на икономическа криза, повишаване на събираемостта на данъците и свиване на сивия сектор.

➤ Да се анализира и наблюдава структурата на неосигурените лица, с цел изясняване на причината да попадат в тази категория. Да се подобри взаимодействието между държавните органи, с цел разкриване на реални парични обороти в сивата икономика, така на пазара ще бъдат разкрити лица, които в действителност получават доходи, но не внасят осигурителни вноски. Развитие на административното сътрудничество и системите за обмен на данни с Националната агенция за приходите, в областта на осигурителните вноски, чрез разширяване на обхвата и подобряване на качеството на обменяната информация.

➤ Взаимодействието между здравноосигурителните и пенсионните вноски също трябва да бъде взето под внимание, тъй като двете заедно могат да представляват значителна сума и да създават отрицателни стимули за плащането им.

➤ Необходимо е провеждането на информационни кампании, чрез които населението непрекъснато да бъде информирано за необходимостта от осигуряване, и така да се промени стереотипа на мислене и поведение на всеки един участник в осигурителните отношения, било то от страна на работодателите или от страна на работниците и служителите, или като самонаето (самоосигуряващо се) лице. От тук следва, че трябва ясно да се разясни същността на солидарния принцип при внасянето на здравноосигурителни вноски. Информираността следва да е в посока на необходимостта всички лица да станат коректни платци и да не се демотивират коректните осигурители от участие в обществената здравноосигурителна система.

➤ Разширяване обхватът на осигурените лица и особено на земеделските производители, чрез преразглеждане на осигурителния режим за сезонните работници и подобряване на контрола и мерките срещу нарушаването и заобикалянето на осигурителното законодателство.

➤ Мерки за социално подпомагане, за повишаване на заетостта, в областта на трудовите отношения, предприемане на реформи в пенсионната система и подобряване на качеството на публичните разходи в системата на здравеопазването.

II. Изпълнение на бюджета на НЗОК по разходите и трансферите

ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА РАЗХОДНАТА ЧАСТ НА БЮДЖЕТА НА НЗОК ЗА 2011 ГОДИНА В ХИЛ. ЛЕВА

№	ПОКАЗАТЕЛИ	§§	ЗБНЗОК за 2011 г. ДВ бр 98 от 14.12.2010 г.	Годишен план 2011 г.	Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2011 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2011 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2011 г.
1	2	3	4	5	6	7	8
II.	РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		2 633 730	2 633 730	2 621 633	99,5%	99,5%
	РАЗХОДИ		2 290 640	2 237 572	2 225 476	97,2%	99,5%
1.	Текущи разходи		2 023 372	2 234 934	2 223 152	109,9%	99,5%
	Административни разходи		48 852	38 118	36 294	74,3%	95,2%
1.1.	Заплати и възнаграждения за персонала, нает по трудови и служебни правоотношения	01-00	21 665	21 705	21 491	99,2%	99,0%
	Заплати и възнаграждения на персонала нает по трудови правоотношения	01-01	19 604	19 604	17 342	88,5%	88,5%
	Заплати и възнаграждения на персонала по правоотношения приравнени към трудовите	01-03	60	40	36	60,7%	91,0%
	Допълнително материално стимулиране и други допълнителни възнаграждения	01-09	2 001	2 061	4 113	205,5%	199,5%
1.2.	Други възнаграждения и плащания за персонала	02-00	1 076	2 151	2 475	230,0%	115,1%
	За нещатен персонал нает по трудови правоотношения	02-01	320	315	286	89,4%	90,9%
	За персонала по извънтрудови правоотношения	02-02	191	131	97	50,8%	74,1%
	Изплатени суми от СБКО, за облекло и други на персонала, с характер на възнаграждение	02-05	0	1 110	1 504		135,5%
	Обезщетения за персонала, с характер на възнаграждение	02-08	565	595	409	72,4%	68,8%
	Други плащания и възнаграждения	02-09	0	0	179		
1.3.	Задължителни осигурителни вноски от работодатели	05-00	3 999	4 379	4 185	104,7%	95,6%
	Осигурителни вноски от работодатели за Държавното обществено осигуряване (ДОО)	05-51	2 394	2 708	2 608	109,0%	96,3%
	Здравноосигурителни вноски от работодатели	05-60	1 150	1 199	1 141	99,2%	95,2%
	Вноски за допълнително задължително осигуряване от работодатели	05-80	455	472	436	95,8%	92,2%
1.4.	Издръжка на административните дейности	10-00	22 111	9 882	8 143	36,8%	82,4%
	Постелен инвентар и облекло	10-13	1 140	0	0	0,0%	
	Учебни и научно-изследователски разходи и книги за библиотеките	10-14	100	11	4	4,1%	37,5%
	Материали	10-15	1 450	1 200	973	67,1%	81,1%
	Вода, горива и енергия	10-16	1 650	1 570	1 446	87,6%	92,1%
	Разходи за външни услуги	10-20	12 371	4 692	4 300	34,8%	91,6%
	Текущ ремонт	10-30	500	221	199	39,8%	90,1%
	Платени данъци, мита и такси (без осигурителни вноски за ДОО и НЗОК)	10-40	940	450	398	42,4%	88,5%
	Командировки в страната	10-51	730	705	495	67,8%	70,2%
	Краткосрочни командировки в чужбина	10-52	100	68	15	15,2%	22,3%
	Разходи за застраховки	10-62	300	60	40	13,3%	66,6%
	Други финансови услуги	10-69	0	0	0		
	Други разходи за СБКО (тук се отчитат разходите за СБКО, неотчетени по други позиции на ЕБК)	10-91	588	538	16	2,7%	3,0%
	Разходи за глоби, неустойки, наказателни лихви и съдебни обезщетения	10-92	2 200	340	243	11,1%	71,6%

Национална здравноосигурителна каса

Други разходи, неklasифицирани в другите параграфи и подпараграфи							
		10-98	42	27	14	33,8%	52,5%
№	ПОКАЗАТЕЛИ	§§	ЗБНЗОК за 2011 г. ДВ бр 98 от 14.12.2010 г.	Годишен план 2011 г.	Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2011 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2011 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2011 г.
1	2	3	4	5	6	7	8
1.5.	Здравноосигурителни плащания	39-00	1 974 520	2 196 817	2 186 858	110,8%	99,5%
1.5.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	39-01	169 000	159 278	158 453	93,8%	99,5%
1.5.2.	Специализирана извънболнична медицинска помощ	39-02	171 000	163 336	163 010	95,3%	99,8%
1.5.3.	Дентална помощ	39-03	94 000	97 130	97 048	103,2%	99,9%
1.5.4.	Медико-диагностична дейности	39-04	71 500	65 876	65 520	91,6%	99,5%
1.5.5.	Лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели	39-05	391 000	528 741	524 471	134,1%	99,2%
1.5.6.	Болнична медицинска помощ	39-06	958 020	1 167 203	1 163 156	121,4%	99,7%
1.5.6.1.	в т. ч. за акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени		4 500	4 500	3 333	74,1%	74,1%
1.5.7.	Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ	39-10	120 000	15 254	15 200	12,7%	99,6%
1.5.7.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, вкл. разходи за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО за 2010 г.	39-10	20 000	15 254	15 200	76,0%	99,6%
	от тях разходи за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО за 2010 г.		0	3 331	3 331		100,0%
1.5.7.2.	в т.ч. неразплатени задължения за предходна година		100 000	0	0	0,0%	
2.	Придобиване на нефинансови активи		7 000	2 638	2 324	33,2%	88,1%
2.1.	Основен ремонт на дълготрайни материални активи	51-00	939	202	200	21,3%	99,0%
2.2.	Придобиване на дълготрайни материални активи	52-00	2 868	1 039	827	28,8%	79,6%
	Придобиване на компютри и хардуер	52-01	1 650	890	789	47,8%	88,7%
	Придобиване на сгради	52-02	0	0	0		
	Придобиване на друго оборудване, машини и съоръжения	52-03	898	143	32	3,6%	22,5%
	Придобиване на транспортни средства	52-04	300	0	0	0,0%	
	Придобиване на стопански инвентар	52-05	20	6	5	26,7%	83,6%
	Изграждане на инфраструктурни обекти	52-06	0	0	0		
	Придобиване на други ДМА	52-19	0	0	0		
2.3.	Придобиване на нематериални дълготрайни активи	53-00	3 194	1 398	1 298	40,6%	92,8%
	Придобиване на програмни продукти	53-01	3 194	1 398	1 298	40,6%	92,8%
	Придобиване на други нематериални дълготрайни активи	53-09	0	0	0		
2.4.	Придобиване на земя	54-00	0	0	0		
3.	Резерв за непредвидени и неотложни разходи	00-98	260 268	0	0	0,0%	
4.	Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО и към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК	61-02	3 090	56 157	56 157	1817,4%	100,0%
	На НАП по чл. 24, т.6 от ЗЗО		3 090	3 124	3 123	101,1%	100,0%
	Към бюджетни предприятия сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК		0	53 033	53 033		100,0%
	По §§ 39-06		0	52 990	52 990		100,0%
	По §§ 39-10		0	43	43		100,0%
5.	Предоставени трансфери на Министерството на здравеопазването за заплащане на медицински дейности, лекарствени продукти и медицински изделия, осигурявани от Министерството на здравеопазването	61-02	340 000	340 000	340 000	100,0%	100,0%
	Дефицит / Излишък		0	0	9 014		

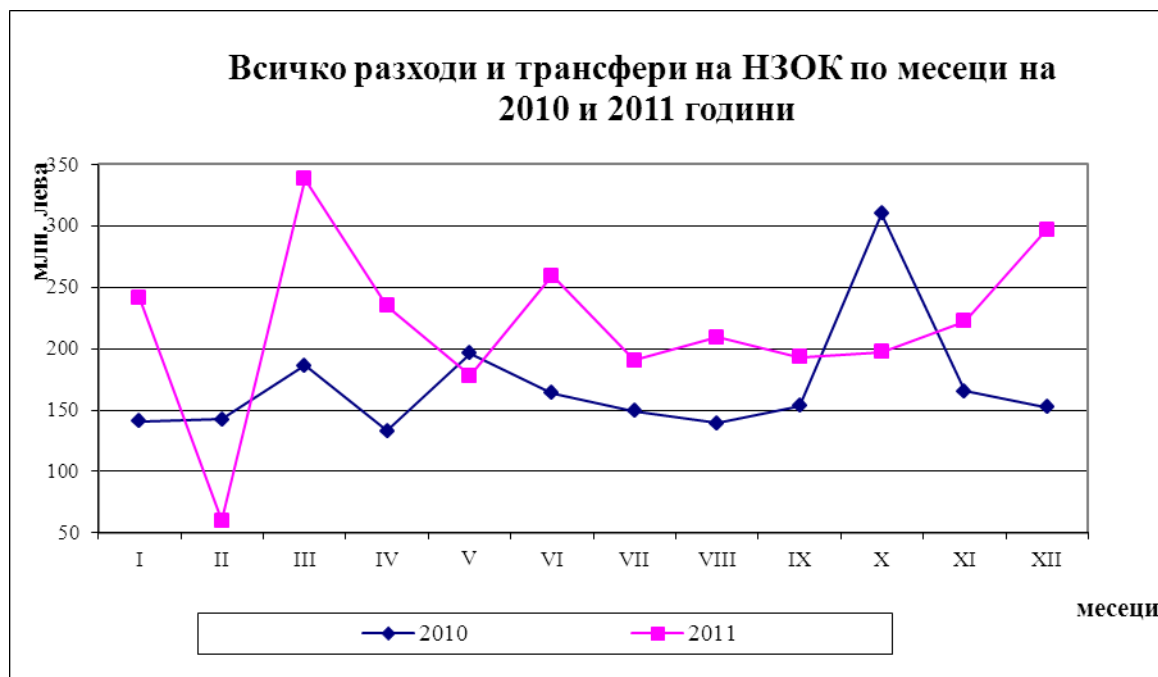
* Забележка:

1. По параграф 02-00 „Други възнаграждения и плащания за персонала“ отчетените средства превишават заложените в годишен план, поради факта, че там се отчитат средствата за социално-битово и културно обслужване на персонала, в размер на 428 хил. лв., които се планират в параграф 10-00 „Издръжка“. Там се отчитат и изплатените от работодателя средства при временна неработоспособност, които се осигуряват за сметка на средствата за заплата, в размер на 178 хил. лв., и се отчитат по § 02 "Други възнаграждения и плащания за персонал" /Постановление № 334 на МС от 29.12.2010 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2011 г., чл. 32 и чл. 33/. Общо от отчетените 2 475 хил. лв., 606 хил. лв. са планирани в другите параграфи и остатъкът от 1 869 хил. лв. е в рамките на планираните 2 151 хил. лв. в годишен план.

2. В Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г., чл. 1, ал. 2, т. 4., е приет размер на Предоставените трансфери на НАП по чл. 24, т. 6 от Закона за здравното осигуряване и към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК от 3 090 хил. лева. Годишният план на тези трансфери за 2011 година е в размер на 56 157 хил. лева. Общият размер на отчетените предоставени трансфери по т. 4 е 56 157 хил. лева. От тях 3 123 хил. лева са предоставените трансфери на НАП за дейността във връзка със събиране на здравноосигурителните вноски. Останалите 53 033 хил. лева са отчетени като трансфери, съгласно Указания ДР № 1 от 07.01.2011 г. на Министерство на финансите, относно изпълнението на Държавния бюджет за 2011 година, където е предвидено средствата, заплащани по договори за извършване на болнична помощ, сключени между разпоредители с бюджетни кредити и Националната здравноосигурителна каса да се отчитат като трансфери по чл. 1, ал. 2, т. 4 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г.

Законът за бюджета на НЗОК за 2011 година определя общ размер на разходите и трансферите от 2 633 730 хил. лева. За отчетната 2011 година разходваните средства, в т. ч. трансфери, възлизат на 2 621 633 хил. лева или 99,5 на сто от предвидените със ЗБНЗОК за 2011 г. средства.

Графиката илюстрира динамиката на разходите и трансферите на НЗОК през 2010 и 2011 години в млн. лева.

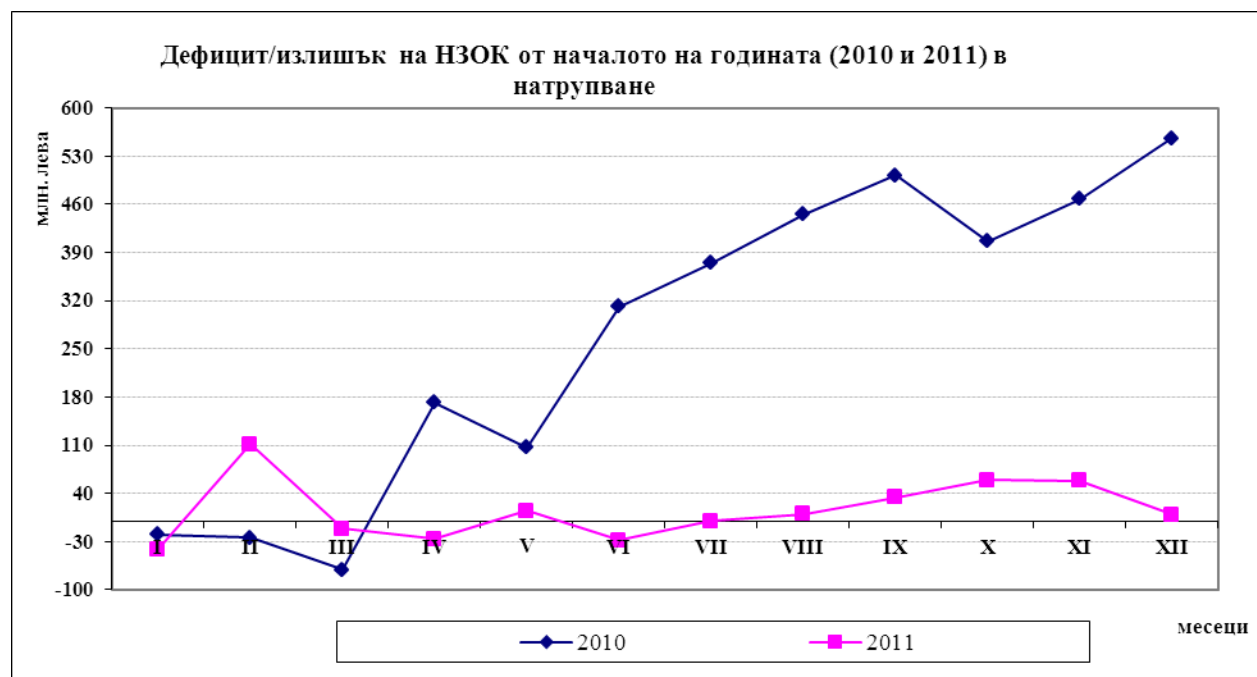


В сумата на разходите и трансферите за 2011 година са включени предоставени трансфери в размер на 396 157 хил. лева / в това число към НАП – 3 123 хил. лева, към

Национална здравноосигурителна каса

бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК – 53 033 хил. лева и Предоставени трансфери на Министерството на здравеопазването за заплащане на медицински дейности, лекарствени продукти и медицински изделия, осигурявани от Министерството на здравеопазването – 340 000 хил. лв./.

Графиката илюстрира движението на дефицита / излишъка по бюджета на НЗОК за 2010 и 2011 години в млн. лева.



Реализираните разходи на НЗОК за 2011 година възлизат на 2 225 476 хил. лева или 99,5 на сто от годишния план в размер на 2 237 572 хил. лева. За сравнение през 2010 година са разходвани 1 979 339 хил. лева или през текущата година е отчетен ръст от 12,4 на сто (246 137 хил. лева в номинално изражение).

През отчетния период средствата са усвоени в следните основни направления:

- Здравноосигурителни плащания /без предоставените трансфери/ – 2 186 858 хил. лева (99,5 на сто спрямо годишния план), представляващи 98,3 на сто от всички извършени разходи.
- Административни разходи – 36 294 хил. лева (95,2 на сто спрямо годишния план) или 1,6 на сто от всички разходи.

Придобиване на нефинансови активи – 2 324 хил. лева (88,1 на сто спрямо годишния план), което представлява 0,1 на сто от всички разходи.

1. Здравноосигурителни плащания

Основните приоритети в работата по изпълнение на бюджета в частта на здравноосигурителните плащания намират израз в следните направления:

➤ Разходване на средствата в рамките на определените бюджетни средства в ЗБНЗОК 2011 година за здравноосигурителни плащания по направления и определените месечни лимити.

➤ Финансовото обезпечаване на основния пакет медицински дейности (определен в Наредбата №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК), в рамките на параметрите на бюджета на НЗОК за 2011 година и осигуряване на равен и свободен достъп до медицинска и дентална помощ на всички здравноосигурени лица в рамките на определените бюджетни средства.

➤ Целесъобразността на изразходване на средствата се отчита посредством:

- вида на осигурената медицинска помощ по смисъла на чл.45 от ЗЗО;
- броя на обхванатото население;
- броя на сключените договори с изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ;
- извършените разходи за предходен период по елементи на заплащане.

○ Насоки за плановото и оптимално разпределение и разходване на средствата за здравноосигурителни плащания, анализирайки отчетените резултати и наложените тенденции:

- регионално разпределение на средствата с отразяване на ресурсната обезпеченост с медицински специалисти и лечебни заведения и здравните потребности на населението;
- ясно дефиниране и детайлизиране на финансовите параметри на медицинските дейности, които РЗОК заплаща – обем, обхват и целесъобразност на извършването им;
- въвеждане на методи, ограничаващи възможността за злоупотреби със средствата на РЗОК и пациентите, чрез инициране на проверки за последващ контрол при констатиране на проблеми;

- Разпределение на средствата по регионални поделения, отчитайки разходите от свободното движение на пациентите, като се отчитат тенденциите на потребностите при отразяването им като финансов ресурс в бюджета на РЗОК.
- предприемане на действия за преодоляване тенденциите за преразход, при стриктно спазване на финансовата дисциплина и контрол от страна на органите от централно управление върху структурните звена и дейността на директорите на РЗОК.;
- контрол върху разходите за здравноосигурителни плащания чрез отчитане на регулативните стандарти, възложени на изпълнителите на медицинска помощ и съблюдаване на методиките за възлагане на тримесечните стандарти;
- определяне на обща годишна стойност на разходите и по месечното и разпределение по лечебни заведения за болнична помощ в съответствие с определените бюджетните средства в ЗБНЗОК за 2010 година за болнична помощ, контрол на разходите с въвеждане на делегирани бюджети;
- определяне на разходите в съответствие с правилата за координацията на системите за сигурност.

➤ Запазва се механизмът на регулация на разходите и дейността на изпълнителите на специализирана медицинска помощ и медико-диагностични изследвания, чрез регулативни стандарти за възлагане на специализирани медицински дейности при осигуряване на по-голяма гъвкавост и адекватност на потребностите.

➤ Приоритетни остават действията на НЗОК и РЗОК по отношение на контрола върху изпълнението на договорните задължения от страна на договорните партньори по предоставянето на медицинските и денталните услуги, с оглед защита правата на пациентите и подобряване качеството на живот на населението. Ежемесечно се обработват и анализират данните, на базата на които се оценява качеството на работа в РЗОК и се дефинират рисковите получатели на средства – изпълнители на медицинска/ дентална извънболнична и болнична помощ и аптеки.

Национална здравноосигурителна каса



Основни показатели по отчета за изпълнението на бюджета в частта на здравноосигурителните плащания /с включен трансфер към бюджетни предприятия/ на НЗОК към 31.12.2011 година в хил. лева

Параграф	ПОКАЗАТЕЛИ	ЗБНЗОК за 2011 г. ДВ бр 98 от 14.12.2010 г.	Годишен план 2011 г.	Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2011 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2011 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2011 г.	Структура на разхода по отчет	Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2010 г.	Ръст на разхода 2011 г. спрямо 2010 г.	Разлика 2011 г. спрямо 2010 г.
39-00	Здравноосигурителни плащания с вкл. трансфер към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК	1 974 520	2 249 850	2 239 891	113,4%	99,56%	100,0%	1 992 812	12,4%	247 079
39-01	Първична извънболнична медицинска помощ	169 000	159 278	158 453	93,8%	99,48%	7,1%	155 444	1,9%	3 009
39-02	Специализирана извънболнична медицинска помощ	171 000	163 336	163 010	95,3%	99,80%	7,3%	160 359	1,7%	2 651
39-03	Дентална помощ	94 000	97 130	97 048	103,2%	99,92%	4,3%	97 248	-0,2%	-200
39-04	Медико-диагностична дейности	71 500	65 876	65 520	91,6%	99,46%	2,9%	61 939	5,8%	3 580
39-05	Лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели	391 000	528 741	524 471	134,1%	99,19%	23,4%	366 071	43,3%	158 400
39-06	Болнична медицинска помощ в т. ч. за акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени	4 500	4 500	3 333	74,1%	74,07%	0,1%	2 890	15,3%	443
39-10	Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ	120 000	15 297	15 243	12,7%	99,65%	0,7%	16 098	-5,3%	-855
	в т. ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, вкл. разходи за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО за 2010 г.	20 000	15 297	15 243	76,2%	99,65%	0,7%	16 098	-5,3%	-855
	от тях разходи за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО за 2010 г.	0	3 331	3 331		100,00%	0,1%	12 531	-73,4%	-9 201
	в т. ч. неразплатени задължения за предходна година	100 000	0	0				0%		

- * Забележка: В сумата на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ и за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност е включен трансферът към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК за 2010 и 2011 година.

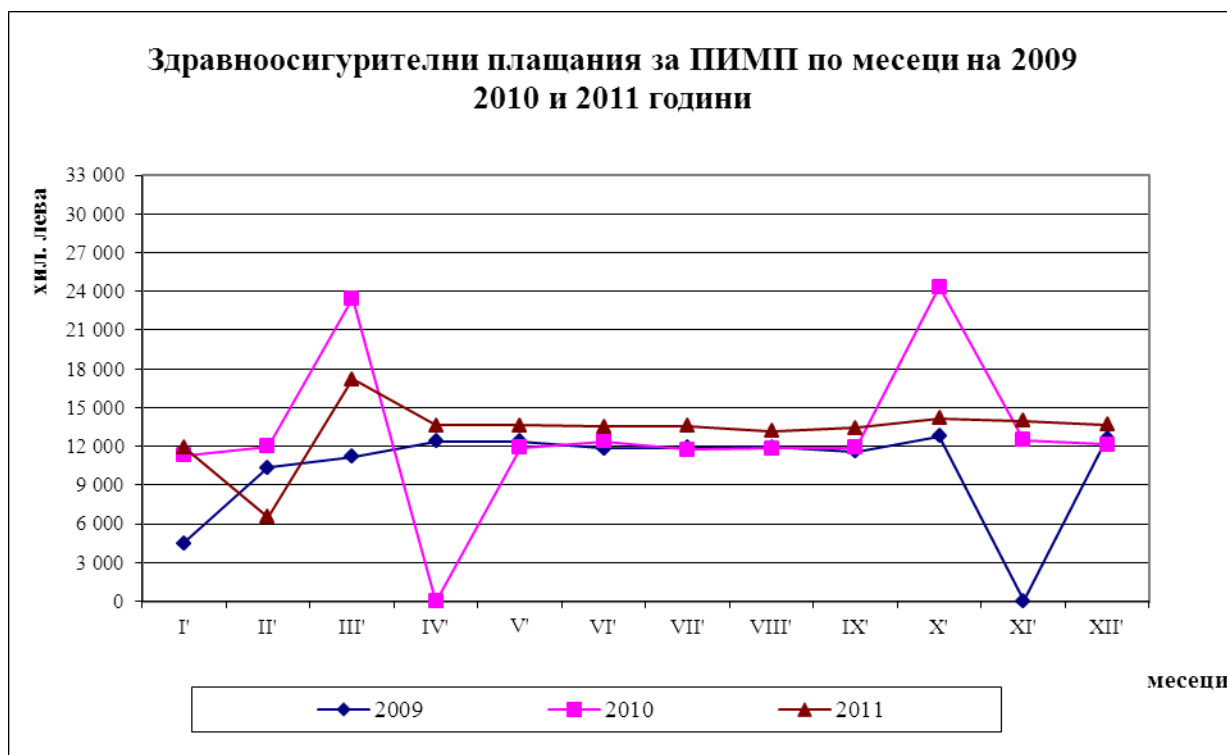
1.1. Първична извънболнична медицинска помощ

През бюджетната 2011 година за първична извънболнична медицинска помощ /ПИМП/ са изразходвани 158 453 хил. лева. Тези разходи представляват 93,8 на сто от предвидените със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година 169 000 хил. лева и 99,5 на сто от уточнения годишен план в размер на 159 276 хил. лева.

През 2011 година разходените средства за ПИМП са увеличени с 2 на сто в сравнение с 2010 година или с 3 009 хил. лева в номинално изражение.

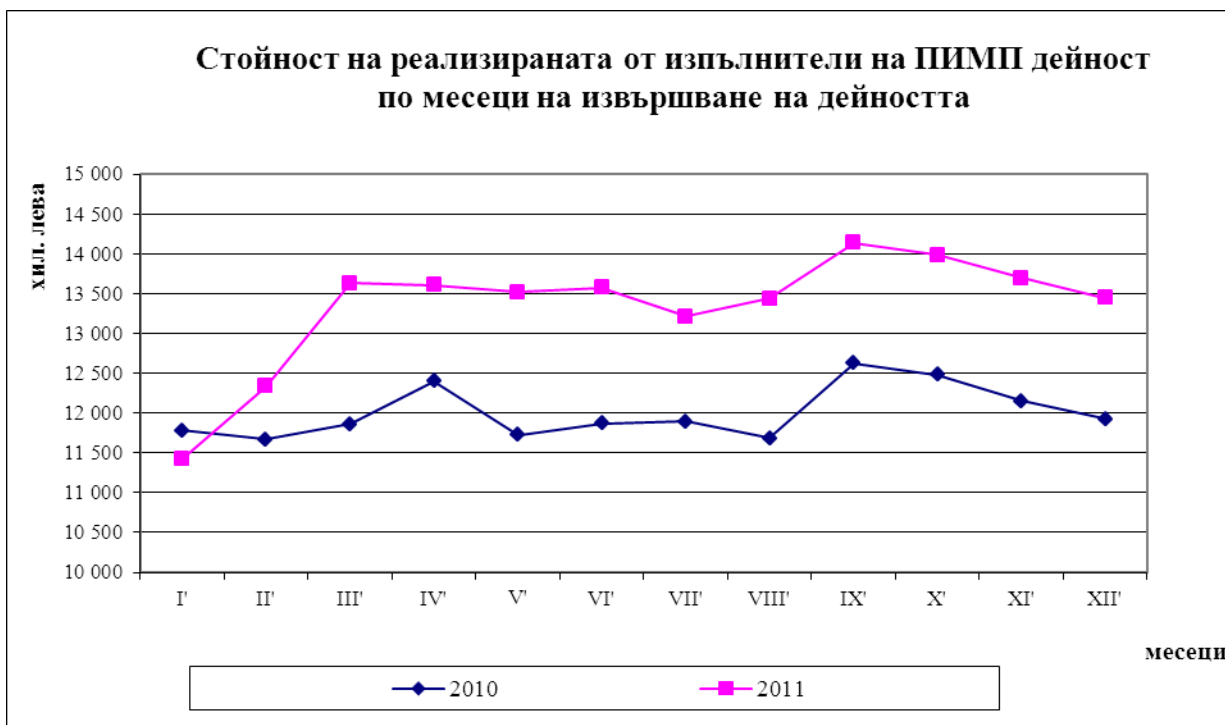
Средствата изразходвани за ПИМП представляват 7,1 на сто от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания през отчетния период и са усвоени за заплащане на дейност извършена през периода декември 2010 година (НРД 2010г) - ноември 2011 година (НРД 2011г). Дейността извършена през месец декември 2011 година не е изплатена от текущият бюджет за годината, а остава за разплащане от бюджетните средства за 2012 година.

Графиката илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход за 2011 година в съпоставка с 2010 и 2009 години.



Средномесечният разход за първична извънболнична медицинска помощ за 2010 година формиран на годишна база по месеци на извършване на дейността е 13 333 хил. лева (таб.26).

Графиката илюстрира стойността на разхода отнесена към периода, през който е реализирана заплатената дейност.



Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за извършена дейност по НРД 2010 през 2010 година възлиза на 188 лева, а през 2011 година на 212 лева. Този показател за 2011 година е най-висок в: РЗОК Велико Търново – 235 лева, РЗОК Търговище – 232 лева, РЗОК Добрич – 230 лева и РЗОК Ямбол – 226 лева, а най-нисък в: РЗОК София град и РЗОК Перник – 195 лева, РЗОК Силистра – 196 лева, РЗОК Габрово – 198 лева. (таб.26).

През 2010 година средномесечно са отчитали дейност 4 057 практики с 4 728 общопрактикуващи лекари /ОПЛ/, а през отчетния период на 2011 година – 4 027 практики, като 4 689 ОПЛ са тези които са отчели дейност през същата година. Продължава наложилата се тенденция за намаление на броя на лекарите - изпълнители на ПИМП, но се наблюдава повишение на сключените договори за групови практики с 8 спрямо предходната година. (таб.22,24).

Средномесечният доход на ОПЛ формиран на годишна база по месеци на извършване на дейността през 2010 година е 2,54 хил. лева, а през 2011 година е 2,84 хил. лева, като най-висок е в РЗОК Търговище – 3,96 хил. лева, в РЗОК Разград и РЗОК Кърджали – 3,9 хил. лева

и най-нисък е в РЗОК Плевен – 2,3 хил. лева и РЗОК София град – 2,5 хил. лева, РЗОК Добрич – 2,6 хил. лева. Основно влияние върху дохода на ОПЛ оказват следните фактори: броя и възрастовата структура на записаните пациенти, осигуреността с изпълнители на ПИМП, заплащаните средства за неблагоприятни условия на труд, които фактори от своя страна са определящи за степента на натовареност (таб.26).

Средномесечният брой ЗЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права, обслужвани от един ОПЛ през 2010 година е 1 353, като през отчетния период на 2011 година техният брой намалява на 1 343. Най-нисък този показател е в РЗОК Плевен – 1 082 ЗЗОЛ и РЗОК Добрич - 1 113 ЗЗОЛ, а най-висок е в РЗОК Разград – 1 859 ЗЗОЛ и РЗОК Кърджали - 1 834 ЗЗОЛ и РЗОК Русе - 1 754 ЗЗОЛ (таб.23). Ниският брой на ЗЗОЛ обслужвани от ОПЛ е логическо следствие от отрицателният прираст на населението, високата безработица и нарастващият брой на лицата с прекъснати здравноосигурителни права за 2011 година.

Съгласно договореностите на НРД 2011 година се заплаща извършената от изпълнителите на ПИМП дейност по следните елементи:

- Медицинско обслужване на ЗЗОЛ, включено в регистъра на ОПЛ;
- Профилактична дейност по програма “Детско здравеопазване”;
- Профилактично наблюдение по програма “Майчино здравеопазване”;
- Диспансерно наблюдение;
- Профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години, имунизации на ЗЗОЛ над 18 год.;
- Неблагоприятни условия на работа;
- Посещение (преглед) на ЗЗОЛ от друг здравен район
- Заплащане за осигуряване на постонен денощен достъп до медицинска помощ.

***Медицинско обслужване на ЗЗОЛ, включени в регистъра на ОПЛ
/Капитационно заплащане/.***

През 2010 година заплатените средства за капитация са в размер на 87 691 хил. лева или 55,34 на сто от общия разход за ПИМП, т.е. изплатените средства са намалели с 9 066 хил. лева или 9,4 на сто в сравнение с 2010 година. По НРД 2010 година се запазват възрастовите групи и заплащането за капитация за 2009 и 2010 е както следва:

Национална здравноосигурителна каса

Възрастова група	2010	2011
• ЗЗОЛ до 18 годишна възраст	1,26 лв.	1,26 лв.
• ЗЗОЛ от 18 до 65 годишна възраст	1,05 лв.	1,05 лв.
• ЗЗОЛ над 65 годишна възраст	1,37 лв.	1,37 лв.

Средномесечният разход за капитация за 2011 (за дейността извършена през 2011 година) е в размер на 7 301 хил. лева, за 2010 – 7 405 хил. лева (таб.11).

В зависимост от възрастовата структура, средствата за капитация са разпределени както следва (таб.1):

Възрастова група	Разход хил. лева	Структура %
• Капитация всичко	87,691	100,00
• ЗЗОЛ до 18 годишна възраст	18,778	21,41
• ЗЗОЛ от 18 до 65 годишна възраст	46,543	53,08
• ЗЗОЛ над 65 годишна възраст	22,370	25,51

Средномесечният разход за капитация на 100 ЗЗОЛ за 2010 г е в размер на 115,8 лева, а за 2011 е 116,0 лева. С най-голям разход са РЗОК Видин – 118,1; РЗОК Монтана - 117,8, най-малък разход е РЗОК Смолян и РЗОК София град - 114,7 (таб.11).

Средномесечният доход на ОПЛ от капитация през 2010 година е 1,57 хил. лева, а за 2011 възлиза на 1,56 хил. лева (таб.11).

За 2010 година (за дейността извършена през 2010 година) средствата за капитация съставляват 62 на сто от стойността на извършената в ПИМП дейност, за 2011 година този дял намалява на – 55 на сто, като най-висок е в РЗОК Перник и РЗОК Силистра – 60 на сто, най-нисък в РЗОК Велико Търново и РЗОК Търговище – 50 на сто (таб.11). Намалението се дължи преди всичко на намалението на ЗЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права.

Профилактична дейност по програма “Детско здравеопазване”

Заплатените средства по програма “Детско здравеопазване” възлизат на 20 888 хил. лева и съставляват 13,2 на сто от изразходваните средства за ПИМП (таб.1 и 2).

Средномесечният доход на ОПЛ по програма “Детско здравеопазване” през 2010 година е 325 лева, а през 2011 година възлиза на 376 лева (таб.11).

През 2011 година цената за профилактичните прегледи на деца от 0 до 18 годишна възраст е увеличена от 7,70 лева през 2010 година, на 8,00 лева за преглед.

През отчетния период за 2011 година средномесечният **брой регистрирани ЗЗОЛ от 0 до 1 годишна възраст** е 63,5 хиляди (таб.4).

Средномесечният **брой профилактични прегледи за 100 ЗЗОЛ от 0 до 1 годишна възраст** през 2010 година е 82,6, а за 2011 година е 82,8 прегледа. Най-малко прегледи за извършената дейност през 2011 отчитат в РЗОК Видин – 57,13 и РЗОК Кюстендил – 68,32, а най-голям брой прегледи от 0 до 1 годишна възраст отчитат РЗОК Пловдив – 91,03, РЗОК Смолян – 90,58 прегледи (таб.12).

През отчетния период за **профилактични прегледи от 0 до 1 годишна възраст** са изразходвани 5 053 хил. лева или 24,19 на сто от средствата по програма “Детско здравеопазване” (таб.1).

През отчетния период на 2011 година средномесечният **брой регистрирани ЗЗОЛ от 1 до 2 годишна възраст** е 73,3 хиляди (таб.5).

Средномесечният **брой профилактични прегледи за 100 ЗЗОЛ от 1 до 2 годишна възраст** през 2010 година е 26,4, а за 2011 година е 26,3. За извършената дейност през 2011 година най-малко прегледи отчитат в РЗОК Видин - 18,6 и РЗОК Габрово - 21,6, а най-голям брой прегледи от 1 до 2 годишна възраст отчитат РЗОК Ямбол -29,40, РЗОК Пловдив - 28,5, РЗОК Ямбол – 29,1 и РЗОК Смолян – 28,2 (таб.13).

През отчетния период за **профилактични прегледи от 1 до 2 годишна възраст** са изразходвани 1 849 хил. лева или 8,9 на сто от средствата за програма “Детско здравеопазване” (таб.1).

Средномесечният брой **регистрирани ЗЗОЛ от 2 до 7 годишна възраст** за отчетния период за 2011 година е 358,3 хиляди (таб.6).

Средномесечният брой **профилактични прегледи за 100 ЗЗОЛ от 2 до 7 годишна възраст** през 2010 година е 12,97, а за 2011 година е 13,05. За извършената дейност през 2011 година най-малко прегледи отчитат в РЗОК Видин – 10,2, РЗОК Шумен – 11,28 и РЗОК

Габрово - 11,5, а най-голям брой прегледи от 2 до 7 годишна възраст отчитат РЗОК РЗОК Ямбол -14,45 и Пловдив – 14,31 (таб.14).

За **профилактични прегледи от 2 до 7 годишна възраст** през отчетния период са изразходвани 4 455,0 хил. лева или 21,33 на сто от средствата по програма “Детско здравеопазване”(таб.1).

Средномесечният **брой регистрирани ЗЗОЛ от 7 до 18 годишна възраст** за периода през 2011 година е 747,2 хиляди (таб.7).

Средномесечният **брой профилактични прегледи за 100 ЗЗОЛ от 7 до 18 годишна възраст** за 2010 година е 7,19, а за 2011 година е 7,15. За дейността извършена през 2011 година най-малко прегледи се отчитат в РЗОК Кърджали – 6,52, РЗОК и Силистра – 6,53, а най-голям брой прегледи от 7 до 18 годишна възраст отчитат РЗОК София област – 7,76, РЗОК Смолян – 7,73 прегледи (таб.15).

През отчетния период за **профилактични прегледи от 7 до 18 годишна възраст** са изразходвани 5 093,9 хил. или 24,39 на сто от средствата по програма “Детско здравеопазване”.

През 2011 година за 1 154 хил. **имунизации**, като дейност по програма “Детско здравеопазване” са заплатени 4 437 хил. лева. Средномесечният разход за имунизации през 2010 е в размер на 200,9 хил. лева при 369 хил. лева през 2011 година. Заплащането за поставяне на задължителна планова имунизация и реимунизация на лица от 0 до 18 години през 2011 спрямо 2010 година се променя от 1,90 лева на 4,00 лева. Увеличеният разход на средствата се дължи на по-високото заплащане на услугата през 2011г.

Профилактично наблюдение по програма “Майчино здравеопазване”

През отчетния период заплатените средства по програмата възлизат на 56,5хил. лева и съставляват 0,04 на сто от разходваните средства за ПИМП (таб.1 и 2).

Средномесечният разход за дейността по програма “Майчино здравеопазване” през 2011 година е в размер на 4,71 хил. лева, а през 2010 година е 2,92 хил. лева. Заплащането за извършен преглед на лице включено в програма “Майчино здравеопазване” през 2011 година се увеличи на 5,00 лева, от 2,20 лева през 2010 година. Ниската стойност на разходите за профилактичното наблюдение на бременните и майките се дължи на направения избор на ЗЗОЛ, наблюдението на бременността да се извършва от лекар - специалист по „акушерство

и гинекология” и много по-малко от изпълнител на ПИМП. Едва 4,6 на сто от бременните са избрали изпълнител на ПИМП, да извършва профилактичното наблюдение по програмата „Майчино здравеопазване”.

Дейност по диспансерно наблюдение

През отчетния период за диспансерно наблюдение са заплатени 21 926, хил. лева или 13,84 на сто от средствата за ПИМП.

Заплащането за извършен диспансерен преглед през 2011 година се увеличи от 6,00 лв през 2010 година на 7,50 лв.

Средномесечният брой диспансеризирани лица през отчетния период на 2011 година възлиза на 1 138,4 хил. броя при 1 056,4 хил. броя диспансеризирани лица при ПИМП през 2010 година (таб.18). Тенденцията на нарастването на броя на ЗЗОЛ диспансеризирани от изпълнители на ПИМП се дължи на промените в нормативната уредба и включването на нови диагнози в списъка на заболяванията. Една от причините за нарастващият брой на диспансеризирани лица е възможността, която по този начин се предоставя за предписване и отпускане на лекарства по линия на НЗОК.

Средномесечният разход по диспансерно наблюдение по месеци на извършване на дейността през 2010 година възлиза на 1 357,8 хил. лева, а през 2011 година е в размер на 1 873,2 хил. лева (таб.39).

Средномесечният брой диспансеризирани лица по данни от спецификациите на 100 ЗЗОЛ за периода през 2011 година е 18,1, като най-висок е в РЗОК Враца- 25,6 и РЗОК Велико Търново - 25,1, а най-нисък е в РЗОК София област – 11,8 и РЗОК Сливен– 14,3 лица (таб.18).

Средномесечният доход на ОПЛ по диспансерно наблюдение по месец на извършване на дейността възлиза на 287 лева за периода през 2010 година и 400 лева за 2011 година. Най-висок доход от тази дейност през 2011 година се отчита в РЗОК Русе - 658 лева, РЗОК РЗОК Търговище – 642 лева и Велико Търново – 640 лева, а най-нисък в РЗОК София град - 271 лева и РЗОК Кюстендил - 283 лева (таб.39).

За отчетния период по данни от спецификациите за 2011 година средно 22,5 на сто от ЗЗОЛ над 18 годишна възраст са диспансеризирани при ПИМП. Този показател е най-висок в

РЗОК Враца - 32 на сто и РЗОК Велико Търново – 30,7 на сто, а най-нисък в РЗОК София област – 14,6 на сто и РЗОК София град– 17,9 на сто (таб.19).

Профилактични прегледи на лица над 18 години

През отчетния период са заплатени общо 17 623 хил. лева или 11,12 на сто от разходваните средства за ПИМП (таб.1и2).

Средномесечният разход за този вид дейност през 2010 година възлиза на 1 452,1 хил. лева, а през 2011 година е в размер на 1 468,6 хил. лева.

Средномесечният доход на ОПЛ за профилактична дейност над 18 години (по месец на извършване на дейността) през 2011 година е 317 лева, през 2010 година 288 лева (таб.40).

Средномесечният брой прегледи на 1 000 ЗЗОЛ над 18 години при изпълнители на ПИМП през 2011 година се увеличава, от 34,4 прегледа през 2010 на 36,7 прегледа. Този показател е най-висок в РЗОК Велико Търново –51 прегледа и РЗОК Пловдив – 48,6 прегледа; най-нисък в РЗОК Силистра – 13,6 прегледа, РЗОК Перник – 21,9 прегледа и РЗОК Габрово – 26,2 прегледа (таб.20). Увеличението в извършените прегледи се дължи на промяната на обема на профилактичния преглед и провежданата кампания за повишаване на здравната култура на населението.

Заплащането за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18 години по НРД 2011 се променя от 7,70 лв. през 2010 година на 8,00 лв.

През 2011 година е договорено в НРД 2011 заплащането за извършена задължителна **имунизация на лица над 18 годишна възраст**, съгласно Имунизационният календар на Република България. През 2011 година за 235 хил. имунизации, са заплатени 939 хил. лева, като средномесечният разход за имунизации на лица над 18 годишна възраст е в размер на 78,3 хил. лева. Цената заплащана за поставяне на такъв вид имунизация е в размер на 4,00 лева.

Инцидентни посещения на ЗЗОЛ от други здравни райони.

През отчетния период са заплатени общо 28,1 хил. прегледа на обща стойност от 140,6 хил. лева. През 2011 година заплащането за извършено посещение на ЗЗОЛ с регистрация в друг здравен район остава непроменено на цена от 5,00 лева. Недостатъчното финансиране е основната причината за занижените показатели отчитани през 2011 година спрямо 2010 година на този вид услуга.

Неблагоприятни условия на работа.

През отчетния период за неблагоприятни условия на работа са заплатени общо 4 019 хил. лева или 2,54 на сто от разходваните средства за ПИМП, при оптималния размер на плащанията за практики определени като неблагоприятни за годината в размер на 5 000 хил. лева за 2011 година. Допълнителното заплащане за работа при неблагоприятни условия за изпълнители на ПИМП, цели да предотврати отлива на кадри и да стимулира изпълнителите да правят избор за работа във трудно достъпни райони и малки населени места.

Средномесечният брой практики, на които са заплатени средства за работа при неблагоприятни условия през 2010 година са 860, при регистрирани 1 035 такива за цялата страна (таб.28).

Средномесечният доход на практика за този вид дейност е 383 лева през 2010 година, а за 2011 година е 390 лева, като най-висок е в РЗОК Благоевград – 796 лева, РЗОК Силистра - 771 лева и РЗОК Търговище – 692 лева, а най-нисък в РЗОК Плевен – 151 лева, РЗОК Перник– 169 лева и РЗОК Варна-193 лева (таб.28).

Заплащане за осигуряване на постоянен денощен достъп до медицинска помощ на ЗЗОЛ

С промяната в Наредба №40 от 2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК се въведе нов вид заплащане на капитационен принцип. Заплатените средства през 2011г за осигуряване на постоянен денощен достъп за медицинска помощ на ЗЗОЛ възлизат на 5 180,9 хил. лева и съставляват 13,27 на сто от изразходваните средства за ПИМП (таб.1 и 2).

Средномесечният разход за този вид заплащане през 2011 година е в размер на 473,3 хил лева. Заплащането се извършва на капитационен принцип за ЗЗОЛ от пациентската листа на изпълнителя на ПИМП, който е сключил договор или е разкрил дежурен кабинет. Заплащаната сума е една и съща за всички възрастови групи по 0,11 лева за всяко ЗЗОЛ.

Средномесечният доход на ОПЛ извършващ такава услуга през 2011 година е 145 лева (таб.45). Най-висок този догод е в РЗОК Русе – 197 лева, РЗОК Кърджали – 196 лева, а най-нисък в РЗОК Ловеч - 102 лева и РЗОК Плевен – 109 лева. В РЗОК Силистра и РЗОК Търговище няма изплащани суми за този вид медицинска услуга през 2011 година.

Заплащане за осигуряване на постоянен денонощен достъп на ЗЗОЛ до медицинска помощ са получили 66 на сто от практики изпълнители на ПИМП, като този процент е най-висок в РЗОК Кюстендил - 90 на сто, РЗОК София град – 88 на сто и РЗОК и РЗОК Пловдив - 87 на сто, най-нисък в РЗОК Монтана - 4 на сто и РЗОК София област – 24 на сто.

Изводи:

- Първичната извънболнична медицинска помощ е медицинската услуга, която е най-достъпна и най-широко използвана след населението. Тя гарантира навременното оказване на първична медицинска помощ в случай на заболяване и профилактика на населението за предотвратяване на бъдещи такива. Ежемесечното отчитане на резултатите дава възможност за своевременно извършване на анализи, установяване на тенденциите и предприемане на действия в посока подобряване здравето на населението в страната.
- НЗОК заплаща отчетените дейности на изпълнителите на ПИМП в съответствие с договореностите на НРД 2011 за медицински дейности и Постановление №304/17.12.2010г. на Министерски съвет.
- През 2011г е включено заплащането на две нови медицински услуги :
 - Заплащането за извършена задължителна **имунизация на лица над 18 годишна възраст**, съгласно Имунизационният календар на Република България.
 - Заплащане за осигуряване на постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на ЗЗОЛ.
- По-високите цени регламентирани с Постановление №304/17.12.2010г. на Министерски съвет на голяма част от медицинските услуги оказвани от изпълнители на ПИМП, води до по-високия средномесечен доход на един изпълнител и бележи ръст от 11,2 на сто - от 2 542 лева през 2010 година на 2 844 лева през 2011 година. Най-висок е в РЗОК Търговище – 3 706 хил. лева, РЗОК Разград – 3 891 хил. лева и РЗОК Кърджали – 3 889 хил. лева, а най-нисък е в РЗОК Плевен 2 299 хил. лева, РЗОК София град – 2 470 хил. лева и РЗОК Добрич– 2 561 хил. лева (таб.26).
- Усвояването на средствата на регионално ниво запазва наложените тенденции в увеличение от предходните години, като средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за страната е нараснал от 188 лева на 212 лева за 2011 година. Този показател за 2011

е най-висок в: РЗОК Търговище – 235 и РЗОК В. Търново – 235 лева, а най-нисък в РЗОК Перник и РЗОК София град – 195 лева (таб.26).

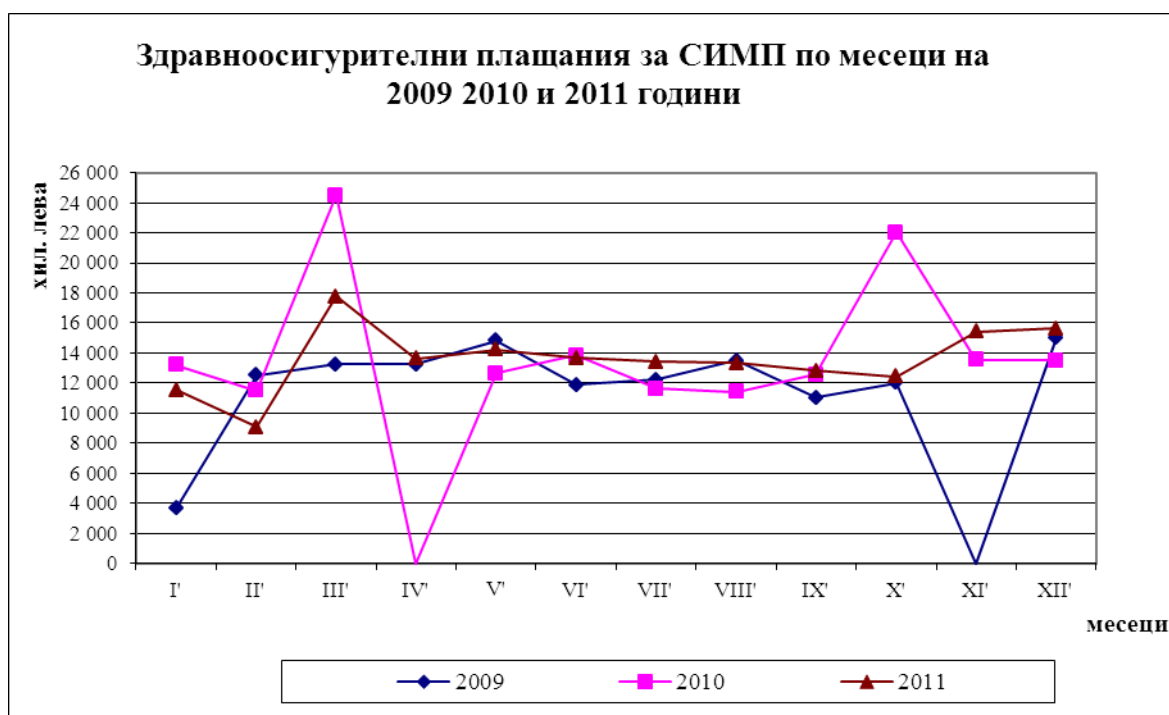
- Големият брой на изпълнителите на ПИМП е съсредоточен в областите с добре развита инфраструктура и наличие на медицински университети, при по-ниска осигуреност в други области с дефицит на лекарски кадри и слабо развита инфраструктура. На 10 000 ЗЗОЛ в РЗОК Плевен се пада да бъдат обслужват от 9 ОПЛ, като най-нисък този показател е в РЗОК Разград - 5 ОПЛ на 10 000 ЗЗОЛ. Допълнителното стимулиране за работа при неблагоприятни условия на труд създава предпоставки за избор на тези местата от страна на общопрактикуващите и за повишаване на осигуреността с общопрактикуващи лекари.
- Структурата на населението бележи спад с 0,84 на сто при групата в работоспособна възраст от 18 до 65 години и ръст с 0,64 на сто при групата на лицата над 65 спрямо предходната година. Този факт внася допълнителна тежест в системата както на входа така и на изхода, т.е. намаляват вноските и съответно средствата за „здраве”, а от друга страна намаляват хората които най-малко употребяват медицински услуги.

1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ(СИМП)

През бюджетната 2011 година за специализирана извънболнична медицинска помощ /СИМП/ са изразходвани 163 009 хил. лева от предвидените със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година 171 000 хил. лева, което е 95,3 на сто от предвидените средства.

През 2011 година разходите за СИМП са нарастнали с 1,7 на сто в сравнение с 2010 година или с 2 650 хил. лева в номинално изражение.

Графиката илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход за 2011 година в съпоставка с 2010 и 2009 години.



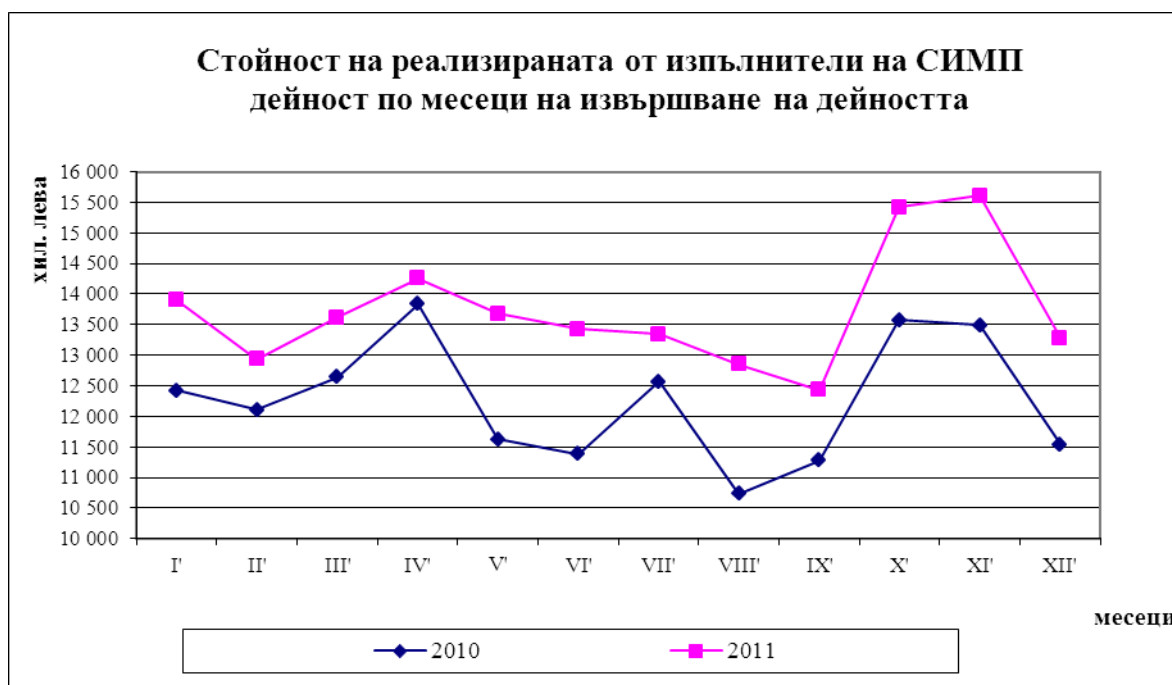
Средствата, изразходвани за специализирана извънболнична медицинска помощ представляват 7,3 на сто от общо направените разходи за медицински плащания през отчетния период и са усвоени за заплащане на дейност извършена през периода ноември 2010 година с (НРД 2010) - ноември 2011 година с (НРД 2011).

Средномесечната стойност формирана на годишна база по месеци на извършване на дейността реализирана през 2011 година възлиза на 13 730 хил. лева. Средномесечната стойност на дейността реализирана през 2010 година възлиза на 12 267 хил. лева.(Таб.28) С

влизането в сила на НРД 2011 разходите за СИМП средно на месец са нараснали с 11,9 на сто или със 1 464 хил. лева.

На териториално ниво най-значителен е ръстът на разходите (на средномесечна база) през 2011 година (спрямо 2010 година) в РЗОК Русе с 17,6 на сто, РЗОК В.Търново с 17 на сто и РЗОК Габрово с 16 на сто. Нисък ръст на разхода се наблюдава в РЗОК Перник с 6 на сто, РЗОК Пазарджик с 6,3 на сто и РЗОК Кърджали с 7 на сто.

Графиката илюстрира стойността на разхода отнесена към периода, през който е реализирана заплатената дейност.



Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ през 2010 година възлиза на 184 лева, като през 2011 година е 206 лева. РЗОК Сливен отчита най-високия за страната средномесечен разход на 100 ЗЗОЛ – 248 лева, РЗОК Видин – 231 лева и РЗОК Варна – 230 лева. Най-нисък разход на 100 ЗЗОЛ на месец отчитат РЗОК Силистра – 157 лева, РЗОК Перник – 162 лева, РЗОК Кърджали – 169 лева. (Таб.27)

Средномесечният брой дейности (прегледи, ВСД, отрязъци ЛКК) извършени от изпълнители на СИМП през 2010 година възлиза на 1 375 хиляди, а през 2011 година - 1 431 хиляди. Отчетено е увеличение от 4,1 на сто, като в РЗОК Ямбол той е най-голямо с 12,2 на сто, в РЗОК В.Търново с 9,26 на сто, в РЗОК Русе и в РЗОК Търговище с 8,3 на сто. (Таб.27)

Средномесечният брой дейности, извършени от изпълнители на СИМП на 100 ЗЗОЛ през 2010 година възлиза на 20,6 дейности, за 2011 година на 21,6 дейности или се отчита увеличение на броя специализирани услуги оказани на 100 ЗЗОЛ от 4,9 на сто. Най-много дейности на 100 ЗЗОЛ са извършени в РЗОК Габрово – 26,3 дейности, РЗОК Плевен – 25 дейности, РЗОК Варна – 24,8 дейности и РЗОК София град – 24,5 дейности, а най-малко в РЗОК Смолян – 16 дейности, РЗОК Кърджали – 15,5 дейности и РЗОК Силистра – 15,4 дейности. (Таб.27)

През 2010 година средномесечно по договор с НЗОК работят 8 402 специалиста, а през 2011 година – 8 486 специалиста. В РЗОК Смолян се отчита най – голямо увеличение с 8,4 на сто на лекарите специалисти работещи през 2011 година спрямо 2010 година а в РЗОК Враца увеличението е с 4,4 на сто. В РЗОК Ловеч по този показател се отчита спад с 2,7 на сто, РЗОК Стара Загора с 2 на сто и РЗОК София област с 1,9 на сто. (Таб.31)

На 10 000 ЗЗОЛ през 2010 година се падат 12,6 специалиста, а през 2011 година – 12,8 специалиста. Най-висока осигуреност на ЗЗОЛ със специалисти има в РЗОК София град и РЗОК Габрово – 17,1 специалиста на 10 000 ЗЗОЛ, РЗОК Плевен – 16,1 специалиста на 10 000 ЗЗОЛ и РЗОК Враца – 14,8 специалиста на 10 000 ЗЗОЛ. Най-ниска осигуреност на ЗЗОЛ със специалисти има в РЗОК Ямбол – 9,2 специалиста на 10 000 ЗЗОЛ, РЗОК Силистра, РЗОК Благоевград, РЗОК Кърджали – 8,9 специалиста на 10 000 ЗЗОЛ и РЗОК Разград – 8,2 специалиста на 10 000 ЗЗОЛ с осигурителни права.(Таб.27)

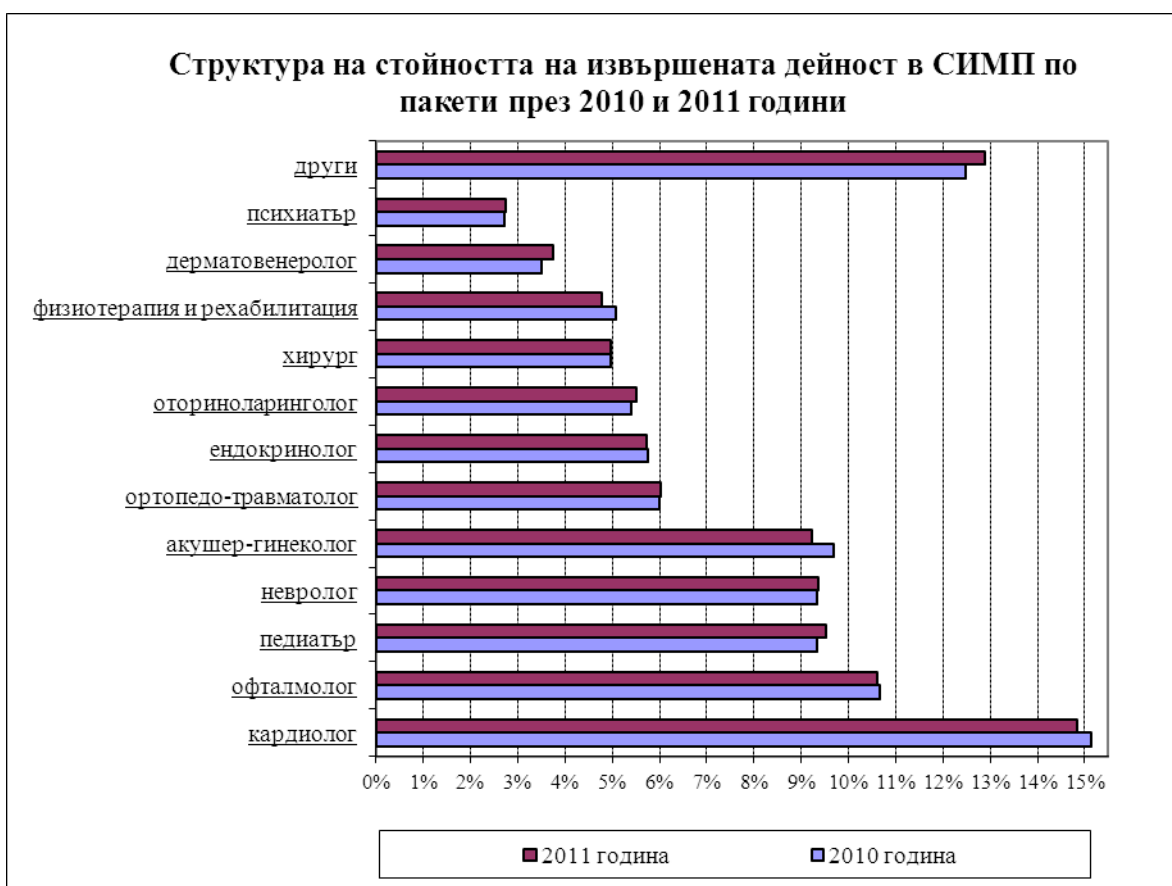
Средномесечната стойност на извършената от един специалист дейност през 2011 година, заплащана от РЗОК се увеличава с 10,8 на сто (средно за страната) спрямо 2010 година - от 1 460 лева на 1 618 лева. Най-значително увеличение по този показател отчитат РЗОК В.Търново – 17,5 на сто, РЗОК София област – 16,6 на сто и РЗОК Габрово – 16,1 на сто, а най-малко увеличение отчитат РЗОК Смолян от 2,6 на сто, РЗОК Перник от 4,6 на сто и РЗОК Враца – 6,9 на сто. Най-висока средномесечна стойност на извършената от един специалист дейност през 2011 година, заплащана от РЗОК е отчетена в РЗОК Благоевград – 2 440 лева, РЗОК Русе – 2 309 лева и РЗОК Сливен – 2 144 лева, а най-ниска РЗОК София град – 1 270 лева, РЗОК Габрово – 1 297 лева и РЗОК Стара Загора – 1 341 лева.(Таб.31)

Средномесечният брой на отчетите се лечебни заведения за СИМП през 2010 година е 2 923, като средно в едно лечебно заведение работят 2,9 лекари специалисти, а през 2010 година средният брой на лечебните заведения е 2 930 със средно по 2,9 лекари специалисти.

(Таб.30) През 2011 година най-голям брой специалисти на лечебно заведение има в РЗОК Пазарджик – 6,1 специалисти и РЗОК София град - 4,9 специалисти, най-малък в РЗОК Благоевград – 1,4 специалисти и РЗОК Ловеч – 1,5 специалисти.(Таб.27)

Разпределението на разходваните средствата, съобразно договорените през 2011 година пакети е илюстрирано в графиката “Структура на стойността на извършената дейност в СИМП по пакети през 2010 и 2011 години”.

Разходите по пакети ”Кардиология”, “Офталмология”, “Педиатрия”, “Неврология”, “АГ”, “Ортопедия и травматология”, “Ендокринология”, “УНГ”, “Хирургия”, и “Физиотерапия и рехабилитация” съставляват над 81 на сто от разходите по параграфа.



В структурата на разхода, диференцирана на база пакети през 2011 година най-голям е дялът на средствата изплатени по пакет “Кардиология” – 14,8 на сто, следван от пакет “Офталмология” – 10,6 на сто, на сто, и “Педиатрия” – 9,5 на сто, “Неврология” – 9,4 на сто ” Акушерство и гинекология” – 9,2 на сто.

Средномесечният разход на 1 000 ЗЗОЛ по пакет “Кардиология” от 279 лева през 2010 година нараства на 308 лева през 2011 година, като най-висок е в РЗОК Ловеч – 497 лева,

РЗОК Сливен – 472 лева и РЗОК Шумен – 434 лева; най-нисък в РЗОК Разград – 177 лева, РЗОК Кюстендил – 179 лева и РЗОК София област – 190 лева.

Средномесечният разход на 1 000 ЗЗОЛ по пакет “Офталмология” от 196 лева през 2010 година нараства на 220 лева през 2011 година, като най-висок е в РЗОК Варна – 266 лева, РЗОК Търговище – 261 лева и РЗОК София град – 249 лева; а най-нисък в РЗОК Кърджали и РЗОК Смолян – 163 лева, РЗОК Силистра – 158 лева.

Средномесечният разход на 1 000 ЗЗОЛ по пакет “Педиатрия” от 172 лева през 2010 година нараства на 198 лева през 2011 година, като най-висок е в РЗОК Благоевград – 492 лева, РЗОК Видин – 370 лева, РЗОК Пазарджик – 351 лева, а най-нисък в РЗОК Ямбол – 53 лева, РЗОК Перник – 57 лева и РЗОК София град – 90 лева.

Средномесечният разход на 1 000 ЗЗОЛ по пакет “Неврология” от 172 лева през 2010 година нараства на 194 лева през 2011 година, като най-висок е в РЗОК Пловдив – 240 лева, РЗОК Варна – 229 лева, РЗОК Монтана – 227 лева, а най-нисък в РЗОК София област – 138 лева, РЗОК Кюстендил – 140 лева и РЗОК Силистра – 143 лева.

Средномесечният разход на 1 000 ЗЗОЛ по пакет “АГ” от 178 лева през 2010 година нараства на 192 лева през 2011 година, като най-висок е в РЗОК Сливен – 240 лева, РЗОК Пловдив – 2226 лева и РЗОК София град – 219 лева, а най-нисък в РЗОК Силистра – 122 лева, РЗОК Бургас – 135 лева и РЗОК Разград – 140 лева. (Таб.27)

Средствата по параграфа се усвояват за заплащане на дейност по специализиран и високоспециализиран пакет (ВСД).

Специализиран пакет

През 2011 година средномесечният разход по специализиран пакет възлиза на 12 958 хил. лева, при средномесечен разход реализиран през предходната година в размер на 11 512 хил. лева. Отчита се увеличение на разхода от 13 на сто. Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ от 174 лева през 2010 година нараства на 196 лева през 2011 година. Най-висок средномесечен разход на 100 ЗЗОЛ по специализиран пакет е отчетен в РЗОК Сливен – 230 лева, РЗОК Видин – 218 лева и РЗОК Варна – 214 лева. Най-нисък разход на 100 ЗЗОЛ отчитат РЗОК Силистра – 149 лева, РЗОК Перник – 155 лева и РЗОК Кърджали – 160 лева. (таб.27)

Разходът по специализиран пакет през 2011 година заема 94,4 на сто от разхода по параграфа. Най-висок е делът на разхода за дейност в специализиран пакет в РЗОК Кюстендил – 97,4 на сто, РЗОК София област – 97,3 на сто и РЗОК Благоевград – 96,6 на сто и най-нисък в РЗОК Ловеч – 92,1 на сто и РЗОК Ямбол – 92,6 на сто.

Дейността по специализиран пакет е разделена условно на следните компоненти:

- Първични посещения, в т. ч. за консултация и съвместно лечение, за дейности и процедури при хирург или ортопед и по повод остри състояния на ЗЗОЛ до 18 г. при педиатър;
- Вторични посещения - разпределени по критериите от предходната точка;
- Профилактичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст;
- Профилактичен преглед на ЗЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, от лекар специалист с придобита специалност по “Акушерство, гинекология и репродуктивна медицина” (по програма “Майчино здравеопазване”);
- Профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст от рискови групи;
- Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ;
- Общомедицински и специализирани медицински дейности по пакет “Физикална и рехабилитационна медицина”;
- Дейност по експертиза на работоспособността (ЛКК).

Първични посещения

Средномесечният брой първични посещения заплащани от НЗОК през 2011 е 577,3 хиляди, през предходната година средномесечно са извършвани по 544,3 хил. първични прегледи. Отчита се увеличение на дейността с 6,1 на сто. (Таб.18)

Средномесечният брой първични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2011 година е 87 прегледа (за 2010 година този показател е 82 прегледа), като най – висок е в РЗОК Сливен – 100 прегледа и РЗОК Видин – 96 прегледа; а най-нисък в РЗОК Силистра и РЗОК Перник – 68 прегледа.(Таб.27)

Средномесечният разход за първични посещения по НРД 2011 за 2011 година е в размер на 8 371 хил. лева, а през 2009 година – 7 892 хил. лева (отчита се увеличение на разхода с 6,1 на сто). Цената на един първичен преглед през 2011 година е 15,5 лева.

Средствата за първични посещения съставляват 64,6 на сто от разхода за специализиран пакет дейности (през 2010 година - 68,5 на сто). Най-висок дял на тези плащания отчитат в РЗОК Кърджали – 68,2 на сто, РЗОК Смолян – 67,3 на сто, РЗОК Монтана – 66,6 на сто ; най-нисък в РЗОК Ловеч – 60,2 на сто, РЗОК Кюстендил – 62 на сто и РЗОК Габрово – 62,4 на сто. (Таб.27)

Средномесечният брой първични прегледи за консултация и съвместно лечение през 2011 година е 494 хил. броя при 464 хил. броя през 2010 година или 86 на сто от всички първични прегледи. Отчита се увеличение на дейността с 6 на сто (Таб.1) Средномесечният брой първични консултации на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2011 година е 75 консултации (за 2010 година този показател е 70 консултации), като най- висок е в РЗОК Пловдив – 87 консултации, РЗОК Варна – 86, РЗОК София град – 82 консултации; а най-нисък в РЗОК Силистра – 57 консултации, РЗОК София област – 58 консултации и РЗОК Кюстендил – 60 консултации.(Таб.27)

Средномесечният брой първични прегледи при педиатър на ЗЗОЛ от 0 до 18 годишна възраст, по повод остри състояния през 2011 година възлиза на 57,4 хил. броя при 53,7 хил. броя през 2010 година или 10 на сто от всички първични прегледи. Отчита се увеличение на дейността с 7 на сто. (Таб.2) Средномесечният им брой на 1 000 ЗЗОЛ (от всички възрастови групи) е 8,7 прегледа (8,1 прегледа през 2010 година). През 2011 година този показател е най-висок в РЗОК Благоевград – 20,3 прегледа, РЗОК Пазарджик – 16 прегледа и РЗОК Сливен – 15,9 прегледа, а най-нисък в РЗОК Ямбол – 2,1 прегледа, РЗОК Перник – 2,3 прегледа, РЗОК София град и РЗОК Пловдив - 4,3 прегледа на 1 000 ЗЗОЛ.(Таб.27)

Средномесечният брой първични прегледи при хирург или ортопед за дейности по списък през 2011 година възлиза на 15,9 хил. броя (15,3 хил. броя през 2010 година) или 3 на сто от всички първични прегледи. Отчита се увеличение на дейността с 4 на сто. (Таб.3) Средномесечният им брой на 1 000 ЗЗОЛ се увеличава на 2,4 прегледа (при 2,3 прегледа през 2010 година). Този показател е най-висок в РЗОК Благоевград – 6,5 прегледа, РЗОК Враца – 6,1 прегледа и РЗОК Русе – 3,9 прегледа, а най-нисък в РЗОК Кърджали – 0,7 прегледа, РЗОК Силистра – 1 преглед, РЗОК Пловдив – 1,4 прегледа на 1 000 ЗЗОЛ.

Структурата на първичните посещения по пакети през 2010 и 2011 година е сравнително постоянна.



Първичните прегледи по пакети “Кардиология”, “Офталмология”, “Педиатрия”, “Неврология” и “АГ” съставляват над 54 на сто от първичните прегледи по НРД 2011.

Вторични посещения

Средномесечният брой вторични посещения заплащани от НЗОК през 2011 година възлиза на 362,2 хиляди, през предходната година средномесечно са извършвани по 352,6 хил. вторични прегледа. (Таб.19) Отчита се увеличение на тази дейност с 3 на сто. Средномесечният брой вторични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2011 година е 55 прегледа (за 2010 година е 53 прегледа). Този показател е най-висок в РЗОК Сливен – 78 прегледа, РЗОК Ловеч – 67 прегледа, РЗОК Видин – 66 прегледа, а най-нисък в РЗОК Силистра – 41 прегледа, РЗОК Кърджали – 42 прегледа, РЗОК Разград – 44 прегледа на 1 000 ЗЗОЛ. (Таб.27) На всеки 100 първични прегледа са извършени 62,7 вторични прегледа, през предходната година на 100 първични са извършени 64,8 вторични прегледа. Този показател през 2011 е най-висок в РЗОК Ловеч – 85 прегледа, РЗОК Сливен – 78,3 прегледа и РЗОК

Шумен – 75,1 прегледа а най-нисък в РЗОК Пловдив – 56,2 прегледа, РЗОК Кърджали – 56,5 прегледа и РЗОК Разград – 57,7 прегледа. (таб.21)

Средномесечният разход за вторични прегледи през 2011 година е в размер на 2 898 хил. лева, а през 2010 година е 2 821 хил. лева (отчита се увеличение на разхода с 3 на сто). Цената на един вторичен преглед по НРД 2011 е 9,0 лева. (таб.27)

Средствата за вторични посещения съставляват 19,9 на сто от разхода за специализиран пакет дейности (през 2010 година – 21,6 на сто). Най-висок дял на тези плащания отчитат в РЗОК Ловеч – 23,9 на сто, РЗОК Сливен – 23,3 на сто, РЗОК Кюстендил – 22,7 на сто, а най-нисък в РЗОК Пловдив – 17,9 на сто, РЗОК Габрово – 18,5 на сто и РЗОК Варна – 18,6 на сто. (таб.27)

Средномесечният брой вторични прегледи за консултация и съвместно лечение през 2010 възлиза на 197,6 хил. броя при 191,4 хил. броя през 2010 година или 55 на сто от всички вторични прегледи.(Таб.6) На всеки 100 първични прегледа за консултация и съвместно лечение са извършени 40 вторични прегледа (през 2010 този показател е със същият процент 41,2 вторични прегледа) при нормативно определено съотношение и през двете години – 50 на сто.(Таб.15) Този показател е най-висок в РЗОК Враца – 42,4 на сто и най-нисък в РЗОК Силистра – 29,5 на сто. Средномесечният им брой на 1 000 ЗЗОЛ е 30 вторични прегледа, (29 вторични прегледа - през 2010 година). Този показател е най-висок в РЗОК Варна – 37 прегледа, РЗОК Пловдив – 34 прегледа, РЗОК Сливен – 31 прегледа, а най-нисък в РЗОК Силистра – 16, РЗОК Разград – 22 прегледа, РЗОК София област, РЗОК Кърджали и РЗОК Бургас – 24 прегледа. (таб.27)

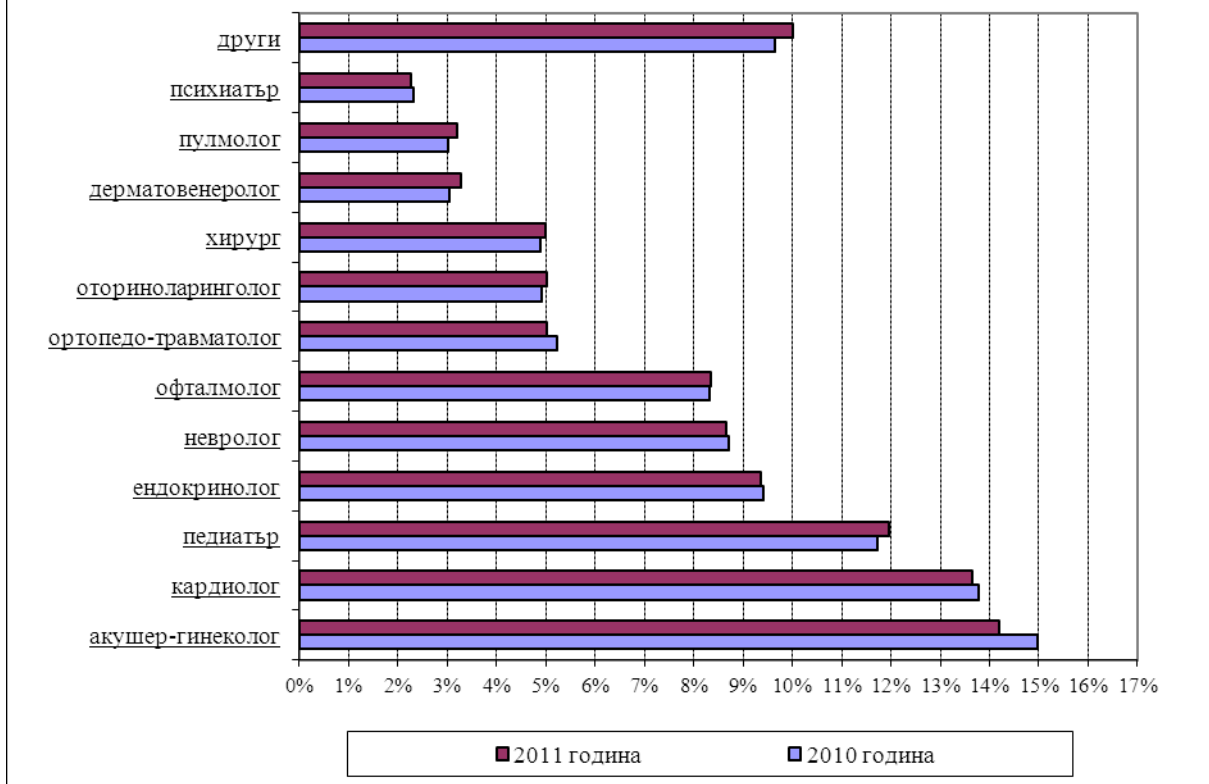
Средномесечният брой вторични прегледи при педиатър на ЗЗОЛ от 0 до 18 годишна възраст, по повод остри състояния през 2011 година възлиза на 42,6 хил. броя при 40,4 хил. броя през 2010 година или 12 на сто от всички вторични прегледи.(Таб.7) Средномесечният им брой на 1 000 ЗЗОЛ (от всички възрастни групи) е 6,4 (6,1 през 2010 година). Този показател е най-висок в РЗОК Благоевград – 17,9 прегледа, РЗОК Видин – 12,39 прегледа и РЗОК София област – 12,1 прегледа, а най-нисък в РЗОК Ямбол – 1,68 прегледа, РЗОК Перник – 2 преглед, РЗОК Пловдив – 2,6 прегледа. През 2010 година на всеки 100 първични прегледа (от този вид) се отчитат 75,3 вторични, а през 2011 година съотношението е на 100 първични се отчитат 74,2 вторични прегледа. През текущата година съотношението между вторичните и първични прегледи при педиатър на ЗЗОЛ до 18 г. е най-високо в РЗОК

Благоевград – 88 на сто, РЗОК Враца – 88 на сто и РЗОК В. Търново – 86,4 на сто, а най-ниско в РЗОК Кърджали – 48 на сто, РЗОК Пловдив – 60,7 на сто и РЗОК Сливен – 60,8 на сто. (Таб.16)

Средномесечният брой вторични прегледи при хирург или ортопед за дейности по списък през 2011 година възлиза на 14,4 хил. броя при 14 хил. броя през 2010 година или 4 на сто от всички вторични прегледи. (Таб.8) Средномесечният им брой на 1 000 ЗЗОЛ е 2,2 прегледа (2,1 прегледа през 2010 година). Този показател е най-висок в РЗОК Благоевград – 6,2 прегледа, РЗОК Враца – 6 прегледа и РЗОК Русе – 3,8 прегледа, а най-нисък в РЗОК Кърджали и РЗОК Силистра – 0,7 прегледа, РЗОК Пловдив – 1,1 прегледа и РЗОК Стара Загора – 1,2 прегледа на 1 000 ЗЗОЛ. През 2010 година на всеки 100 първични прегледа (от този вид) се отчитат 92 вторични, а през 2011 година – 91,1 вторични прегледа. През текущата година съотношението между вторичните и първични прегледи от този вид дейност е най-високо в РЗОК Враца – 98,5 на сто, РЗОК Русе – 97,3 на сто и РЗОК Търговище – 96,7 на сто, а най-ниско в РЗОК Смолян – 73,3 на сто, РЗОК Силистра – 74,1 на сто и РЗОК Монтана – 75,2 на сто. (Таб.17)

Структурата на вторичните посещения по пакети през 2010 и 2011 година е сравнително постоянна. Наблюдава се спад при вторичните посещения при „АГ” за 2011 година спрямо 2010 година.

Структура на вторичните посещения в СИМП по пакети през 2010 и 2011 години



Вторичните прегледи по пакети “АГ”, “Кардиология”, „Педиатрия”, “Ендокринология”, “Неврология” и “ Офталмология ” съставляват 66,2 на сто от вторичните посещения по НРД 2011 година.

Дейност по диспансерно наблюдение

Средномесечният брой прегледи на диспансеризирани лица през 2011 година възлиза на 85,2 хил. броя, а през 2010 година е 83,3 хил. броя. (Таб.13) Средномесечният им брой на 1 000 ЗЗОЛ е 13 прегледа, а през 2010 е 12 прегледа. Този показател е най-висок в РЗОК Ловеч – 28 прегледа, РЗОК Сливен – 27 прегледа, РЗОК Шумен – 21 прегледа и РЗОК Видин – 18 прегледа, а най-нисък в РЗОК Бургас и РЗОК Благоевград – 7 прегледа, РЗОК Кърджали и РЗОК Търговище – 9 прегледа. (Таб.27) Диагнозите по които са диспансеризирани ЗЗОЛ от изпълнители на СИМП , както и техният брой през 2011 година са показани в таб. 47 и таб. 48.

Физиотерапия и рехабилитация

Средномесечният брой физиотерапевтични курсове заплащани от НЗОК по НРД 2011 възлиза на 17,5 хил. броя, през предходната година средномесечно са извършвани по 16,6 хил. броя (Таб.35). Отчита се увеличение на тази дейност с 5 на сто. Средномесечният брой физиотерапевтични курсове на 10 000 ЗЗОЛ за страната през 2011 година възлиза на 26 (за 2010 година този показател е 25), като най-висок е в РЗОК Плевен – 42, РЗОК Габрово и РЗОК София град – 38, РЗОК Варна и РЗОК Пловдив – 34, а най-нисък в РЗОК Смолян – 7, РЗОК Кърджали – 12, РЗОК София област и РЗОК Благоевград – 13.(Таб.45) На всеки физиотерапевтичен курс са извършени 20 процедури през 2011 година (19,9 процедури през 2010 година) при нормативно ограничение до 20 процедури на курс, като максималният размер който НЗОК заплаща за един курс са - не повече от 20 процедури. Този показател е най-висок в РЗОК Сливен – 20,5 процедури, РЗОК Добрич – 20,2 процедури, РЗОК Благоевград и РЗОК Разград – 20,1 процедури, а най-нисък в РЗОК Враца – 19,6 процедури и РЗОК Габрово – 19,7 процедури, на физиотерапевтичен курс.(Таб.37)

По договор с НЗОК през 2011 година средномесечно работят 252 специалисти по физиотерапия и рехабилитация, а през 2010 година – 254 специалисти по физиотерапия и рехабилитация. Средно за страната всеки 100 000 ЗЗОЛ са осигурени с 3,8 специалиста по физиотерапия и рехабилитация. Този показател е най-висок в РЗОК Габрово – 6,7 специалиста, РЗОК София град – 5,3 специалиста и РЗОК Плевен – 5,2 специалиста, а най-нисък в РЗОК Смолян – 0,9 специалиста, РЗОК Русе – 1,3 специалиста и РЗОК Кърджали – 1,5 специалиста по физиотерапия и рехабилитация.(Таб.45)

Средномесечният разход за физиотерапия през 2011 година е в размер на 628,2 хил. лева, а през 2010 година – 592,8 хил. лева (отчита се увеличение на разхода с 6 на сто). (Таб.27) Средната цена на един физиотерапевтичен курс през 2011 година е 35,9 лева докато за предходната 2010 година средната цена е 35,7 лева. (Таб.45)

Средствата за тази дейност съставляват 4,3 на сто от разхода за специализиран пакет дейности (през 2010 година е 4,5 на сто). Най-висок е дялът на тези плащания в РЗОК Плевен – 6,4 на сто, РЗОК София град – по 5,9 на сто и РЗОК Габрово – 5,7 на сто а най-нисък в РЗОК Смолян – 1,2 на сто, РЗОК Благоевград – 2,1 на сто и РЗОК Монтана – 2,2 на сто.(Таб.27)

Средномесечният доход на специалист по физиотерапия и рехабилитация (за дейността от основен пакет) през 2011 година възлиза на 2 497 лева, през 2010 година – 2 330 лева. В РЗОК Русе се отчита най-висок доход на специалист по физиотерапия и рехабилитация – 8 509 лева, следвана от РЗОК Пловдив с 3 835 лева и РЗОК Варна – 2 951 лева. Най-нисък месечен доход на специалист по физиотерапия и рехабилитация се отчита в РЗОК София област – 1 286 лева, РЗОК Видин – 1 647 лева и РЗОК Стара Загора – 1 766 лева.(Таб.45)

Дейност по програма “Детско здравеопазване”

Програмата “Детско здравеопазване” дава възможност на специалисти с придобита специалност „Детски болести” да извършват профилактика на ЗЗОЛ от 0 до 18 годишна възраст (съгласно Наредба № 39 от 2010), в случаите, в които общопрактикуващият лекар на детето няма придобита специалност по педиатрия и родителят желае профилактиката да се извършва от специалист. Средномесечната стойност по програмата през 2011 година възлиза на 25,9 хил. лева, а през 2010 година на 22,8 хил. лева.(таб.9) Увеличението в заплащането е с 14 на сто. Средномесечно са отчетени и заплатени 2 880 прегледа, докато през 2010 са заплатени 2 851 прегледа.(Таб.9) Докато през 2010 година три здравноосигурителни каси не са отчетели този вид дейност РЗОК Пазарджик, РЗОК Сливен и РЗОК Търговище, то през 2011 година техният брой става четири – РЗОК Русе, РЗОК Пазарджик, РЗОК Сливен и РЗОК Търговище.

Дейност по програма “Майчино здравеопазване”

Средномесечният брой прегледи по програмата възлизат на 32,7 хил. прегледа през 2011 година, през предходната година, средномесечно са извършвани 34,6 хил. прегледа.(Таб.11) Средномесечната стойност по програмата през 2011 възлиза на 292,7 хил. лева, а през 2010 година възлиза на 305 хил. лева и съставлява 2 на сто от разхода по специализиран пакет в СИМП.(таб.27) Намалението в заплащането е с 4,1 на сто. Броя прегледи по програма майчино здравеопазване на 1000 ЗЗОЛ за 2011 година е 5 броя а за 2010 година по този показател броя прегледи е също 5 броя, като най-много прегледи на 1000 ЗЗОЛ са отчетени в РЗОК Сливен – 8 броя и РЗОК Търговище 7 броя, а най-малко прегледи в РЗОК Русе – 2 броя, РЗОК Видин, РЗОК Враца, РЗОК Монтана, РЗОК Габрово и РЗОК София област – 3 броя.(таб.27)

ЛКК

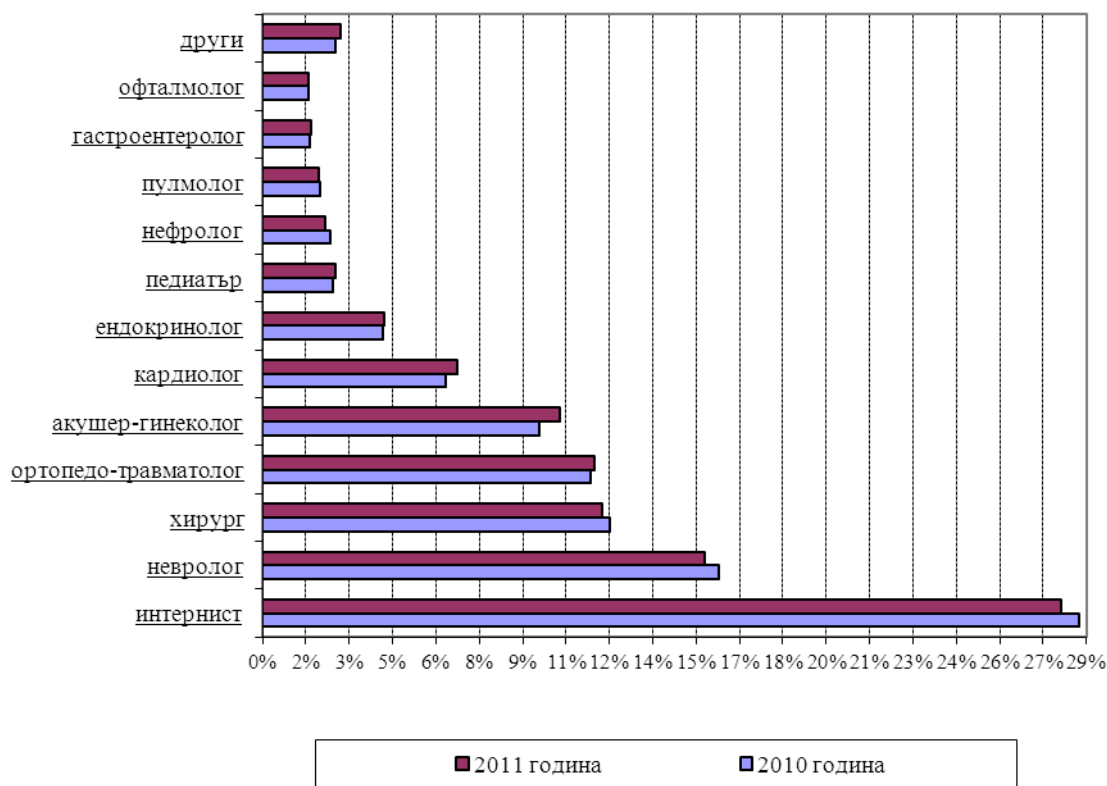
Средномесечният брой ЛКК прегледи, заплащани от НЗОК през 2011 година е 65,1 хиляди, през предходната година средномесечно са извършвани по 73,3 хиляди ЛКК прегледа. (таб.46) Отчита се намаление на тази дейност с 11,2 на сто. Средномесечният брой ЛКК прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2011 година е 10 (за 2010 година е бил - 11 прегледа). Този показател е най-висок в РЗОК Габрово – 28 прегледа, РЗОК Перник – 20 прегледа и РЗОК Монтана – 15 прегледа, а най-нисък в РЗОК Търговище, РЗОК Шумен и РЗОК Враца – 4 прегледа. (Таб.42) Средномесечно на специалист се падат по 8 ЛКК прегледа (през 2010 - 9 прегледа), като този показател е най-висок в РЗОК Перник – 19 прегледа, РЗОК Габрово – 16 прегледа и РЗОК Русе – 14 прегледа а най-нисък брой ЛКК прегледи на специалист се отчитат в РЗОК Търговище и РЗОК Враца – 3 прегледа. (Таб.42)

Средномесечният разход за ЛКК прегледи през 2011 година е в размер на 162,7 хил. лева, а предходната година – 183,2 хил. лева. Цената на един ЛКК преглед през 2011 година по НРД 2011 е 2,50 лева. (Таб.27)

Средствата за ЛКК съставляват 1,1 на сто от разхода за специализиран пакет дейности (през 2010 година - 1,4 на сто). Най-висок дял на тези плащания отчитат в РЗОК Перник – 3 на сто, РЗОК Габрово – 2,9 на сто, а най-нисък в РЗОК Търговище, РЗОК Шумен, РЗОК Видин, РЗОК Сливен и РЗОК Враца – по 0,5 на сто. (Таб.27)

ЛКК отрязъците, отчетени от специалисти по пакети “Вътрешни болести”, “Неврология”, “Хирургия”, “Ортопедия и травматология” и “АГ”, съставляват 76,4 на сто от всички отчетени отрязъци по НРД 2011.

Структура на ЛКК отрязъците в СИМП по пакети през 2010 и 2011 години



Високоспециализираните дейности (ВСД)

Средномесечният брой ВСД заплащани от НЗОК през 2011 година е 40 хиляди, а през предходната година средномесечно са извършвани по 38 хиляди ВСД прегледа. Отчита се увеличение на броя извършени дейности с 2 на сто. (Таб.43)

Средномесечният брой ВСД на 10 000 ЗЗОЛ за страната през 2011 година възлиза на 60 дейности (за 2010 година е 59 дейности). Този показател е най-висок в РЗОК Сливен – 92 дейности, РЗОК Ловеч – 85 дейности и РЗОК Варна – 72 дейности, а най-нисък в РЗОК Кюстендил – 24 дейности, РЗОК София област – 26 дейности и РЗОК Перник – 35 дейности.(Таб.43)

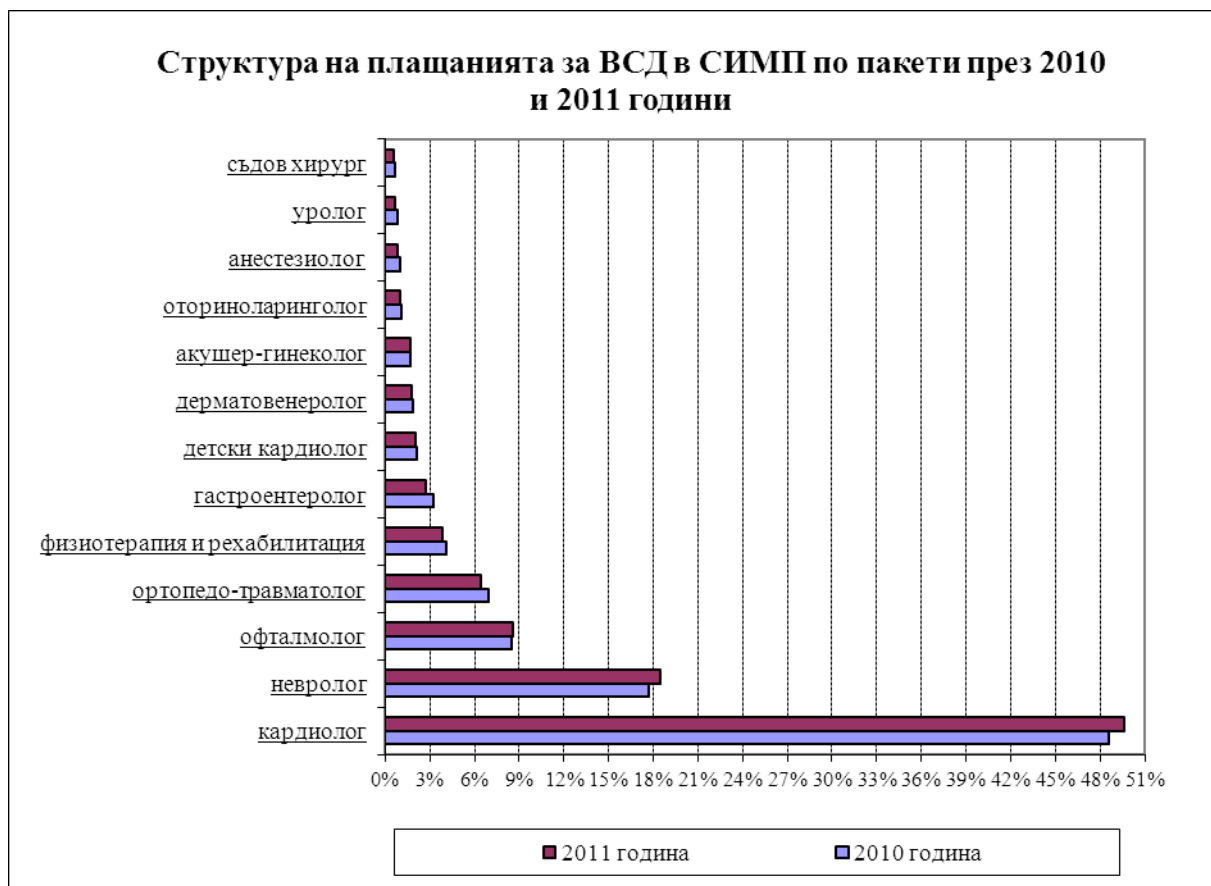
Средномесечният разход за ВСД през 2011 година е в размер на 772,6 хил. лева, а през 2010 година – 754,4 хил. лева (отчита се увеличение на разхода с 2 на сто). (Таб.42) Средна цена на една ВСД за 2011 година е нараснала от 19,4 на 19,3 лева спрямо тази през 2010 година. Най-висока средна цена на ВСД през 2011 година отчитат РЗОК Стара Загора – 21,6

лева, РЗОК София град и РЗОК Варна – 20,3 лева, а най-ниска средна цена отчитат в РЗОК Габрово – 17,7 лева, РЗОК Разград – 17,8 лева и РЗОК Добрич – 18,2 лева.(Таб.44)

Средствата за ВСД съставляват 5,7 на сто от разхода за СИМП. Най-висок дял на тези плащания отчитат в РЗОК Ловеч – 8 на сто, РЗОК Ямбол – 7,6 на сто и РЗОК Сливен – 7,3 на сто, а най-нисък в РЗОК Кюстендил – 2,6 на сто, РЗОК София област – 2,7 на сто и РЗОК Благоевград – 3,4 на сто.

Структурата на заплатената стойност за ВСД по пакети през 2010 и 2011 година е сравнително постоянна.

Заплатените средства за ВСД по пакети “Кардиология”, “Неврология” и “Офталмология” съставляват 76,7 на сто от разхода за тази дейност.



Извършените и заплатени Ехокардиографии са 41 на сто от всички ВСД и плащанията за тях съставляват 46 на сто от разхода за високоспециализирани дейности в СИМП.(Таб.40 и Таб.41) Средномесечно в страната на 10 000 ЗЗОЛ се извършват по 25 ехокардиографии. Този показател е най-висок в РЗОК Сливен – 62, РЗОК Ловеч – 56, съответно най-нисък в РЗОК Бургас – 7, РЗОК Кюстендил – 6 и РЗОК София област – 9 ехокардиографии. (Таб.27)

Извършените и заплатени Електроенцефалография (ЕЕГ) са 9,9 на сто от всички ВСД и плащанията за тях съставляват 7,7 на сто от разхода за високоспециализирани дейности в СИМП. (Таб.40 и Таб.41) Средномесечно в страната на 10 000 ЗЗОЛ се извършват по 6 ЕЕГ. Този показател е най-висок в РЗОК Видин – 12, РЗОК Плевен и РЗОК Добрич – 11, съответно най-нисък в РЗОК София област – 2, РЗОК Кюстендил – 3, а в РЗОК Стара Загора не е отчетена нито една извършена ЕЕГ.(Таб.27)

Средномесечния разход за ВСД през 2011 година на 100 ЗЗОЛ за страната е 11,7 лева (11,3 лева през 2010 година), като най-висок е в РЗОК Сливен – 18 лева, РЗОК Ловеч – 16,4 лева и РЗОК Варна – 15,7 лева, а най-нисък в РЗОК Кюстендил – 4,6 лева, РЗОК София област – 4,8 лева и РЗОК Перник – 6,9 лева.(Таб.27)

Изводи:

- НЗОК заплаща отчетените дейностите на изпълнителите на СИМП в съответствие с договореностите на НРД 2011 за медицински дейности и Постановление №304/17.12.2010г. на Министерски съвет.
- Структурата на заплащаните специализирани извънболнични медицински дейности съгласно Наредба № 40 от 2004 година за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, остава непроменена през 2011 година спрямо предходната година.
- По-високите цени регламентирани с Постановление №304/17.12.2010г. на Министерски съвет за 2011 година спрямо 2010 година на голяма част от медицинските услуги оказвани от изпълнители на СИМП, води до
- През 2011 година се отчита увеличение на средно месечният доход на един изпълнител на СИМП спрямо предходната година с 11 на сто (1 460 лева за 2009 година и 1 618 лева за 2010 година). Това се дължи на по-високите цени регламентирани с Постановление №304/17.12.2010г. на Министерски съвет за 2011 година на голяма част от медицинските услуги оказвани от изпълнители на СИМП. Най-висок доход получават специалистите в РЗОК Благоевград – 2 440 лева, а най-нисък е дохода им в РЗОК София град – 1 270 лева.
- Броя на отчетените се изпълнителите на СИМП остава почти непроменен. През 2010 година са отчетели дейност средно 8 402 специалиста, като през 2011 година техният брой е 8 486 специалиста.

Регламентираните принципи за разпределение на направления за специализирани медицински дейности и въведената система за контрол върху разходваните им не допуска преразход на средствата за здравноосигурителни плащания.

1.3. Дентална извънболнична медицинска помощ

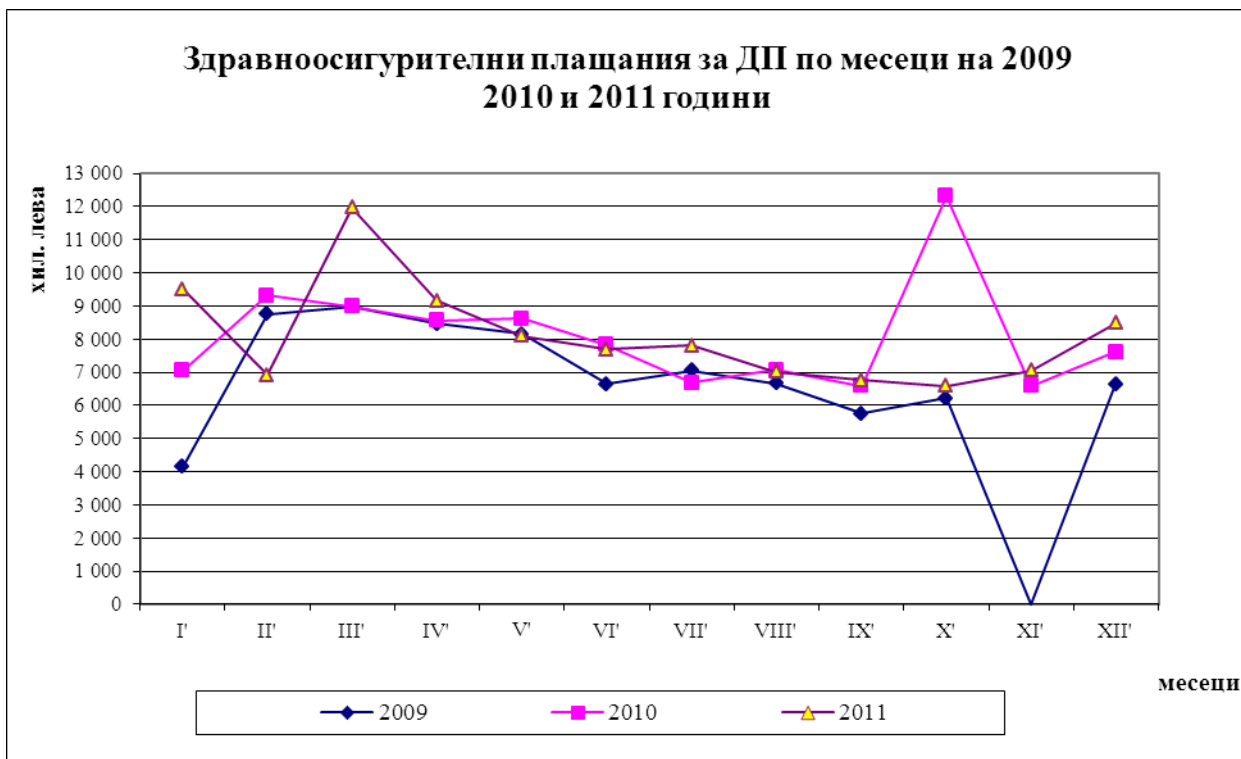
През бюджетната 2011 година за дентална медицинска помощ /ДП/ са изразходвани 97 048 хил. лева или 106,9 на сто от предвидените 94 000 хил. лева със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година (Таб.1). Разходът за ДП представлява 4,9 на сто от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания през 2011 година и са усвоени за заплащане на дейност извършена през периода декември 2010 година (НРД 2010) - ноември 2011 година (НРД за дентални дейности 2011). Дейността извършена през месец декември 2011 година не е изплатена от текущият бюджет за годината, а остава за разплащане от бюджетните средства за 2012 година.

Разходваните средства през 2011 година за дентална помощ са разпределени съобразно договорените в НРД 2011 пакети, както следва (Таб.46с):

Название на дейността	Разход в хил. лева	Структура на разхода в %
Извънболнична дентална помощ	97 049	100%
I. Първична дентална помощ	94 941	97,83%
1. Общо по чл.310 (НРД 2010)/ чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл. 3 от ПМС №304/17.12.2010г.(НРД 2011)	94 254	97,12%
2. Общо по чл.312 (НРД 2010)/ чл.2 от Приложение №12 към чл. 3 от ПМС №304/17.12.2010 г. (НРД 2011)	314	0,32%
3.Неблагоприятни условия	373	0,38%
II. Специализирана дентална помощ	2111	2,18%
Други	-3	0,00%

За извършената дейност през 2011 година (по месеци на дейността) изплатените средства са нараснали с 9,37 на сто или с 8 447 хил. лева в сравнение с 2010 година (Таб.53с). С НРД за дентални дейности 2011 се договориха условията и реда за сключване на договорите и за оказване на извънболнична дентално помощ, а цените по който бяха заплащани тези дейности бяха утвърдени с Постановление на Министерския съвет №304 от 17.12.2012г. През 2011 г бяха увеличени базовите цените на две дейности с 6 на сто: на obturation с амалгама и химичен композит и екстракция на постоянен зъб, както за лицата до 18 годишна възраст така е за лицата над 18 годишна възраст, като увеличението е в частта заплащана от НЗОК при запазване на стойността заплащана от пациента.

Графиката илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход за 2011 година в съпоставка с 2010 и 2009 години.



Средномесечният разход за дентална медицинска помощ формиран на годишна база по месеци на извършване на дейността през 2010 година е в размер на 7 540 хил. лева, а за 2011 година е нараснал на 8 231 хил. лева (Таб.53с).

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за дентална медицинска помощ за 2010 година възлиза на 117,9 лева, а за отчетния период през 2011 година на 130,74 лева. Този показател през 2010 е най-висок в РЗОК Кърджали - 182,2 лева, РЗОК Благоевград – 173,3 лева, РЗОК Пловдив – 170,5 лева, а най-нисък в РЗОК София област – 93,9 лева, РЗОК Бургас – 104,8 лева, РЗОК Силистра – 105,3 лева.

Графиката изобразява динамиката на разходване на средствата по месеци на дейност по параграфа през 2010 и 2011 години.



Първична извънболнична дентална помощ

Заплатените средства за първична извънболнична дентална помощ /ПИДП/ са в размер на 94 941 хил. лева или 97,83 на сто от общия разход за дентална помощ.

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за първична извънболнична дентална помощ за 2010 година възлиза на 115,4 лева, а за отчетния период през 2011 година на 127,9 лева. Този показател през 2011 година е най-висок в РЗОК Кърджали – 182,2 лева, РЗОК Благоевград – 176,3 лева и РЗОК Пловдив – 165,8 лева, а най-нисък в РЗОК София област – 93,8 лева, РЗОК Бургас – 102,2 лева.

Средномесечният брой на отчетите се лекари по дентална медицина по месеци на дейност през отчетния период е 5 475 изпълнители. В сравнение с 2010 година (5 371) броят на изпълнителите на дентална помощ се увеличава. (Таб.49с).

Средно за страната на 10 000 ЗЗОЛ се падат 7,8 стоматолога, като най-много са в РЗОК Пловдив – 11,8, РЗОК Видин – 10,6, РЗОК Смолян – 10,3, РЗОК София град – 10,2, а най-малко в РЗОК София област – 5,2, РЗОК Разград и РЗОК Търговище – 5,6 (Таб.51с).

Средната цена на дейност, извършена от общопрактикуващите лекари по дентална медицина, за 2010 година възлиза на 17,56 лева, а за отчетния период през 2011 година – 18,48 лева, като най-висока е в РЗОК Кърджали – 20,75 лева, РЗОК Благоевград – 20,13 лева,

Национална здравноосигурителна каса

РЗОК Пазарджик – 19,18 лева, поради високият относителен дял на по-високо заплащаните дейности, а най-ниска в РЗОК Русе – 17,48 лева, РЗОК Плевен – 17,62 и РЗОК Ямбол – 17,86 поради по-високият дял на по-ниско заплащаните дейности (Таб.44с).

Средномесечният брой дейности на 100 ЗЗОЛ извършени от изпълнители на първична дентална медицинска помощ през 2010 година възлиза на 6,6 дейности, а за 2011 година на 6,9 дейности. Най-голям брой дейности на 100 ЗЗОЛ през 2011 година са извършени в РЗОК Пловдив – 8,9 дейности, РЗОК Кърджали и РЗОК Благоевград – 8,8 дейности, РЗОК Смолян – 8,7 дейности, а най-нисък в РЗОК София област – 4,9 дейности, РЗОК Бургас – 5,6 дейности, РЗОК Силистра - 5,8 дейности. (Таб.43с)

Средномесечният доход на един общопрактикуващ лекар по дентална медицина за 2010 година е 1 372 лева, а за отчетния период през 2011 година е нараснал на 1 471 лева, като най-висок е в РЗОК Благоевград – 2 134 лева, РЗОК Кърджали – 2 090 лева, РЗОК Шумен – 2 054 лева, а най-нисък в РЗОК София град – 1 193 лева, РЗОК Видин – 1 348 лева, РЗОК Стара Загора – 1 390 лева (Таб.50с).

Графиката илюстрира структурата на касовия разход през 2011 година, съобразно номенклатурата на заплащаните дейности за деца и възрастни.



***По чл.1, ал.2, т.1 от Приложение №12 към чл. 3 от ПМС №304/17.12.2010 г.
при ЗЗОЛ на възраст до 18 години***

За обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, включително и за бременни (Преглед до 18 г.) по чл.310, ал.2 от НРД 2010 / чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл.3 от ПМС №304/17.12.2010 г за 2011 година са изплатени 2 191 хил. лева.

Средномесечният разход за преглед до 18 г. на 100 ЗЗОЛ за страната през 2010 година е в размер на 15,79 лева, а за отчетния период на 2011 година – 16,63 лева. Най-висок този показател е в РЗОК Смолян – 24,5 лева, РЗОК Кърджали – 21,5 лева и РЗОК Кюстендил – 21,3 лева, а най-нисък в РЗОК Бургас – 12,9 лева, РЗОК Ямбол – 13,0 лева и РЗОК Плевен – 12,2 лева (Таб.2с). Средно за страната на всеки 100 ЗЗОЛ до 18 г. са извършени 2,8 манипулации.(Таб.37)

За месеците на дейност от януари до декември 2011 година по чл.310, ал.2 от НРД 2010 / чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл.3 от ПМС №304/17.12.2010 на 100 ЗЗОЛ от подлежащото на профилактика население от 2 до 18 години – 31 на сто е упражнило правото си на преглед. Този показател е най-висок в РЗОК Смолян – 45,6 на сто и РЗОК Кърджали – 40 на сто, а най-нисък в РЗОК Бургас - 24 на сто и РЗОК Ямбол – 24,3 на сто. (Таб.23с)

За ЗЗОЛ до 18 години в структурата на разходите за първична дентална помощ през 2011 година значителен дял заемат разходите за obtурация с амалгама или химичен композит в размер на 17 169 хил. лева.

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за obtурация с амалгама или химичен композит до 18 години за страната през 2010 година е – 115,83 лева, а през 2011 година – 131,84 лева, като най-голям е в РЗОК Смолян – 208,48 лева, РЗОК Кърджали – 206,61 лева, РЗОК Благоевград – 195,91 лева, а най-нисък в РЗОК Бургас – 85,11 лева, РЗОК Разград – 88,74 лева и РЗОК Ямбол – 91,09 лева.

Средно за страната на всеки 10 профилактични прегледа до 18 години са извършени 19,1 манипулации - obtурация с амалгама или химичен композит по чл.310, ал.2 от НРД 2010/ чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл.3 от ПМС №304/17.12.2010, най-висок този показател е в РЗОК Кърджали – 23,2 манипулации, РЗОК Благоевград – 22,8 манипулации, РЗОК Пловдив – 21,2 манипулации, а най-нисък в РЗОК Разград – 12,05 манипулации, РЗОК Бургас – 15,9 манипулации и РЗОК Шумен -16,44 манипулации.(Таб.32с)

За лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб до 18 г. по чл.310, ал.2 от НРД 2010/ чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл.3 от ПМС №304/17.12.2010 през 2011 година са заплатени 2 038 хил. лева.

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб до 18 години за страната през 2010 година е 14,32 лева, а през 2011 година – 15,50 лева. Най-голям е разходът в РЗОК Смолян – 25,55 лева, РЗОК Благоевград– 20,43 лева, РЗОК Перник – 20,39 лева, а най-малък в РЗОК Бургас – 12,52 лева и РЗОК София област – 12,57 лева.

За лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб до 18 години по чл.310, ал.2 от НРД 2010/ чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл.3 от ПМС №304/17.12.2010 са заплатени 7 477 хил. лева (Таб.46с).

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ до 18 години за лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб до 18 години за страната през 2010 година е 58,01 лева, а през 2011 година – 56,34 лева. Най-голям е средномесечният разход в РЗОК Кърджали – 143,26 лева, РЗОК Благоевград – 117,59 лева, РЗОК Пазарджик – 81,05 лева, а най-малък в РЗОК Плевен – 25,97 лева, РЗОК Русе – 31,40 лева и РЗОК Ямбол – 35,84 лева.

Средно за страната на всеки 10 профилактични прегледа до 18 години са извършени 3,17 манипулации – за лечение на пулпит на постоянен зъб по чл.310, ал.2 от НРД 2010/ чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл.3 от ПМС №304/17.12.2010, най-висок този показател е в РЗОК Кърджали – 6,23 манипулации, РЗОК Благоевград – 5,31 манипулации и РЗОК София област – 4,35 манипулации, а най-нисък в РЗОК Плевен и Русе – 1,83 и РЗОК Габрово - 2,02 манипулации (Таб.32с).

***По чл.1, ал.2, т.2 от Приложение №12 към чл. 3 от ПМС №304/17.12.2010 г.
при ЗЗОЛ на възраст над 18 години***

За обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус (за Преглед над 18 г) по чл.310, ал.2 от НРД 2010/ чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл.3 от ПМС №304/17.12.2010г. е заплатена сума в размер на 9 175 хил. лева. Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ над 18 години за страната за 2010 година е 13,97 лева, а през 2011 година – 15,01 лева, като най-висок е в РЗОК Пловдив – 18,87 лева, РЗОК Велико Търново – 17,33 лева,

РЗОК Смолян – 17,29 лева, а най-нисък в РЗОК София област – 9,97 лева и РЗОК Силистра – 12,78 лева (Таб.8с).

Средно за страната 28,0 на сто от населението над 18 години е упражнило правото си на профилактичен преглед през 2011 година. Този показател е най-висок в РЗОК Пловдив – 35,2 на сто, РЗОК Велико Търново – 32,3 на сто и РЗОК Смолян – 32,2 на сто, най-нисък е в РЗОК София област – 18,6 на сто, РЗОК Силистра - 23,8 на сто и РЗОК Търговище – 24 на сто (Таб.29с).

За ЗЗОЛ над 18 години в структурата на разходите за първична дентална помощ значителен дял заемат разходите за obturation с амалгама или химичен композит – 41 502 хил. лева. Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ над 18 години за страната през 2010 година е 58,42 лева, а през 2011 – 68,80 лева, като най-голям е в РЗОК Пловдив – 98,66 лева, РЗОК Благоевград – 88,14 лева, РЗОК Смолян – 82,11 лева, а най-малък в РЗОК София област – 40,51 лева, РЗОК Разград – 47,15 лева и РЗОК Силистра – 48,61 лева (Таб.9с).

Средно за страната на всеки профилактичен преглед над 18 години са извършени 1,7 манипулации (Таб.37с)

Броят отчетени obturation с амалгама или химичен композит на всеки извършен преглед за 2011 година няма значителни отклонения по региони, поради нормативно ограничение от 2 дейности - най-висок този показател е в РЗОК София град – 1,49 манипулации, РЗОК Благоевград и РЗОК Пловдив – 1,48, а най-нисък в РЗОК Разград и РЗОК Добрич – 1,02 манипулации, РЗОК Плевен – 1,07 , РЗОК Ямбол – 1,08 манипулации. Този показател за Екстракция над 18 г. е 0,41 извършени манипулации, като най-висок е в РЗОК Добрич, – 0,57 манипулации, а най-нисък в РЗОК София град – 0,27 манипулации (Таб.32с).

За Екстракция на зъб над 18 г. по чл.310, ал.2 от НРД 2010/ чл.1, ал.2 от Приложение №12 към чл.3 от ПМС №304/17.12.2010г. са заплатени 13 203 хил. лева. Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ над 18 години за страната през 2010 година е 19,23 лева, а през 2011 година – 21,66 лева. Най-висок е разходът в РЗОК Добрич – 29,27 лева, РЗОК Кърджали – 28,76 лева и РЗОК Плевен и РЗОК Шумен – 26,9 лева, а най-нисък в РЗОК София град – 14,16 лева и РЗОК Варна – 17,60 лева (Таб.10с).

№304/17.12.2010 г. за дейности при които НЗОК заплаща изцяло договорените дейности за ЗЗОЛ на възраст до и над 18 години

В структурата на първичната извънболнична дентална помощ близо 0,32 на сто от средствата или 314 хил. лева са изразходвани чл.312 от НРД 2010/ чл.2 от Приложение №12 към чл. 3 от ПМС №304/17.12.2010 г (табл.46с).

Голям дял от изразходваните средства през 2011 година чл.312 от НРД 2010/ чл.2 от Приложение №12 към чл. 3 от ПМС №304/17.12.2010 г. са средствата за лечение на ЗЗОЛ до 18 години или 216,8 хил. лева, като най-висок този показател е в РЗОК Пазарджик – 21,1 хил. лева, РЗОК Монтана– 15,8 хил. лева, РЗОК Пловдив – 15,2 хил. лева, а най-нисък в РЗОК Кюстендил - 0,2 хил. лева, РЗОК София град – 0,3 хил. лева и РЗОК Плевен – 1,2 хил. лева, а РЗОК Кърджали не е отчетена такава дейност (Таб.47).

През 2011 година за лечение на ЗЗОЛ над 18 години чл.312 от НРД 2010/ чл.2 от Приложение №12 към чл. 3 от ПМС №304/17.12.2010 г са заплатени 97,4 хил. лева. Най-голям е разхода в РЗОК Сливен – 10,7 хил. лева, РЗОК Видин – 9,3 хил. лева и РЗОК Добрич – 7,7 хил. лева. В РЗОК Кърджали, РЗОК Перник, РЗОК София град и РЗОК Хасково не е отчетенатакава дейност (Таб.47).

За неблагоприятни условия на работа през 2011 година са заплатени 373 хил. лева или 0,38 на сто от разхода за извънболнична дентална помощ.(табл.46с)

Специализирана дентална помощ

За специализирана дентална помощ през 2011 година са заплатени 2 111 хил. лева или 2,18 на сто от заплатените по параграфа средства. В осем РЗОК не са извършени разходи за този вид дейност – РЗОК Благоевград, РЗОК Габрово, РЗОК Добрич, РЗОК Кърджали, РЗОК Кюстендил, РЗОК Русе, РЗОК Силистра и РЗОК Смолян.

Най-голям дял от изразходваните средства през 2011 година за специализирана дентална помощ се пада на РЗОК Смолян – 25,8 на сто, РЗОК Плевен – 15,4 на сто, РЗОК Бургас – 14,7 на сто и РЗОК Велико Търново – 8,9 на сто.

Изводи:

- За първи път през 2011 година се сключи НРД за дентални дейности 2011 между БЗС и НЗОК, с който се договориха условията и реда за сключване на договорите,

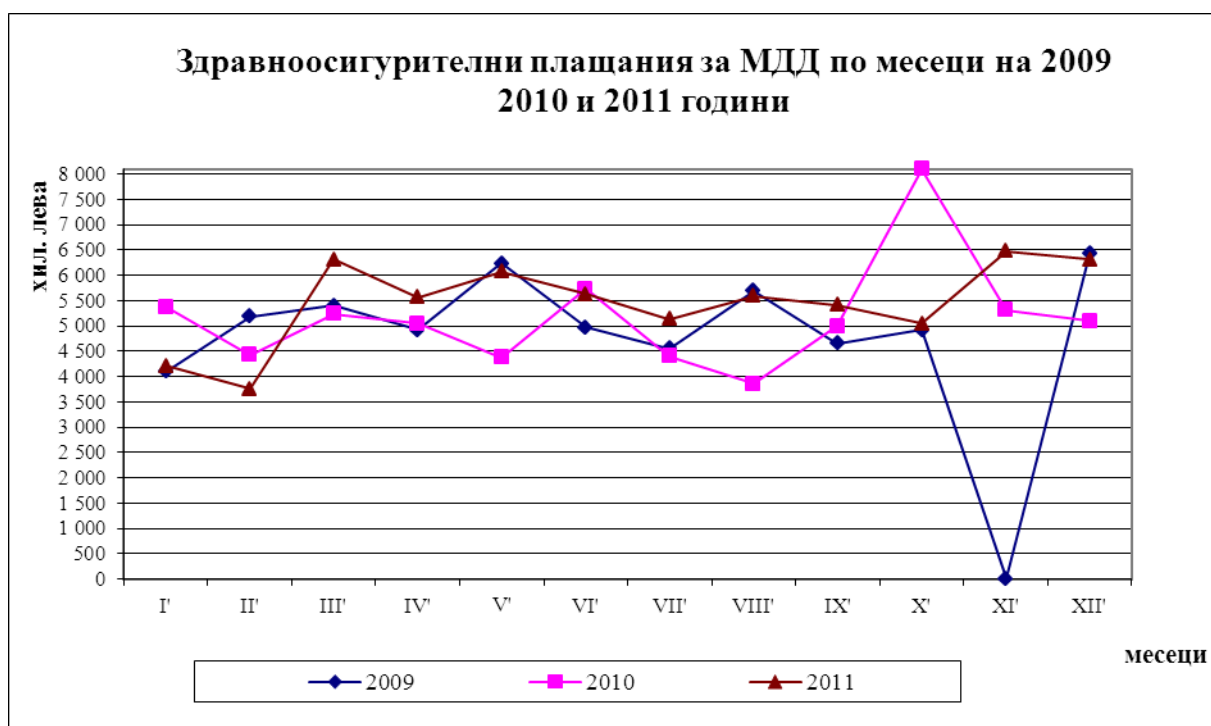
както и условията и реда за оказване на извънболнична дентална помощ на дейностите по Наредба №40 от 2004г за основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. С Постановление на Министерския съвет №304 от 17.12.2012г. бяха определени обемите и цените, по които се заплащаха тези дейностите. През 2011 година бяха увеличени базовите цените на две дейности с 6 на сто: на obturация с амалгама и химичен композит и екстракция на постоянен зъб (от 25,13 лева на 26,76 лева), както за лицата до 18 годишна възраст така и за лицата над 18 годишна възраст, като увеличението е в частта заплащана от НЗОК при запазване на стойността заплащана от пациента.

- В месечното потребление на средствата за здравноосигурителни плащания за дентална помощ през 2011 година се наблюдава наложилата се вече тенденция на неравномерното разходване на средствата, характерно с високи нива в началото и края на година и ниски в средата на годината. Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за дентална помощ нараства от 117,9 лева за 2010 година на 130,62 лева за отчетния период през 2011 година. Този показател през 2011 е най-висок в РЗОК Кърджали - 182,23 лева и РЗОК Благоевград – 176,34 на сто, а най-нисък в РЗОК София област – 93,91 лева и РЗОК Бургас – 104,83 лева.
- Средномесечният доход на един общопрактикуващ лекар по дентална медицина за 2011 година (1 502 лева) е нараснал с 7,2 на сто спрямо 2010 година (1 401 лева), като най-високи стойности на този показател е отчетен в РЗОК Благоевград – 2 134 лева, РЗОК Кърджали – 2090 лева и РЗОК Шумен – 2 060 лева, а най-ниски в РЗОК София град – 1 234 и РЗОК Русе – 1 400 лева.
- Средномесечният брой на отчетите се лекари по дентална медицина нараства от 5371 за 2010 година на 5475 лекари през 2011 година. Увеличеният брой на денталните лекари извършващи и отчитащи дейности по договор с НЗОК е дължи на по-доброто финансиране на дейностите през 2011 година, спрямо 2010 година.

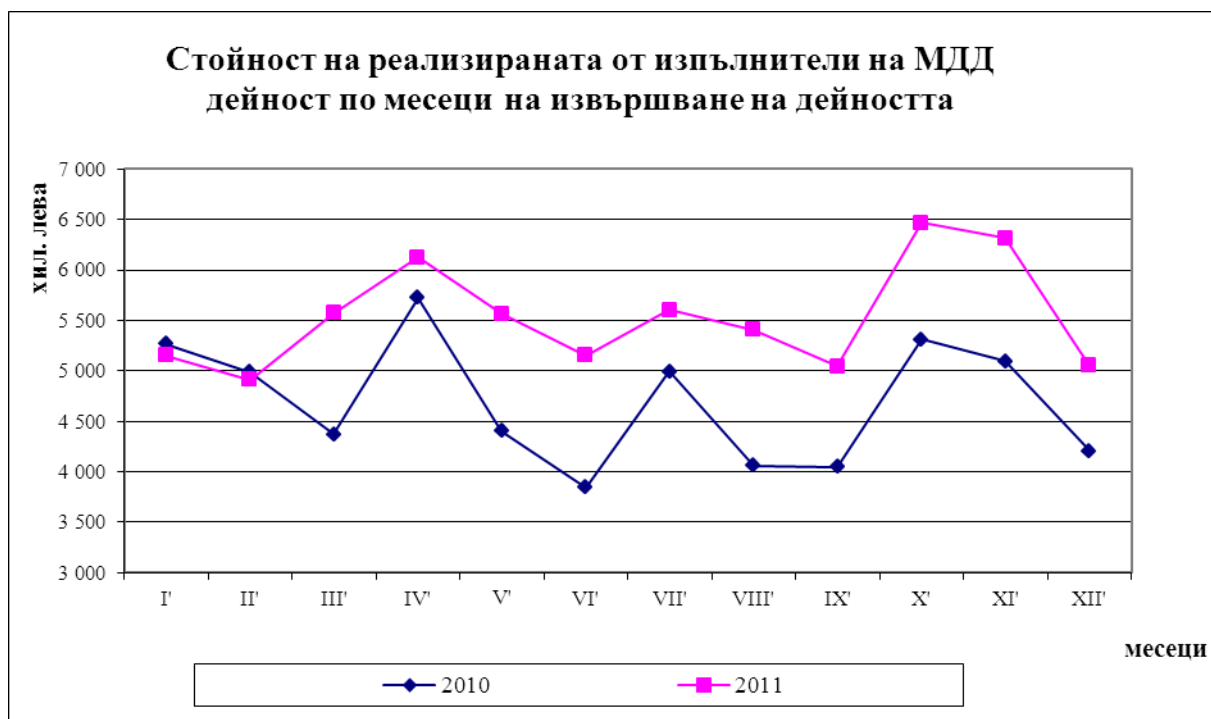
1.4. Медико-диагностична дейност(МДД)

През бюджетната 2011 година за медико-диагностична дейност (МДД) са изразходвани 65 520 хил. лева или 91,6 на сто от предвидените със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година 71 500 хил. лева и 99,5 на сто от уточнения годишен план в размер на 65 876 хил. лева. Разходът за МДД представлява 3,0 на сто от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания усвоени за дейност извършена през периода ноември 2010 година (НРД 2010 г) – ноември 2011 година (НРД 2011 г).

Графиката илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход за МДД през 2011 година в съпоставка с 2010 и 2009 години.



Стойността на реализираната дейност, съобразно месеца на извършването през 2011 и 2010 години е илюстрирана в графиката.



Средномесечният брой на отчетите се лечебни заведения за МДД през 2010 година е 625, а през 2011 година е 621, като най-голям е броят в РЗОК София град - 125, РЗОК Пловдив - 50 и РЗОК Варна - 39, а най-малък в РЗОК Смолян – 7, РЗОК Силистра и РЗОК Видин - 8 (таб.4.7).

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за МДД за страната през 2010 година възлиза на 74,08 лева, а през 2011 година е 86,73 лева. Този показател по НРД 2011г е най-висок в РЗОК София град – 119,87 лева, Пловдив – 109,52 лева и РЗОК Варна – 101,61 лева, а най-нисък в РЗОК София област – 47,73 лева, РЗОК Силистра– 48,04 лева и РЗОК Кърджали – 53,79 лева (таб.4.6).

Средномесечният брой медико-диагностични дейности през 2010 година е 1 623,9 хил. броя, а през 2011 година на 1 631 хил. броя (таб.4.19).

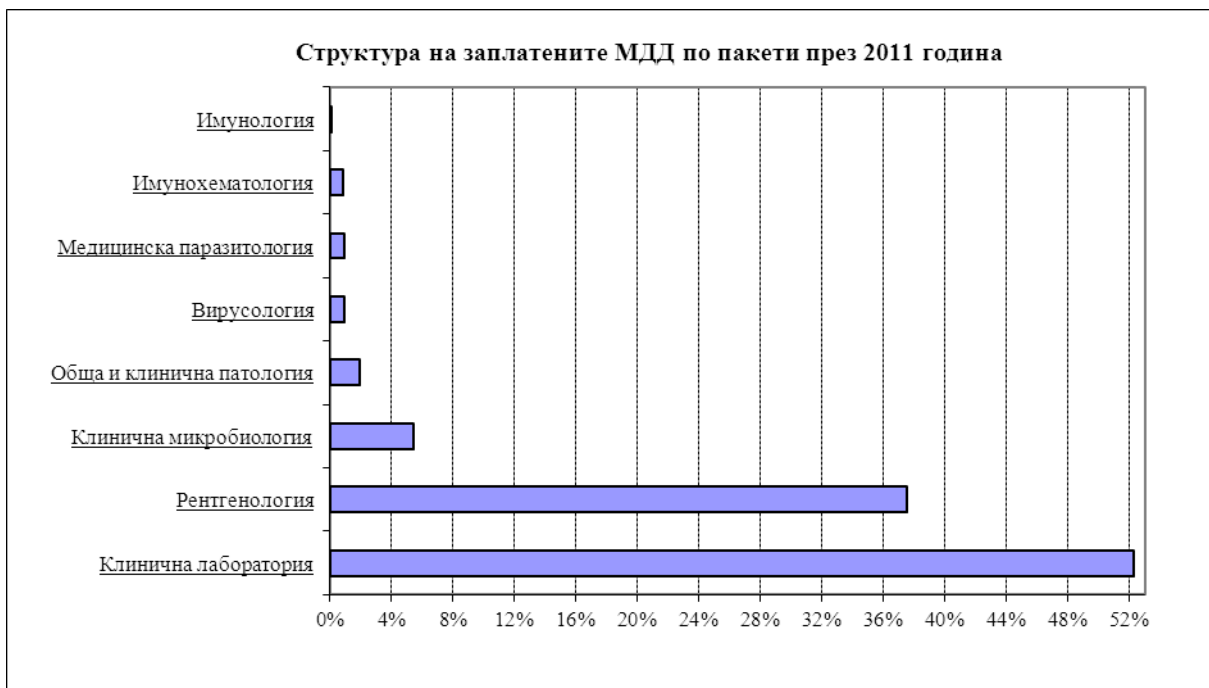
Средномесечният брой медико-диагностични дейности на 100 ЗЗОЛ през 2010 година е 25,34, а за отчетния период на 2011 година е 25,86. Най-голям брой МДД на 100 ЗЗОЛ за 2011 са извършени в РЗОК София град – 33,19 броя, РЗОК Пловдив – 31,82 броя, и РЗОК Варна – 30,27 броя, а най-малък в РЗОК Кърджали – 13,83 броя, РЗОК София област – 16,02 броя и РЗОК Силистра – 16,40 броя (таб.4.1).

Дейността за медико-диагностична дейност включва специализирани и/или високоспециализирани медико-диагностични дейности по пакети: „Вирусология”, „Имунология”, „ Клинична лаборатория”, Клинична микробиология”, „Медицинска паразитология”, „Имунохематология”, „Обща и клинична патология” и „Образна диагностика”.

Разпределение на средствата по пакети изследвания.

От общо изплатените средства за медико-диагностична дейност през 2011 година най-голям е дялът за клинично-лабораторните изследвания – 34 355 хил. лева или 52,4 на сто, следвани от рентгенологичните изследвания – 24 551 хил. лева или 37,5 на сто и клинично-микробиологични изследвания – 3 511 хил. лева или 5,4 на сто. Заплатените средства по тези три пакета представляват 95,3 на сто или 62 417 хил. лева от изразходваните средствата по параграфа (таб.4.4, 4.5).

Графиката илюстрира структурата на изплатените средства по касов отчет за медико-диагностична дейност през 2011 година по пакети.



Клинико-лабораторни изследвания

Средномесечният разход за клинико-лабораторни изследвания по месец на дейност за 2011 възлиза на 2 892 хил. лева за 1 397 хиляди броя изследвания (таб.4.11).

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ през 2010 година е 40,12 лева, а през 2011 година (пакет “Клинична лаборатория”, вкл. ВСМДИ) е в размер на 45,95 лева, като най-висок е в РЗОК София град – 62,48 лева, РЗОК Пловдив – 60,75 лева и РЗОК Видин – 54,84 лева, а най-нисък в РЗОК Кърджали – 20,00 лева, РЗОК София област – 23,55 лева и РЗОК Пазарджик – 27,57 лева (таб.4.28).

Средномесечният брой изследвания по специализиран пакет клинична лаборатория на 100 ЗЗОЛ за 2010 година е 22,25, а през 2011 година (пакет “Клинична лаборатория”, вкл. ВСМДИ) – 22,18, като този показател е най-висок в РЗОК София град – 28,50 броя, РЗОК Пловдив – 27,40 броя, РЗОК Варна – 26,26 броя, най-нисък в РЗОК Кърджали – 11,30 броя, РЗОК София област – 13,58 броя и РЗОК Силистра – 14,42 броя (таб.4.27).

От общо изплатените средства за извършване на дейности за 2011 година по (НРД 2011г.) за клинико-лабораторни изследвания най-голям е делът за изследване Кръвна картина - поне 8 параметъра или повече, в размер 5 262 хил. лева за 2 658 хил. броя изследвания или 15,2 на сто от средства за клинико-лабораторни изследвания (таб.4.11).

Следващ по големина разход на дейности за 2011 година се отчита за TSH през 2011 година са изплатени 3 124 хил. лева за 320 хил. броя изследвания или 9 на сто от средства за клинико-лабораторни изследвания.

Разходът за PSA представлява 8,5 на сто или в размер на 2 956 хил. лева за 244 хиляди броя.

За Холестерол през 2011 година са изплатени 2 459 хил. лева за 1 719 хил. броя изследвания или 7,1 на сто от средства за клинико-лабораторни изследвания.

За Глюкоза през 2011 година са изплатени 2 301 хил. лева за 1 609 хил. броя или 6,6 на сто от средства за клинико-лабораторни изследвания.

За Триглицериди през 2011 година са изплатени 2 266 хил. лева за 1 585 хил. броя изследвания или 6,5 на сто от средства за клинико-лабораторни изследвания, а за Гликиран

хемоглобин са изплатени 2 127 хил. лева за 230 хил. броя или 6,1 на сто от средства за клиничко-лабораторни изследвания.

Средномесечният брой изследвания TSH и fT4 на 1 000 ЗЗОЛ за страната по месец на извършване на дейности през 2010 година е 4,50, а през 2011 година е 5,72. Този показател е най-висок в РЗОК София град – 10,21, РЗОК Пловдив – 8,21, РЗОК Велико Търново – 7,52, РЗОК Русе – 6,43, а най-нисък в РЗОК София област – 1,57, РЗОК Кърджали – 1,66 и РЗОК Кюстендил – 1,72. (Таб. 4.29)

Рентгенологични изследвания

Средномесечният разход за рентгенологични изследвания за дейността за 2011 година по НРД 2011 г. възлиза на 2 076 хил. лева за 143 хил. броя изследвания (таб.4.15).

Средномесечният брой изследвания по пакет рентгенология (вкл. ВСМДИ) на 100 ЗЗОЛ по месец на дейност за 2010 година е 1,83, а през 2011 година е 2,27. Този показател е най-висок в РЗОК В.Търново – 2,91, РЗОК Сливен – 2,72 и РЗОК Русе – 2,61 а най-нисък в РЗОК Силистра – 1,24, РЗОК Разград – 1,63 и РЗОК Ловеч – 1,87 (таб.4.33).

Средномесечният разход по месец на дейност по пакет „Рентгенология” (вкл. ВСМДИ) на 100 ЗЗОЛ за 2010 година е 26,40 лева, а през 2011 година е 32,97 лева. Най-висока стойност по този показател отчита РЗОК Русе – 42,99 лева, РЗОК София град – 42,88 лева и РЗОК Плевен – 42,48 лева, а най-нисък този показател е в РЗОК Силистра – 14,86 лева, РЗОК Разград – 18,47 лева и РЗОК Ловеч – 21,76 лева (таб.4.34).

От общо изплатените средства за дейност през 2011 година за рентгенологични изследвания най-голям е дялът за Рентгенография на гръден кош и бял дроб – 5 266 хил. лева или 21,1 на сто за 469 хил. броя изследвания (таб.4.15).

Средномесечният брой рентгенографии на гръден кош и бял дроб за месец на дейност на 1 000 ЗЗОЛ през 2010 година възлиза на 6,21. Този показател е най-висок в РЗОК Сливен – 9,72, РЗОК Пазарджик – 8,88, РЗОК Монтана – 7,90, а най-нисък в РЗОК Силистра – 4,58, РЗОК Разград – 4,98 и РЗОК Пловдив – 5,21. /табл.4.35/

Средномесечният брой на извършените графии на гръден кош и бял дроб е приблизително 5 пъти по-висок от броят на хоспитализациите за лечение на бронхопневмония. На 10 графии се отчитат 2,12 хоспитализации за лечение на

бронхопневмония. Най-висок е този показател в РЗОК Пазарджик – 4,66, РЗОК Силистра – 4,60 и РЗОК Ловеч – 4,34, а най-нисък в РЗОК София град – 0,94, РЗОК Варна – 1,06 и РЗОК Перник – 1,26.

За Ядрено-магнитен резонанс за дейността през 2011 година са заплатени 4 777 хил. лева за 26 хил. броя или 19,2 на сто от средства за рентгенологични изследвания (таб.4.15).

За Компютърна аксиална или спирална томография за дейността през 2011 година са заплатени 3 538 хил. лева за 56 хил. броя или 14,2 на сто от средства за рентгенологични изследвания. Изследването се извършва на територията на всички области.

Средномесечният брой на компютърно аксиални томографии извършени по месец на дейност на 1 000 ЗЗОЛ през 2011 година възлиза на 0,75. Този показател е най-висок в РЗОК Плевен – 1,33, РЗОК Русе – 1,14 броя и РЗОК Пазарджик – 1,04. Най-нисък този показател е в РЗОК Търговище – 0,17, РЗОК Шумен – 0,34 и РЗОК Разград и РЗОК София област – 0,38 броя (таб.4.35).

Клинико - микробиологични изследвания

Средномесечният разход за клинико-микробиологични изследвания за 2010 година е 203 хил. лева, а през 2011 година за месеците на дейност януари – декември възлиза на 301 хил. лева за 49 хиляди броя изследвания (таб.4.39 и таб.4.40).

Средномесечният брой изследвания по пакет клинична микробиология на 100 ЗЗОЛ за 2010 година е 0,69, а през 2011 година е 0,78. Този показател е най-висок в РЗОК София град - 1,37, РЗОК Сливен – 1,33 и РЗОК Варна – 1,05, а най-нисък в РЗОК Кърджали – 0,23, РЗОК София област – 0,26 и РЗОК Силистра – 0,28 (таб.4.39).

Средномесечният разход по пакет клинична микробиология на 100 ЗЗОЛ за 2010 година е 3,17 лева, а през 2011 година – 4,78 лева. Най-голям разход по месец на дейност е отчетен в РЗОК София град – 8,30 лева, РЗОК Сливен – 8,16 лева и РЗОК Варна – 6,41 лева, а най-нисък в РЗОК Кърджали – 1,34 лева, РЗОК София област – 1,52 лева и РЗОК Силистра – 1,68 лева (таб. 4.40)

Средномесечно за клинико-микробиологични изследвания най-голям дял заема изследване на Материал от генитална система *N. gonorrhoeae*, *Streptococcus* (*Haemophilus*), *Staphylococcus*, *Gardnerella*, *Enterobacteriaceae* и др, Грам (-), Гъби (*C. albicans*) и др. – 22,8 на сто или 68,6 хил. лева за 8,6 хил. броя изследвания.(Таб. 4.12)

Средномесечно през 2011 година за изследване на Гърлени и назофарингеални секрети b-Streptococcus, Staphylococcus (S. aureus), Neisseria (N. meningitidis), Haemophilus (H. influenzae), Гъби (C. albicans и др.), Corynebacterium са изплатени 55,2 хил. лева за 6,9 хил. броя или 18,4 на сто от средства за клинично-микробиологични изследвания.

Средномесечно за изследване на урина за урокултура E.coli, Proteus, Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам (-), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus) са изплатени 52,2 хил. лева за 9,5 хил. броя или 17,4 на сто от средства за клинично-микробиологични изследвания.

Средномесечно за Фекална маса и ректален секрет (Salmonella, Shigella, E. coli, Candida, Campylobacter, Clostridium difficile, Staphylococcus aureus) изследвания са заплатени 15,8 на сто от средствата за клинично-микробиологични изследвания или 47,5 хил. лева за 6,8 хил. броя изследвания.

Средномесечно през 2011 година за Антибиограма с 6 антибиотични диска са заплатени 13,5 на сто от средства за клинично-микробиологични изследвания или 40,7 хил. лева за 9,0 хил. броя.

Изводи

- Заплащаните медико-диагностични дейности през 2011г, съгласно Наредба № 40 от 2010г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, остават непроменени спрямо предходната.
- Най-високо остава потреблението на медико-диагностична дейност в големите градове, където е съсредоточено голяма част от населението в страната. Средномесечният брой дейности на 100 ЗЗОЛ за МДД възлиза на 25,25 за 2010 г. при 25,86 за 2011 година. Най-висок е този показател в РЗОК София град – 33,19 и РЗОК Пловдив – 31,82, а най-нисък в РЗОК Кърджали – 13,83 и РЗОК София област – 16,02. Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за МДД за страната нараства от 74,08 лева за 2010 година на 87,86 лева за 2011 година. Най-висок е този показател в София град – 120,71 лева, РЗОК Пловдив – 111,37 лева и РЗОК Варна – 103,32 лева, а най-нисък в РЗОК София област – 47,76 лева, РЗОК Силистра – 49,04 лева и РЗОК Кърджали – 54,06 лева.
- Най-широко е потреблението на клинично-лабораторните изследвания, което представлява повече от половината от разходите по параграфа. Най-високият разход на високоспециализирани медико-диагностични изследвания се извършва в

големите градове, където се намират лечебните заведения с високо-технологични апаратури и оборудвания и концентрация на населението е висока.

- НЗОК гарантира с бюджета си изпълнението на Наредбата № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризация на МЗ. Това регламентира достъп на диспансеризирани ЗЗОЛ до изследвания, заплатени от бюджета на НЗОК, което е предпоставка за по-добра грижа за здравето на пациентите с хронични заболявания.
- Действието на механизми за определяне на броя и разпределението на направленията на базата на регионалните потребности (посредством определяне на прогнозна стойност на всеки изпълнител за МДД), създадоха предпоставки за равномерно потребление на средствата за здравноосигурителни плащания за медико-диагностични дейности и гарантира широк достъп на ЗЗОЛ до медико-диагностични дейности.

1.5. Изпълнение на възложените брой специализирани медицински дейности (СМД) и стойност на медико-диагностични дейности (МДД)

Разпределението на възложените брой/стойност СМД и МДД по тримесечия и компоненти през отчетната 2011 година в съпоставка с 2010 година е както следва:

Справка за разпределението в броя СМД и стойността на МДД за 2010 и 2011 години по регулаторни тримесечия и показатели

Изпълнител	Консултации	ВСД	МДД	Консултации	ВСД	МДД
Общо 2010	6 990 000	597 697	59 950 000	100,00%	100,00%	100,00%
Общо 2011	7 274 388	593 972	63 677 076	100,00%	100,00%	100,00%
Общо остри и профилактика 2010	5 133 458	446 233	42 702 019	73,44%	74,66%	71,23%
Общо остри и профилактика 2011	5 747 307	432 022	48 178 705	79,01%	72,73%	75,66%
ПИМП 2010	3 923 877		20 916 446	56,14%		34,89%
<i>I трим.</i>	942 935		4 834 524	13,49%		8,06%
<i>II трим.</i>	970 871		5 050 021	13,89%		8,42%
<i>III трим.</i>	962 775		4 970 463	13,77%		8,29%
<i>IV трим.</i>	1 047 296		6 061 438	14,98%		10,11%
ПИМП 2011	4 614 499		24 377 886	63,43%		38,28%
<i>I трим.</i>	1 108 018		8 309 420	15,23%		13,05%
<i>II трим.</i>	1 128 018		7 821 608	15,51%		12,28%
<i>III трим.</i>	1 144 818		791 062	15,74%		1,24%
<i>IV трим.</i>	1 233 645		7 455 796	16,96%		11,71%
СИМП 2010	1 209 581	446 233	21 785 574	17,30%	74,66%	36,34%
<i>I трим.</i>	287 453	122 467	5 155 537	4,11%	20,49%	8,60%
<i>II трим.</i>	300 926	116 296	5 282 384	4,31%	19,46%	8,81%
<i>III трим.</i>	296 774	101 763	5 113 820	4,25%	17,03%	8,53%
<i>IV трим.</i>	324 428	105 708	6 233 832	4,64%	17,69%	10,40%
СИМП 2011	1 132 808	432 022	23 800 819	15,57%	72,73%	37,38%
<i>I трим.</i>	257 004	105 511	4 628 922	3,53%	17,76%	7,27%
<i>II трим.</i>	262 004	106 011	7 257 756	3,60%	17,85%	11,40%
<i>III трим.</i>	295 833	110 500	5 851 645	4,07%	18,60%	9,19%
<i>IV трим.</i>	317 967	110 000	6 062 496	4,37%	18,52%	9,52%
Диспансерни 2010	1 856 542	151 464	17 247 981	26,56%	25,34%	28,77%
Диспансерни 2011	1 527 081	161 950	15 498 371	20,99%	27,27%	24,34%
ПИМП 2010	1 732 123		11 892 054	24,78%		19,84%
<i>I трим.</i>	417 065		2 866 476	5,97%		4,78%
<i>II трим.</i>	429 129		2 924 979	6,14%		4,88%
<i>III трим.</i>	437 225		3 004 537	6,26%		5,01%
<i>IV трим.</i>	448 704		3 096 062	6,42%		5,16%
ПИМП 2011	1 401 785		9 705 417	19,27%		15,24%
<i>I трим.</i>	351 888		2 433 120	4,84%		3,82%
<i>II трим.</i>	359 046		2 484 922	4,94%		3,90%
<i>III трим.</i>	340 906		2 358 105	4,69%		3,70%
<i>IV трим.</i>	349 945		2 429 270	4,81%		3,81%
СИМП 2010	124 419	151 464	5 355 926	1,78%	25,34%	8,93%
<i>I трим.</i>	32 547	41 104	1 443 463	0,47%	6,88%	2,41%

Анализ за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2011 година

Национална здравноосигурителна каса

<i>II трим.</i>	29 074	34 864	1 242 616	0,42%	5,83%	2,07%
<i>III трим.</i>	33 226	39 720	1 411 180	0,48%	6,65%	2,35%
<i>IV трим.</i>	29 572	35 775	1 258 668	0,42%	5,99%	2,10%
СИМП 2011	125 296	161 950	5 792 954	1,72%	27,27%	9,10%
<i>I трим.</i>	33 374	41 506	1 494 994	0,46%	6,99%	2,35%
<i>II трим.</i>	32 738	41 840	1 495 236	0,45%	7,04%	2,35%
<i>III трим.</i>	29 628	39 132	1 393 403	0,41%	6,59%	2,19%
<i>IV трим.</i>	29 556	39 472	1 409 321	0,41%	6,65%	2,21%
Общо ПИМП 2010	5 656 000	0	32 808 500	80,92%	0,00%	54,73%
Общо ПИМП 2011	6 016 284	0	34 083 303	82,71%	0,00%	53,53%
Общо СИМП 2010	1 334 000	597 697	27 141 500	19,08%	100,00%	45,27%
Общо СИМП 2011	1 258 104	593 972	29 593 773	17,29%	100,00%	46,47%

**1.5.1. Брой СМД за направления за консултация и съвместно лечение
бл. МЗ-НЗОК №3**

През 2011 година са разпределени направления за консултация и съвместно лечение в съответствие с Правила за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностични дейности за назначаване от изпълнители на първична и специализирана медицинска помощ РД-НС-04-8/31.01.2011г. година средномесечно 606 хил. броя (за 2010 година – 583 хил.) или с 4 на сто повече от предходната година. Средномесечният брой първични посещения (вкл. курсове физиотерапия) в регулация, извършени през 2011 година и заявени/ заплатени от РЗОК възлиза на 567 хил. броя. Съгласно данните от финансово-отчетните документи издадените направления средно за страната съставляват 98,37 на сто от определения брой в СМД. Този показател е над 100 на сто в единадесет РЗОК. Показателят над 100 процента е в резултата на назначените извън възложени брой СМД, но в рамките на допустимите 10 на сто надвишения. Съгласно данните от касовите отчети извършените, заявени и заплатени първични прегледи в регулация съставляват 93,23 на сто от назначените брой СМД. Най-висок този показател е в РЗОК Плевен – 99,54 на сто и РЗОК София град – 97,66 на сто, а най-нисък в РЗОК Разград – 83,79 на сто.

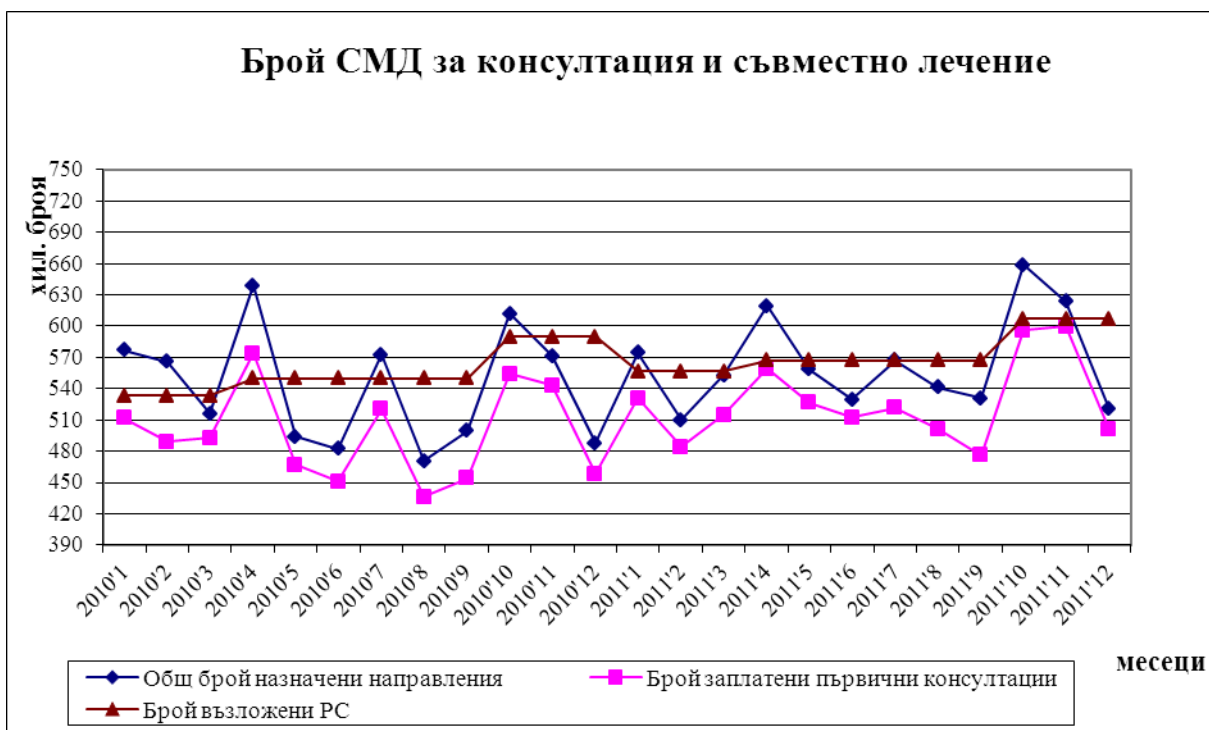
През 2011 г. се запазва относителното намаление на несъответствията между назначената дейност от ИМП и данните за заплатените такива, което се дължи на по-добрата отчетност от страна на РЗОК и въведените механизми за следене на разходените брой СМД. С помощта на интегрираната информационна система в НЗОК, както и следенето на медицинските дейности назначени в една РЗОК и изпълнена в друга, се създава възможност за проследяване на изпълнението на броя СМД и точно установяване на сумите по надвишените такива.

През 2010 година на изпълнители на ПИМП са определени 80,9 на сто от направленията в регулация, през 2011 година делът им е – 82,7 на сто. Средномесечният брой направления в регулация през 2010 година възлиза на 445 хил. броя, през 2011 година – 475 хил. броя. Съгласно данните от отчетните документи на ОПЛ 98,25 на сто от определените брой СМД са назначени. При тринадесет РЗОК усвояването е над 100, но в рамките на допустимите 10 на 100 надвишения с изключение на РЗОК Сливен -112,79 на сто.

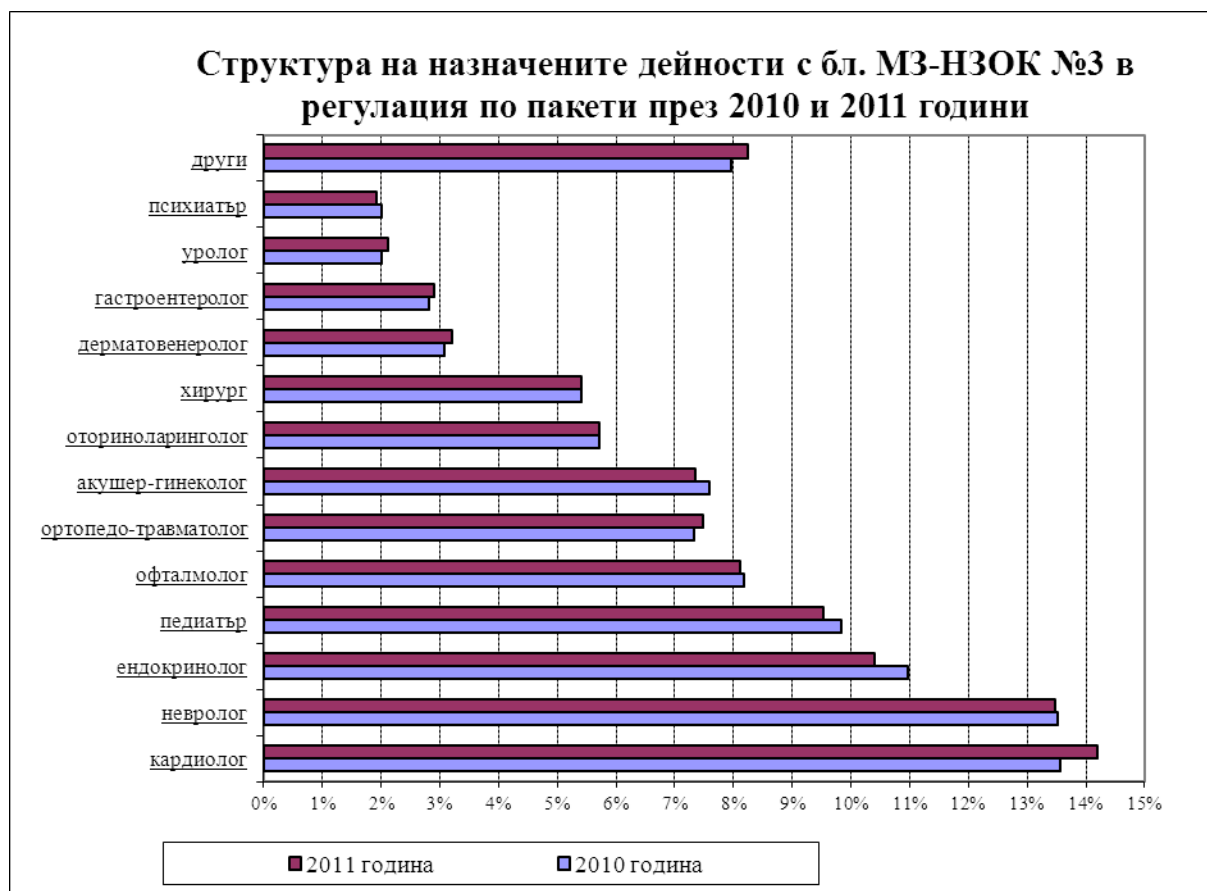
През 2011 година на изпълнителите на СИМП са определени 17,29 на сто от направленията в регулация (през 2010 година – 19,08 на сто). Съгласно подадените от специалистите данни усвояването на броя СМД за отчетния период възлиза на 99,08 на сто. Усвояване на броя СМД от изпълнители на СИМП е с 0,83 пункта по-високо от усвояването в ПИМП. Най-високо изпълнение отчита РЗОК Смолян – 129,79 на сто, РЗОК Пловдив – 129,20 на сто, РЗОК Ямбол – 108,28. Най-ниско изпълнение отчита РЗОК Стара Загора – 51,67 на сто и РЗОК Шумен – 84,14 на сто.

Определените в регулация направления за консултация на диспансеризирани лица съставляват 20,99 на сто от общия брой направления (през 2010 година - 26,56 на сто). През 2010г. и 2011г. се работи по насоки заложиени НРД 2010 г. и НРД 2011 г. Относително постоянен остава броя на определените стандарти с близо 0,6 на сто намаление (от 352 хил. броя на 350 хил. броя – сравнено I и IV тримесечие на 2011 година) за ДЗЗОЛ при изпълнители на ПИМП и намаление с 11,4 на сто (от 33 хил. броя на 30 хил. броя – сравнено I и IV тримесечие на 2011 година) на направленията за ДЗЗОЛ диспансеризирани при изпълнители на СИМП.

Графиката илюстрира изпълнението на броя направления за консултация и съвместно лечение по месеци.



Структурата на издадените направления от СИМП за СИМП (специализиран пакет) по пакети в съпоставка 2010 и 2011 година е илюстрирана в графиката.



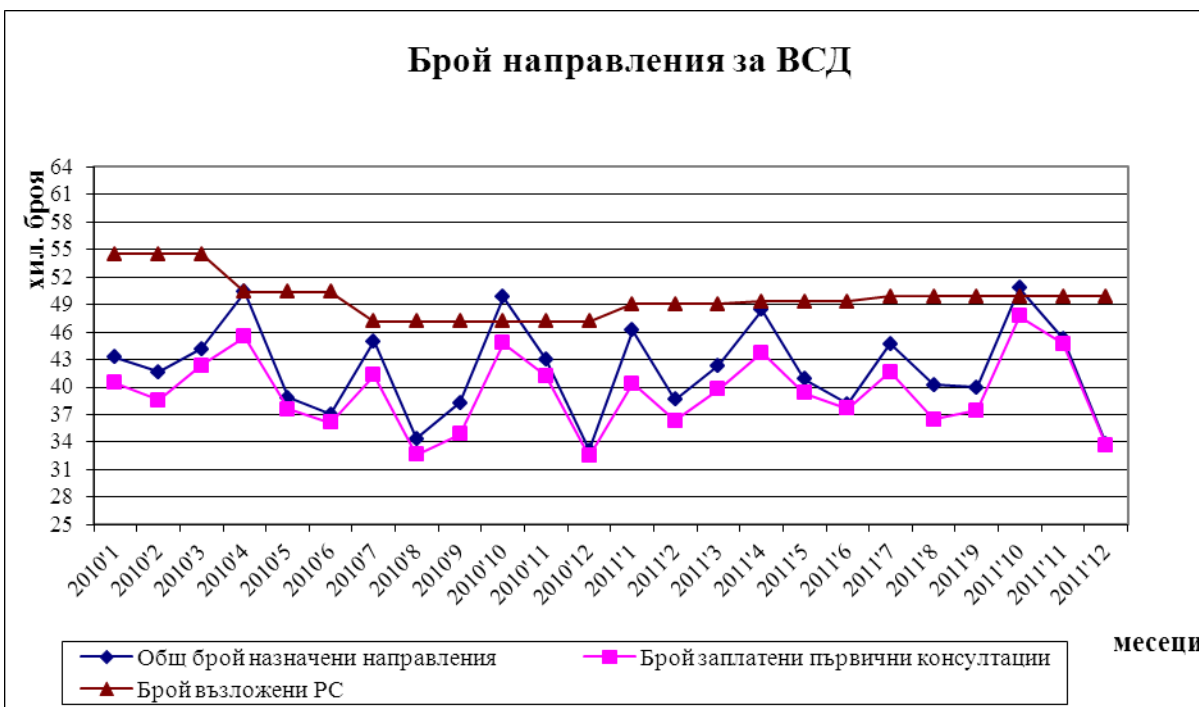
Изпълнителите по пакети “Кардиология”, “Неврология” и “Ендокринология” са назначили 38 на сто от всички направления назначени от специалисти.

1.5.2. Брой СМД за високоспециализирани дейности (ВСД) бл. МЗ-НЗОК №3А

През 2011 година са разпределяни средномесечно 49,50 хил. броя направления за ВСД (за 2010 година – 49,81 хил. броя) или с 0,1 на сто по-малко от предходната година. Средномесечният брой ВСД в регулация, извършени през 2011 година заявени и заплатени от РЗОК възлиза на 39 хиляди. Съгласно данните от финансово-отчетните документи за страната, издадените направления съставляват 85,70 на сто от определения брой в ВСД. Най-висок този показател е в РЗОК Пазарджик – 106,04 на сто, РЗОК Пловдив – 105,46 на сто и РЗОК Габрово – 100,56 на сто, а най-нисък в РЗОК Стара Загора – 34,96 на сто и РЗОК

Кюстендил – 48,09 на сто. Съгласно данни от касовите отчети извършените, заявени и заплатени ВСД в регулация съставляват 80,55 на сто от определения брой.

Графиката илюстрира изпълнението на броя направления за ВСД за 2010 и 2011 година.



Определените в регулация направления за ВСД на диспансеризирани лица съставляват 27,27 на сто от общия брой направления за ВСД (през 2010 година – 25,34 на сто). За диспансеризирани лица в регулация за I тримесечие на 2011 година са разпределени 41,51 хиляди броя ВСД, за IV тримесечие – 39,47 хил. броя.

Структурата на издадените направления за ВСД по пакети (на специалиста назначил дейността) в съпоставка с 2010 година е илюстрирана в графиката.



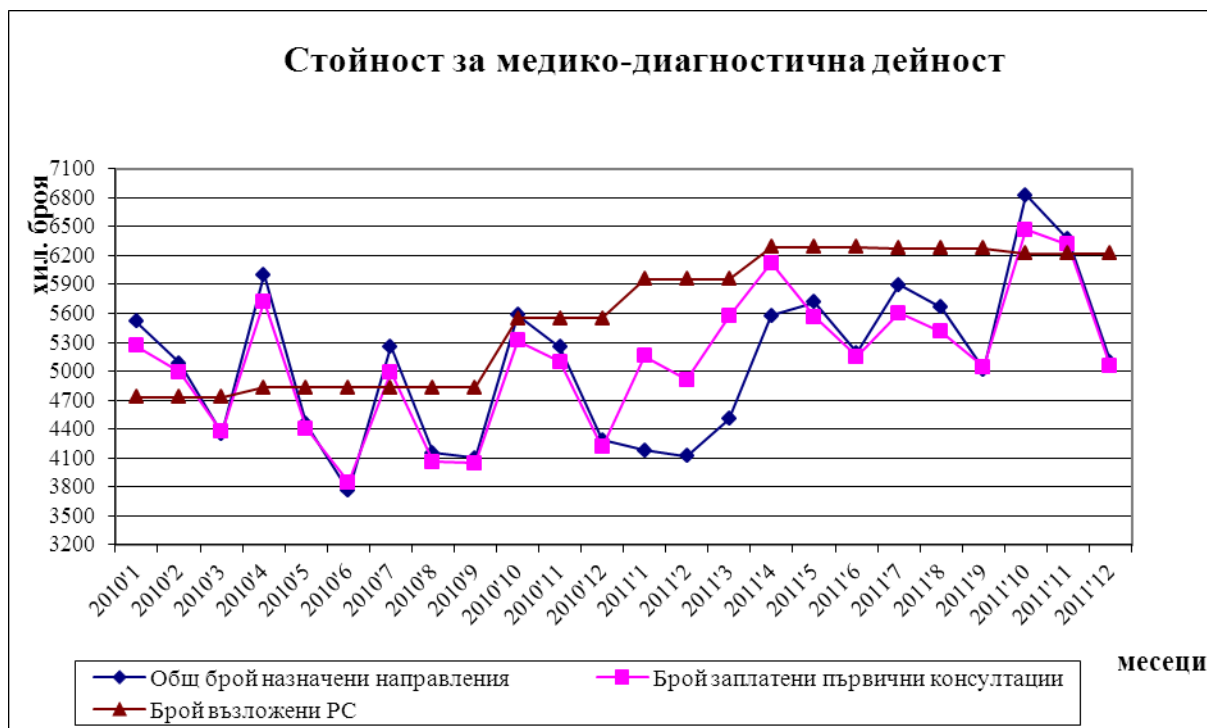
Изпълнителите по пакети “Кардиология” и “Неврология” са назначили 67 на сто от всички ВСД.

1.5.3. Стойност за направления за медико-диагностична дейност (МДД) бл. МЗ-НЗОК №4

През 2011 година е разпределяна стойност на направления за МДД в съответствие с Правилата средномесечно 5 306 хил. лева (за 2010 година – 4 996 хил. лева.) или със 6,2 на сто повече от предходната година. Средномесечната стойност на МДД през 2011 година, извършени, заявени и заплатени от РЗОК възлиза на 5 530 хил. лева. Съгласно данните от финансово-отчетните документи средно за страната стойността на издадените направления съставлява 91,57 на сто от определената стойност в регулация. Най-висок този показател е в РЗОК Видин – 105,00 на сто, РЗОК Смолян – 102,45 на сто, РЗОК Габрово – 102,16 на сто, РЗОК Сливен – 101,55 на сто, а най-нисък в РЗОК Стара Загора – 71,30 на сто и РЗОК Силистра– 74,73 на сто. Съгласно данни от касовите отчети стойността на извършените, заявени и заплатени МДД съставлява 97,62 на сто от назначената в регулация стойност. В столицата и по-големите градове касовото изпълнение на изследвания за МДД са над назначените от изпълнителите от областта, поради правото на свободен достъп на лицата от

други области. Стойности над 100 на сто са в следните РЗОК: РЗОК София град – 28,36 на сто, РЗОК Пловдив – 21,14 на сто, РЗОК Варна – 6,31 на сто, РЗОК Русе – 3,63 на сто.

Графиката илюстрира изпълнението на броя направления за МДД по месеци за 2010 и 2011 година.



И през 2011 година се наблюдава тенденция на повишено потребление на МДД през първия месец на всяко тримесечие, когато изпълнителите назначават дейности, определяни им с протокол, в този смисъл усвояването продължава да се определя като неритмично в рамките на самото тримесечие.

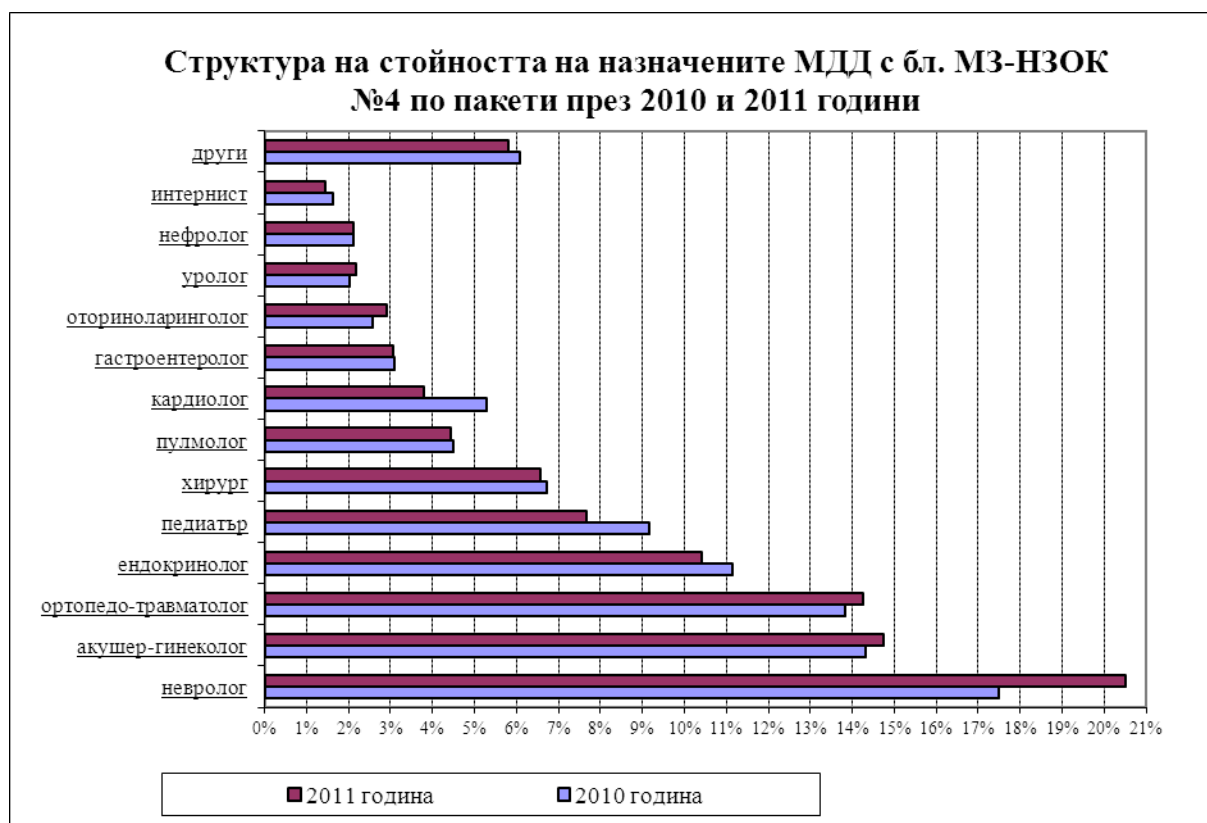
През 2011 година дялът на ПИМП се запазва на 55,0 на сто. Средномесечната стойност на МДД през 2010 година възлиза на 2 687,4 хил. лева, през 2011 година – 3 247,3 хил. лева. Съгласно данните от отчетните документи на ОПЛ 94,55 на сто от определените в регулацията на ПИМП за 2011 година стойности са назначени, като този показател е най-висок в РЗОК Сливен – 110,31 на сто, следват РЗОК Търговище с 109,39 на сто и РЗОК Видин с 106,86 на сто. По-високото потребление на МДД в тези РЗОК е отразено и във високите нива на изпълнение на годишните бюджети по здравноосигурителните плащания за МДД.

През 2011 година на изпълнителите на СИМП са определени 45,0 на сто от стойността на МДД (през 2010 година, също толкова). Съгласно подадените от специалистите данни усвояването на стойността за МДД за отчетния период възлиза на 87,84 на сто. Усвояването

на стойността за МДД от изпълнителите на СИМП е с 6,7 пункта по-ниско от усвояването в ПИМП. Най-високо изпълнение отчита РЗОК Смолян – 112,00 на сто и РЗОК Видин – 102,70 на сто. Най-ниско изпълнение се отчита в РЗОК Стара Загора – 47,04 на сто и РЗОК Силистра – 69,91 на сто.

Определените в регулация стойности за МДД на диспансеризирани лица съставляват 24,3 на сто от общата стойност (през 2010 година – 28,8 на сто) за МДД. Стойностите и през 2011 г. се изчисляват на база най-високата честота на съответната СМД, което не позволява дублиране на дейности. Стойността за МДД за лицата, подлежащи на диспансерно наблюдение при изпълнителите на ПИМП се запазва относително постоянна през годината (2 433 хил. лева за първо тримесечие и 2 429 хил. лева за четвърто тримесечие). Стойността на МДД за ДЗЗОЛ при изпълнители на СИМП също се запазва на едно ниво през годината (1 495 хил. лева през първо тримесечие и 1 409 хил. лева за четвърто тримесечие).

Структурата на стойността на издадените направления от СИМП за МДД по пакети в съпоставка с 2010 година е илюстрирана в графиката.



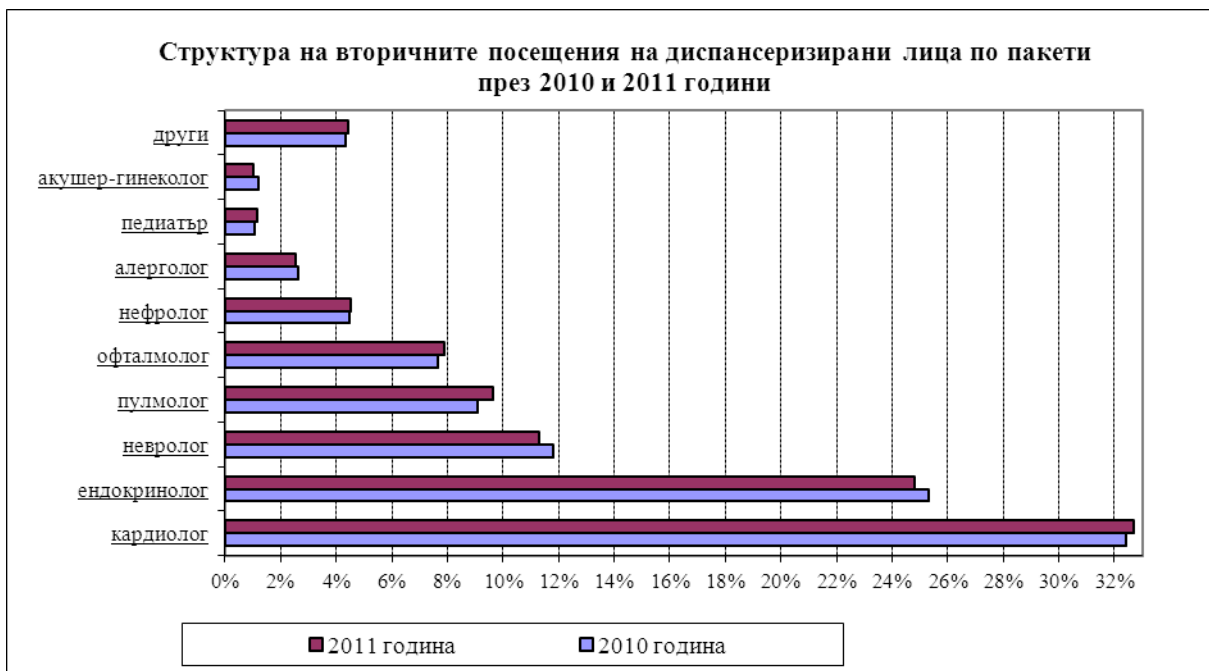
Изпълнителите по пакети “Неврология”, “АГ”, ”Ортопед Травматология”, “Ендокринология” и “Педиатрия” са назначили 68 на сто от стойността на всички направления за МДД.

1.5.4. Брой СМД за посещения на диспансеризирани в СИМП лица

През 2011 година са разпределяни брой диспансерни посещения в съответствие с Правилата средномесечно 162,7 хил. (за 2010 година – 151,7 хил.) или с 7,2 на сто повече от предходната година. Отчита се изпълнение от 52,4 на сто от определения брой в регулация за 2011 година. Най-висок този показател е в РЗОК Видин -64,8 на сто и РЗОК София област– 63,7 на сто; най-нисък в РЗОК Кюстендил – 41,9 на сто и РЗОК Монтана– 43,6 на сто.

За диспансеризирани лица в регулация за I тримесечие на 2011 година са определени 477 хил. броя прегледи, за IV тримесечие на 2011 – 501 хил. броя прегледи (броят на прегледите се увеличава с 5 на сто).

Структурата на извършените прегледи на диспансеризирани лица през 2011 година (с изкл. лицата по програма “Майчино здравеопазване”) по пакети в съпоставка с 2010 година е илюстрирана в графиката.



Изпълнителите по пакети “Кардиология”, “Ендокринология” и “Неврология” извършват 69 на сто от всички прегледи от този вид.

Изводи

- Възложените брой/стойност СМД и МДД през 2011 година гарантират достъпа на задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) до специализирани и медико-диагностични дейности в рамките на определените бюджетни средства.
- С даденото право на изпълнителите да преразпределят неусвоените брой/стойност СМД и МДД в рамките на ЛЗ и в следващите месеци, като и да получават допълнително от заделения резерв към РЗОК се постига реализиране на дейностите според потребностите на ЗЗОЛ и съответния регион.
- Увеличеният брой на направленията е в резултат на по-големият бюджет през 2011 г., както и на по-гъвкавата методика, по която те се разпределят. Тя гарантира както спокойната работа на лекарите, така и по-лесния и по-бърз достъп на пациентите до специализирана медицинска помощ.
- От 2011 година е променена гледната точка при разпределянето на средствата за специализирана медицинска помощ и за медико-диагностични изследвания: не се взема предвид единствено броят на населението в региона, а се отчитат и неговите специфични характеристики - възрастова структура, вид населено място и др. особености, обуславящи потреблението на здравните услуги.
- И през 2011 г. посредством интегрираната информационна система на НЗОК и създадените възможности за извеждане на обобщени данни, РЗОК следят изпълнението на определените брой/стойности за специализирана медицинска дейност и медико-диагностична дейност на изпълнителите на ПИМП и СИМП.
- НЗОК стриктно съблюдава законосъобразното и ефективно разпределение на средствата от здравноосигурителните вноски за дейността реализирана от изпълнителите на медицинска помощ, при спазване на нормативната уредба, без да се нарушава правото на свободен достъп на пациентите до медицинска помощ

1.6. Лекарства и консумативи за домашно лечение

През 2011 година са изразходвани 524 471 хил. лева за лекарства и консумативи (в т. ч. 515 531 хил. лева в РЗОК и 8 940 хил. лева в ЦУ) или 99,19 на сто от предвидените със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година 528 740 хил. лева. Средствата са усвоени за заплащане на лекарства, отпуснати през периода декември 2010 – ноември 2011, както и за неразплатени задължения за ноември 2010 година (от бюджет 2010) и частично плащане за периода 01-15 декември 2011 година за лекарства, заплащани през РЗОК. За 2012 година остават неразплатени задължения в размер на 129 626 лева. Тези задължения остават за разплащане от бюджета за 2012 година. През идентичния отчетен период на 2010 година са разходвани 366 071 хил. лева, което показва увеличение на разходите за лекарства, храни и медицински изделия за домашно лечение с 158 400 хил. лева за 2011 г. спрямо предходната финансова година. Средномесечният разход за 2011 година е 43 706 хил. лева, което включва 745 хил. лева от Централно управление и 42 961 хил. лева от РЗОК, като надвишава този за 2010 година (30 506 хил. лева) с 13 200 хил. лева.

Разходите за лекарствени средства и консумативи за домашно лечение заемат второ място след разходите за болнична помощ в общата структура на разходите на НЗОК за медицински плащания.

Графика 1 илюстрира ежемесечната динамика на разхода на НЗОК за лекарства и консумативи през 2011 година в сравнение с 2009 и 2010 година.

Графика 1



Средствата, изразходвани за лекарствени средства и консумативи представляват 23,44 на сто от общо направените разходи за здравни плащания през 2011.

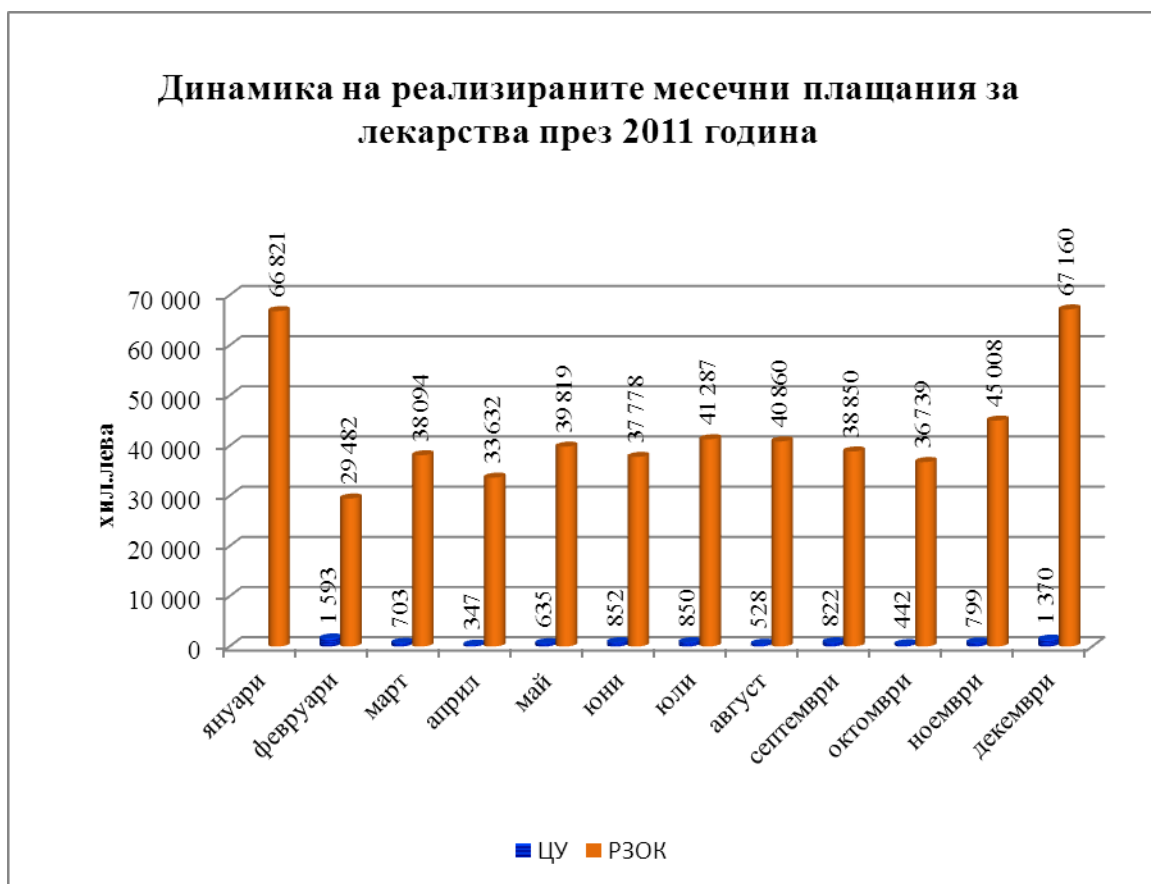
През периода януари-декември 2011 година плащанията за лекарствени средства се осъществяват съгласно Наредба № 10 от 24 март 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 5, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицинските изделия и на диетични храни за специални медицински цели (загл.изм. - ДВ, БР. 67 от 2011 г.). Касовото изпълнение към 31.12.2011 г. е 524 471 хил. лв., което в сравнение със същия период на предходната година (366 077 хил. лв.) е с 69,79 % повече.

Средномесечните разходи на НЗОК за лекарства и медицински консумативи през 2011 г. е 43 706 хил. лева, което включва 745 хил. лева от Централно управление и 42 961 хил. лева от РЗОК. От 01.03.2011 година съгласно промени на Министерство на здравеопазването (МЗ) в Наредба 34, Наредба 38 и Наредбата за включване на лекарства в Позитивния списък се заплащат от НЗОК медикаментите за лечение на редки заболявания, за

имуносупресорна терапия след трансплантация и за хормонална терапия при онкологични заболявания, което е причина за рязкото увеличаване на плащанията.

Графика 2 илюстрира ежемесечната динамика на разхода на НЗОК за лекарства и консумативи през 2011 година, разпределена между РЗОК и Централно управление

Графика 2



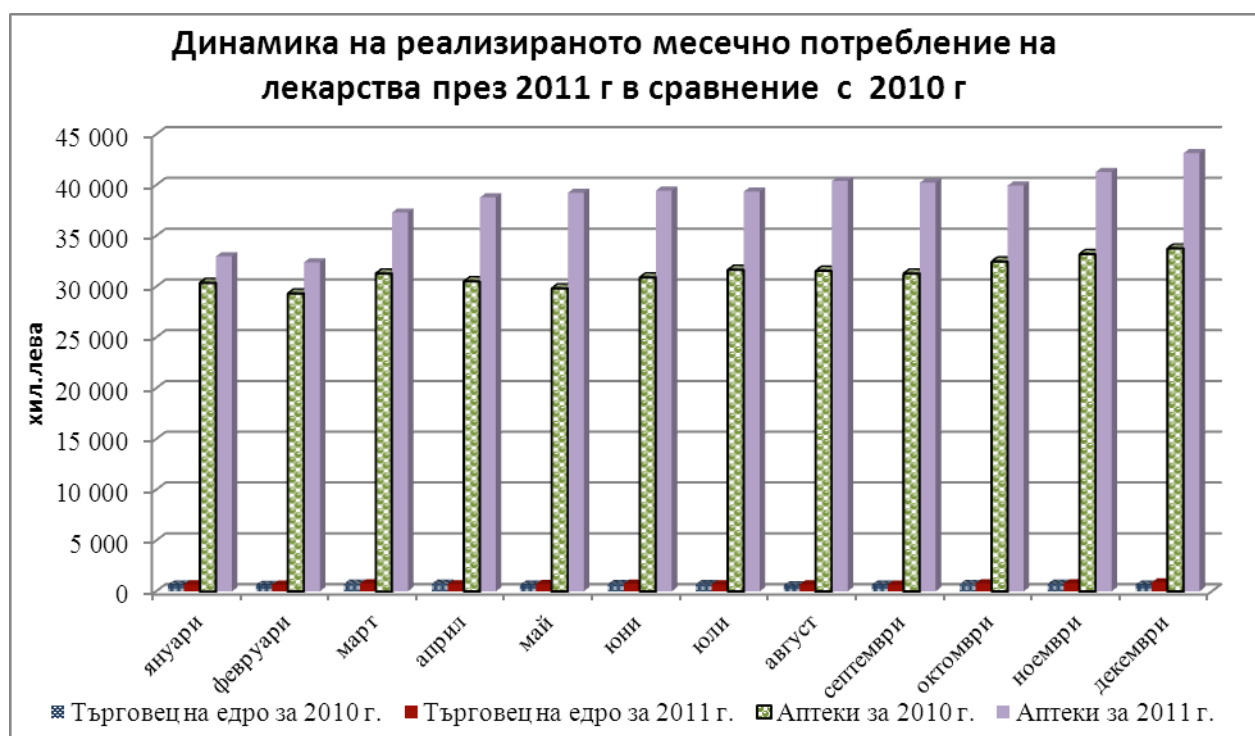
Както е видно от графика 2 месечните плащания през РЗОК са относително постоянни от месец февруари до месец ноември като тяхната динамика се обуславя от коректността на отчетните документи на аптеките. През месец януари са заплатени четири периода, а през месец декември са заплатени три периода и един частично, като тогава прогресивно са увеличени разходите. Плащанията през Централно управление се увеличават също рязко за м.февруари, когато е заплатено за четири периода и за м. декември са заплатени пет периода.

Разплащанията, извършени от НЗОК за лекарства, храни и медицински изделия за домашно лечение през 2011 година следват динамиката в потреблението от ЗЗОЛ, което е относително постоянно през цялата година, запазвайки тенденциите от 2010г.

Средствата, разходвани за лекарствени продукти за 2011 г. надвишават тези, разходвани през 2010 г., както се вижда и от графика 3. Увеличението се дължи на следните фактори :

- периодично включване на нови лекарствени продукти в ПЛС
- повишаване нивото на реимбурсация на част от тях;
- увеличаване броят на болните, за чието домашно лечение НЗОК заплаща
- включване на лекарствени продукти за редки заболявания, трансплантирани и онкологично болни.

Графика 3



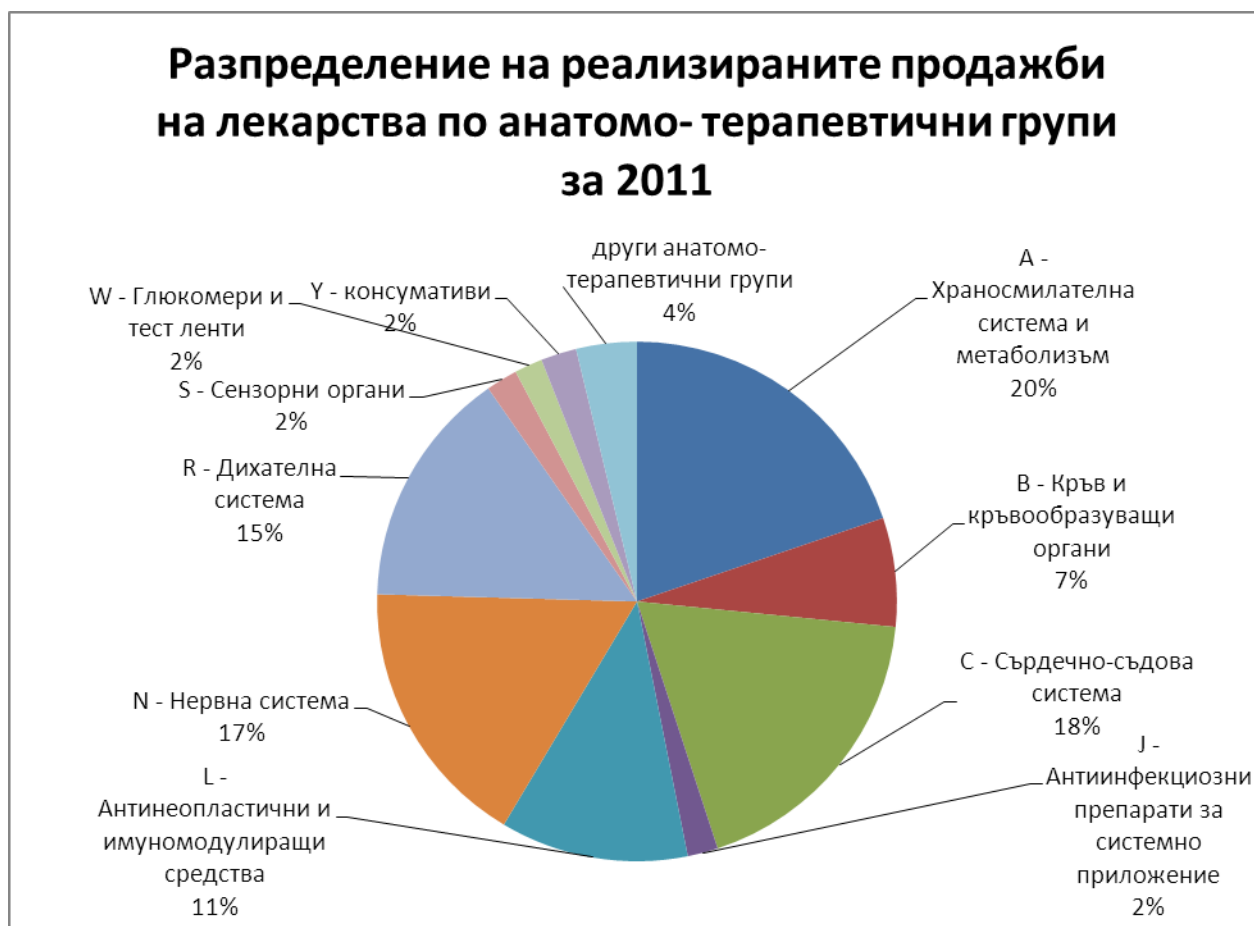
Освен за самите лекарства и медицински изделия, НЗОК заплаща на аптеките и за обработката на рецептурните бланки с лекарства, напълно заплащани от НЗОК по 1 лв. на отчетена рецептурна бланка. Тези плащания се извършват на основание договорите с аптеките, чл.19, т.2 от р-л 5. Горепосочените разходи през 2011 година възлизат на 6 935 хил. лева или 1,32 на сто от общите разходи за лекарствени средства.

Разпределение на разходите по анатомо - терапевтични групи

През 2011 година НЗОК е заплатила за лекарствени продукти за домашно лечение, разпределени *по анатомо - терапевтични групи* **512 974** хил. лева. По-голямата част от тях 55,1% принадлежат основно към три анатомо- терапевтични групи, докато през 2010 година техният дял е бил 61,9 %. Това са група N – “Нервна система” – 16,88, А – “Храносмилателна система и метаболизъм” – 19,80 и С – “Сърдечно - съдова система” – 18,41%. Това означава, че над 1/2 от разходите, които е направила НЗОК през 2011 година са били изразходвани за заплащане на лекарствени продукти свързани с извънболничното лечение на сърдечно-съдови заболявания, заболявания на нервната и храносмилателна система. Това е илюстрирано на *Графика 4*.

Останалите 15 лекарствено - терапевтични групи заемат едва 44,9 % от разходите за разглеждания период. Сред тях основно се открояват лекарствените средства от група L – “Антинеопластични и имуностимулиращи средства” – 11,69 и R – „Дихателна система”-14,86 %, заемащи общо около 26,6% от потребените за периода 01 януари – 31 декември 2011 година.

Графика 4



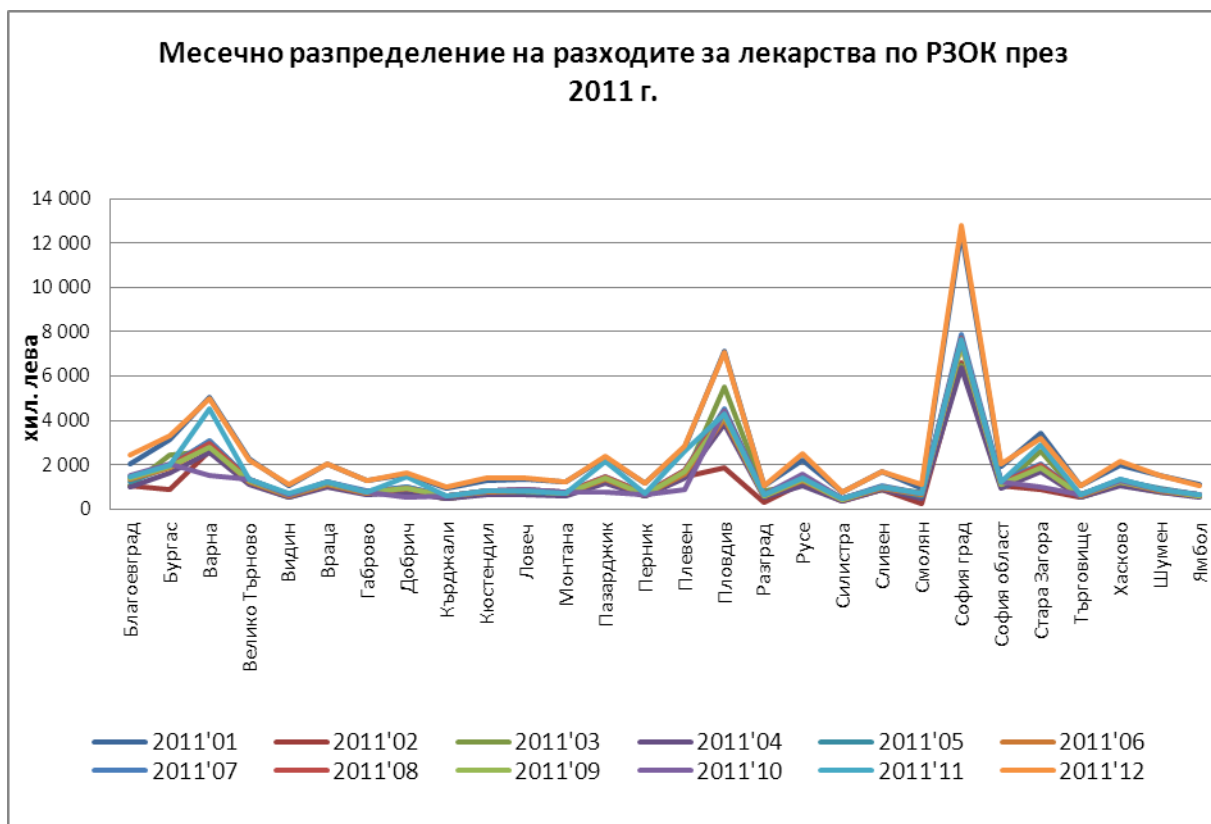
Увеличение на разхода през 2011 година се наблюдава още и при следните групи - V – Други хранителни комбинации – 24 442,62% (от месец март към тази група премина заплащането на медикаментите за β – таласемията), В - Кръв и кръвообразуващи органи- 75,04%, G – Пикочо-полова система и полови хормони – 115,59, Н – Хормонални препарати за системно приложение с изключение на половите хормони – 108,55% и L – Антинеопластични и имуномодулиращи средства - 74,98. При група М – Мускулно-скелетна система имаме намаление с 15,13% в сравнение с 2010 г. намаление имаме и при група Р – Антипаразитни продукти, инсектициди и репеленти – 2,29%.

Разпределение на разходите за лекарства по РЗОК и разход на 100 ЗЗОЛ

Разходите на НЗОК за лекарства за домашно лечение и медицински консумативи, разпределени по РЗОК, се запазват относително постоянни в отделните месеци на 2011

година. Те варират в диапазона 31,1 – 45,8 млн. лева. Изключение правят месеците януари и декември, когато са разплатени по четири отчетни периода, на стойност съответно 66,8 и 68,5 млн. лева.

Графика 5



Шест области в страната разходват 50,5 на сто от всички средства, изплатени за лекарствени продукти. Те са както следва: София град - 18,7 на сто, Пловдив- 10,6 на сто, Варна- 7,4 на сто, Стара Загора- 4,9 на сто, Бургас – 4,8 на сто и Плевен - 4,2 на сто. Тези РЗОК запазват статуквото от 2010 година за разпределение на разходвани средства за лекарствени средства.

Годишният разход за лекарства общо за страната на 100 ЗЗОЛ за 2011 година възлиза на 8 331 лева срещу 5 716 лева за 2010 година или увеличението е с 2 615 лв (45,7 на сто).

Графика 6

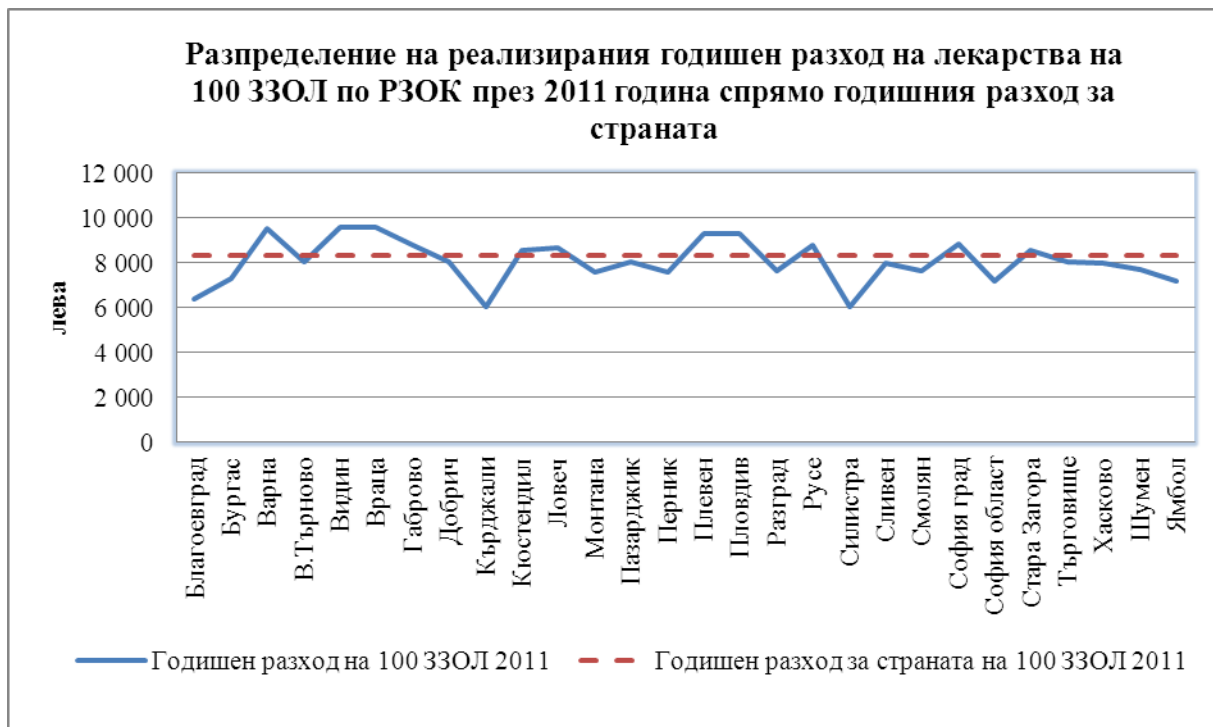


В разпределението на разходите за лекарства на 100 ЗЗОЛ година между РЗОК през 2011 се наблюдава промяна спрямо 2010 година. Най-висок разход на 100 ЗЗОЛ през 2011 година, както и предишната година, се наблюдава в РЗОК Враца – 9 607 лева (спрямо 6 810 лева през 2010г.), следвана от РЗОК Видин – 9 595 лева (спрямо 6 494 лева за 2010г.), РЗОК Варна – 9 558 лева (спрямо 6 784 лева за 2010г.), РЗОК Плевен – 9 303 лева (спрямо 6 312 лева за 2010г.) и РЗОК Пловдив - 9 280 лева (спрямо 6 172 лева за 2010 г.). Най-нисък е разхода на 100 ЗЗОЛ в РЗОК Силистра - 6 055 лева, следвана от РЗОК Кърджали - 6 069 лева и РЗОК Благоевград – 6 411 лева. Същите РЗОК са били през 2010 година съответно с най-голям или най-нисък разход за лекарствени средства на 100 ЗЗОЛ.

При всички РЗОК се наблюдава увеличение по този показател. Средно за страната увеличението в разхода на лекарствени средства за 100 ЗЗОЛ е 45,7 на сто.

Графика 7 илюстрира отклоненията на показателя „Годишен разход на средства за лекарства на 100 ЗЗОЛ по РЗОК от годишния показател за страната“. Единадесет РЗОК по този показател са със стойности над средната за страната. Основно това са РЗОК, в които се намират големите областни центрове.

Графика 7



При РЗОК София град и РЗОК Варна този показател е над 70%. Обратно при областите с население, живеещо предимно в селата и малките градове се наблюдава разход значително под средния за страната – РЗОК Кърджали, РЗОК Силистра – с концентрация на населението в градовете под 40%. Друг фактор за наблюдаваните вариации между РЗОК, свързан с концентрацията на населението, е различните нива на здравна култура. Влияние оказва и отдалечеността на областния център от населените места, тъй като обикновено различните лечебни заведения са съсредоточени основно в областните центрове. Такива са РЗОК Благоевград, РЗОК Бургас, РЗОК Ямбол, РЗОК Шумен и РЗОК Хасково. От съществено значение са и разликите в жизненото равнище на населението по области. При областите с ниска безработица и жизнен стандарт над средния за страната се наблюдават високи разходи за лекарства на 100 ЗЗОЛ и обратно.

Разпределение на реализираните лекарства заплащани по производители

В общия разход за лекарства заплащани от НЗОК, най-голям относителен дял заемат медикаментите на няколко големи производители, като Novo Nordisk A.S., Глаксо Смит Клайн, Eli Lilly Nederland B.V., Boehringer Ingelheim Internacional GmbH, Актавис ЕАД, Astra

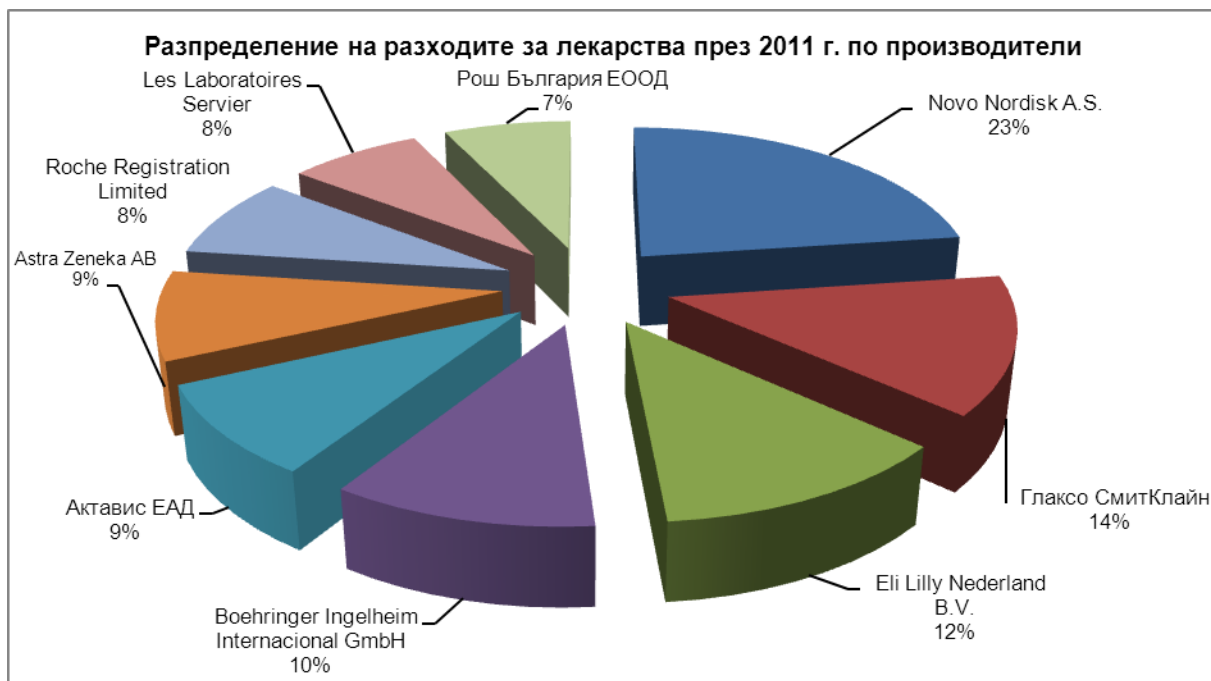
Zeneka AB, Roche Registration Limited, Les Laboratoires Servier, Рош България ЕООД и други /Графика 8/.

На горепосочените производители на лекарствени средства са платени 40,01 на сто от средствата за медикаменти за домашно лечение, заплащани по линията на НЗОК. Те са реализирали годишно по над 10 млн. лева. Най-голям е относителният дял на Novo Nordisk – 9,15 на сто, следван от Глаксо Смит Клайн – 5,48 на сто, Eli Lilly Nederland B.V. – 4,85 на сто, Boehringer Ingelheim Internacional GmbH – 4,19 на сто, Актавис ЕАД – 3,61 на сто, Astra Zeneka AB – 3,55 на сто и Roche Registration Limited – 3,32 на сто.

Причината за това е, че това са производители на лекарствени средства за лечението на заболявания, които са приоритетни за НЗОК, както и на факта, че повечето от тях са скъпоструващи.

Производители с реализирани над два милиона лева продажби на лекарствени средства заплащани по линията на НЗОК са 91,78 на сто от всички производители, сключили договори със НЗОК.

Графика 8



Разпределение на реализираните лекарства заплащани от ЦУ на НЗОК по дистрибутори

Фирмите дистрибутори на тестленти и глюкомери, които имат договор с НЗОК, през 2011 г. са седем. Общата сума платена от ЦУ на НЗОК за периода февруари-декември 2011 г.

Национална здравноосигурителна каса

е 8 940 393,60 лв, като през м. февруари, когато е първото плащане за 2011 г. са платени изцяло месеците ноември и декември. През м. декември когато е последното плащане за 2011 г. на фирмите дистрибутори на тестленти и глюкомери е платен втората половина на м.октомври и на част от фирмите и първата половина на м. ноември. Фирмите са: Марвена ООД /Roche Diagnostics, Medical Equipment GmbH/, РСР ЕООД /Abbot GmbH/, Ливеда Мед 2000 ООД /B.Braun Melsungen AG/, ЕТ АНКА - Анка Пеева /Arkray Inc./Infopia Co/, Експотек-1 ООД /Taidoc Technology Corporation/, Байер България ЕООД /Bayer Consumer Care AG/ и Неомеда ЕООД/Cambidge Sensors Ltd/.

Таблица на плащанията от НЗОК на фирмите дистрибутори на тест-ленти и глюкомери през 2011 г.

Фирма	Търговско наименова-ние на лекарствения продукт	РС	Сума платена на фирмата през 2010г. лв.	% дял от общия дял на плащанията - 2010	Сума платена на фирмата през2011г.л в.	% дял от общия дял на плащанията - 2011
Марвена ООД	Accu-check Sensor	93	3 755 258.88	44.40	3 879 318.60	43.4
РСР ЕООД	Optium Xceed	12	2 289 766,44	27.13	2 777 760.06	31.1
Ливеда Мед 2000 ООД	IME	115			2 030 479.06	
	Omnitest@Plus	114	2 039 953,42	24.13		
ЕТ АНКА-Анка Пеева	Glucocard Test Strip	90	197 988,06	2.30	136 179.94	1.5
Байер България ЕООД	Ascencia Glucodisc	89	95 292,00	1.10	45 720.00	0.5
Експотек-1 ООД	Achtung TD - 4207	94	62 420.30	0.70	69 369.94	0.8
Неомеда ЕООД	Microdot	112	2 296.80	0.03	1 566.00	0.01
Диабет ООД	One Touch Ultra	123	14 564,78	0.21		
О Б Щ О			8 457 540.68	100%	8 940 393.6	100%

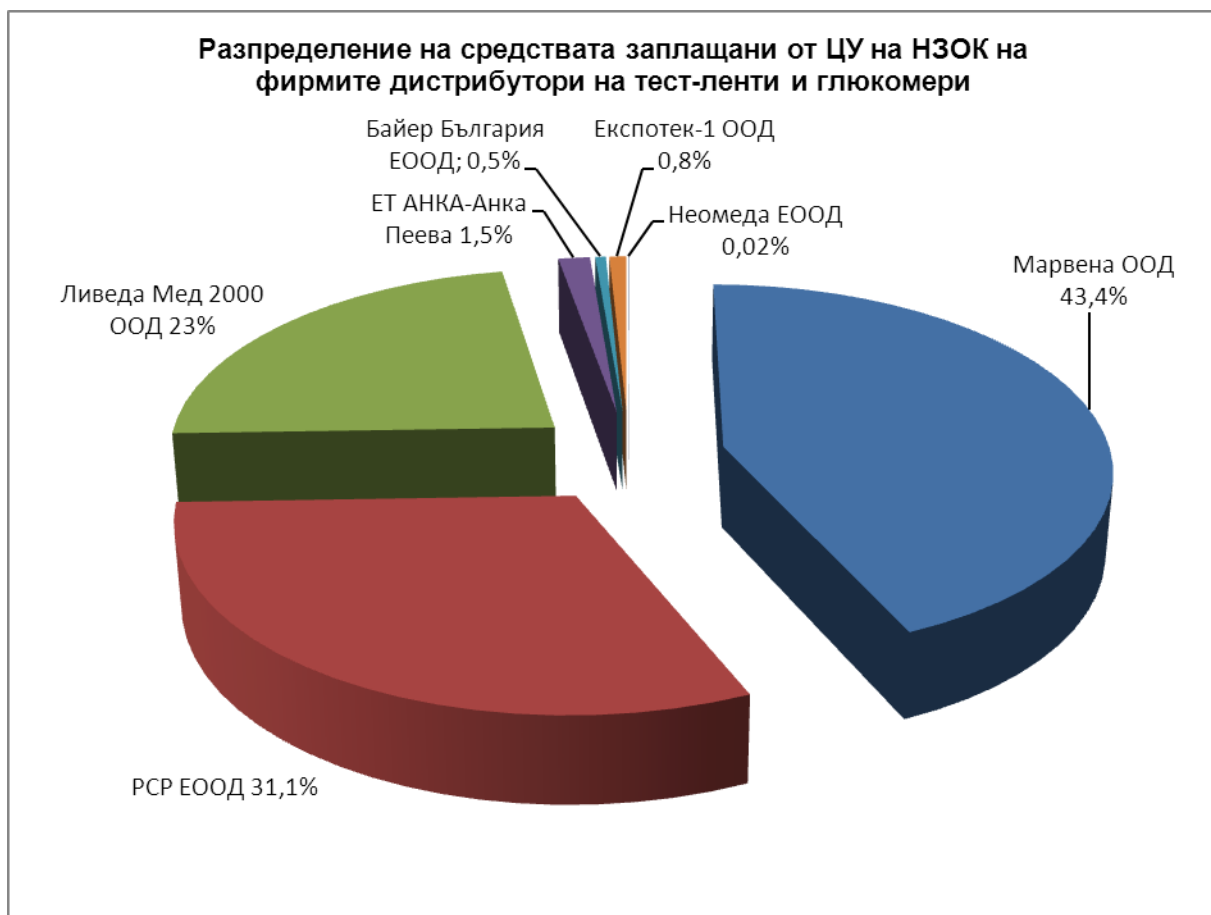
През май 2010 г. беше последното плащане на фирма „Диабет ООД“, затова тя не фигурира в отчета за 2011 г. За периода февруари-декември 2011 г. средствата се разпределят между фирмите дистрибутори на тестленти и глюкомери по следния начин: с най-голям дял, както и през 2010 г. е фирма Марвена ООД с реализирани продажби – 43,4 на сто; на второ място се нарежда РСР ЕООД с 31,1 на сто от продажбите, следвана от Ливеда Мед 2000 ООД

– с 22,7 на сто, ЕТ АНКА-Анка Пеева има 1,5 на сто дял от реализираните продажби. Останалите три фирми – Байер България ЕООД, Експотек-1 ООД и Неомеда ЕООД имат реализирани продажби под 1 на сто.

От таблицата се вижда, че в сравнение с 2010 г., през 2011 г. на фирмите дистрибутори на тестленти и глюкомери е платено с 482 852,92 лв. по-вече. Това увеличение е заради увеличения дял на плащане на фирма Марвена ООД и на фирма РСР ЕООД – с 612 053,34 лв. повече от 2010 г. При останалите шест фирми даже имаме спад на плащанията в сравнение с 2010 год..

На Графика 9 е представено процентното разпределение на сумите платени от НЗОК .

Графика 9



Изводи:

- Разходването на средствата за лекарства и медицински изделия през 2011 година е в рамките на Бюджета на НЗОК.
- Неразплатените средства остават за сметка на бюджета за следващата година.

- Увеличението на разходите се основава на по-големия брой лекарствени продукти, включени в Лекарствения списък, в сила от 01.02.2008 г и влизането в сила на нов механизъм на отпускане на лекарства за домашно лечение чрез Позитивен лекарствен списък (изготвен от междуведомствена комисия по реда на ПМС № 311/2007 г. влиза в сила от 01 юни 2009г.) Съгласно Наредба № 10/2009 г., НЗОК заплаща нови лекарствени продукти на тримесечни периоди, (считано от 01 юни 2009 г), които се включват в Позитивния лекарствен списък. За някои от тях се повишава и нивото на реимбурсация. От 01.03.2011 година съгласно промени на Министерство на здравеопазването (МЗ) в Наредба 34, Наредба 38 и Наредбата за включване на лекарства в Позитивния списък се заплащат от НЗОК медикаментите за лечение на редки заболявания, за имуносупресорна терапия след трансплантация и за хормонална терапия при онкологични заболявания. Това води до нарастване на потреблението на лекарствени продукти за домашно лечение от ЗЗОЛ. Продължава работата по извършването на контрол по изписването на лекарства, което да доведе до стабилизиране на разходите.

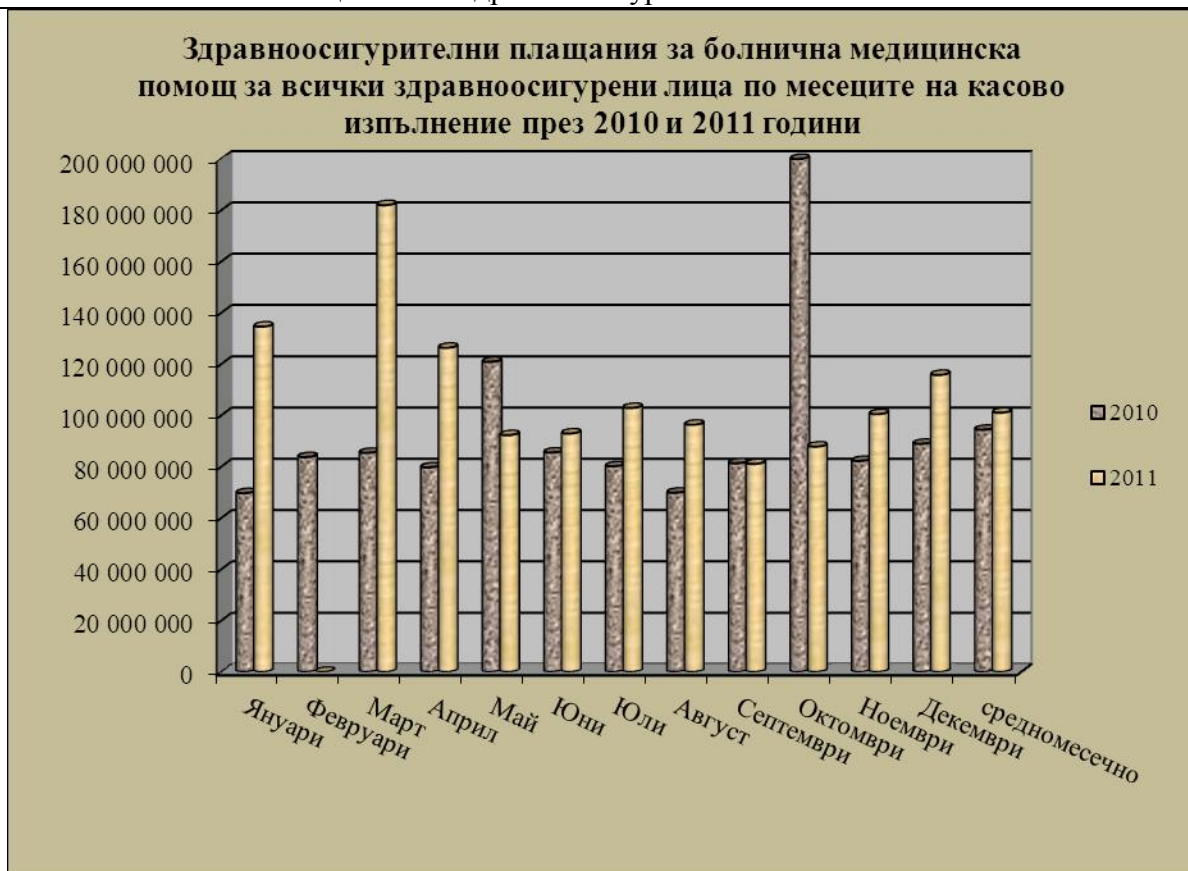
1.7. Болнична помощ (БП)

Със Закона за бюджета на НЗОК (ЗБНЗОК) за 2011 г. (обн., ДВ бр 98 от 14.12.2010 г.) за финансирането на дейностите за болнична помощ са предвидени 958 020 хил. лева, от които 4 500 хил. лева са за акушерска помощ за всички здравнонеосигурени жени. С Решения № РД-НС-04-63 от 19.10.2011 г. и № РД-НС-04-70 от 24.11.2011 г. на Надзорния съвет на НЗОК от Оперативния резерв на НЗОК са освободени общо 182 259 хил. лева, които са насочени за покриване на нуждите от здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ. С Решения на Надзорния съвет на НЗОК № РД-НС-04-63 от 19.10.2011 г. и № РД-НС-04-76 от 14.12.2011 г. на Надзорния съвет на НЗОК за вътрешни компенсирани промени на кредитите между елементите на Единната бюджетна класификация в бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г., към здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ са насочени средства в размер на 12 696 хил. лева

В резултат на това общият размер на средствата достига 1 220 193 хил. лева или увеличението на годишния план е в размер на 27,4 на сто спрямо планираните в ЗБНЗОК средства. След направените корекции здравноосигурителните плащания за болнична помощ заемат 54,2 на сто от средствата по параграф „Здравноосигурителни плащания”.

През бюджетната 2011 година за болнична помощ са изразходвани 1 216 146 хил. лева, в т.ч. 3 333 хил. лева акушерска помощ за здравнонеосигурени жени. Усвояването на средствата по този параграф е 99,7 на сто. (Приложение БП, Таблица 1.1). В сравнение с 2010 година разходите за болнична помощ са в повече със 7,09 на сто или с 80 495 хил. лева в номинално изражение. Трябва да се отбележи, че през 2011 година са били изплатени средства за част от дейността за месеците юни и юли 2010 година, недоразплатени през 2010 година в размер на 47 238 хил. лева, надлимитната дейност за месеците август, септември, октомври и ноември 2010 година в размер на 27 713 хил. лева, а също така надлимитната дейност за 2011 година в размер на 14 371 хил. лева, т.е. била е разплатена цялата извършена дейност за 2010 и 2011 години.

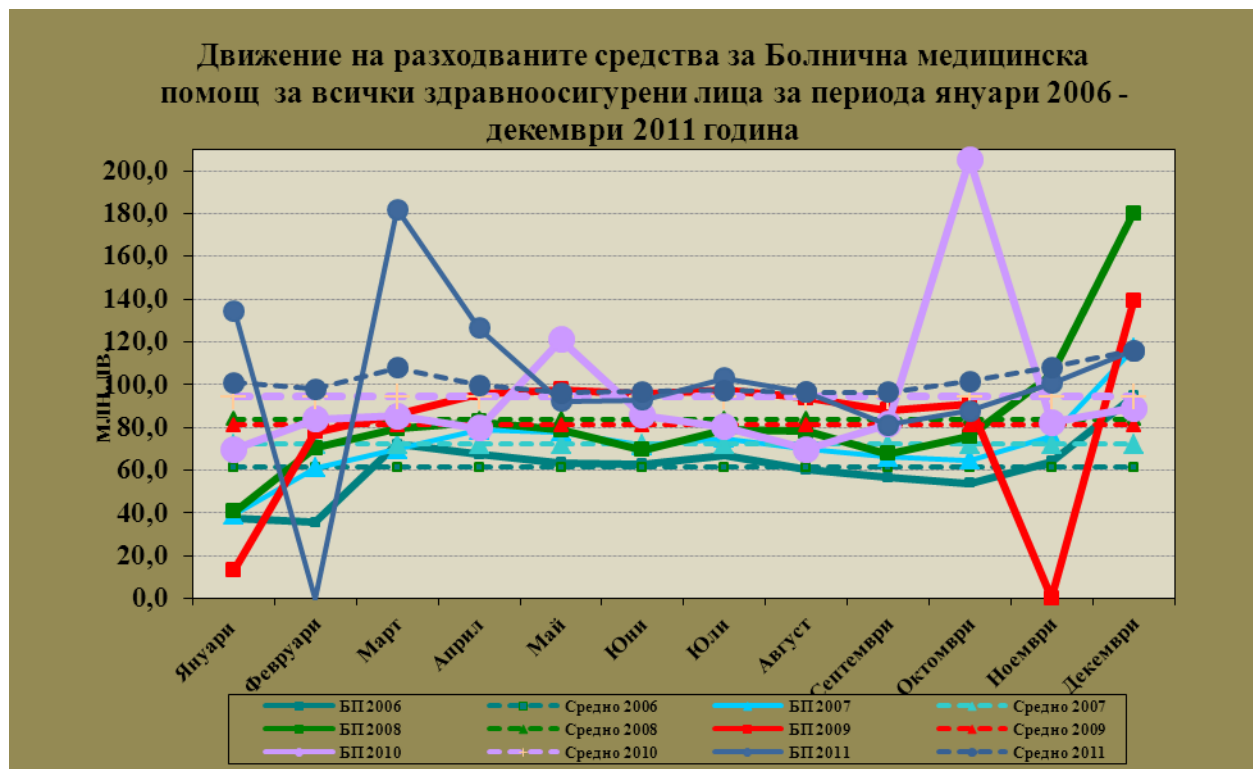
Графиката илюстрира динамиката на разходите за болнична медицинска помощ за всички здравноосигурени лица по касов отчет за 2011 година в съпоставка с 2010 година.



През бюджетната 2011 година за болнична медицинска помощ за всички здравноосигурени лица са изразходвани 1 212 813 хил. лева (в това число трансфер съгласно ДР №1 от 07.01.2011 г. на Министерството на финансите относно изпълнение на държавния бюджет за 2011 година в размер на 52 990 хил. лева) или усвояването на средствата е 99,76 на сто. (Приложение БП, Таблица 1.1) В сравнение с 2010 година разходите за болнична медицинска помощ за всички здравноосигурени лица са се увеличили със 707 на сто или с 80 051 хил. лева в номинално изражение.

От средствата по параграф БП през 2011 година са изплатени 1 216 146 хил. лева, в това число за разход по клинични пътеки (КП) 1 106 434 хил. лева, за високоспециализирана медицинска дейност (ВСМД) – 888 хил. лева, за имплантанти – 58 884 хил. лева, за акушерска помощ за здравноосигурени родилки – 3 333 хил. лева и други плащания в размер на – 631 хил. лева. (Приложение БП, Таблица 4).

Следващата графика илюстрира стойността на разхода за болнична медицинска помощ без средствата за акушерска помощ за здравноосигурени жени, отнесена към периода, през който е реализиран този разход.



Средномесечният разход за болнична медицинска помощ за всички здравноосигурени лица през 2011 година възлиза на 101 068 хил. лева.

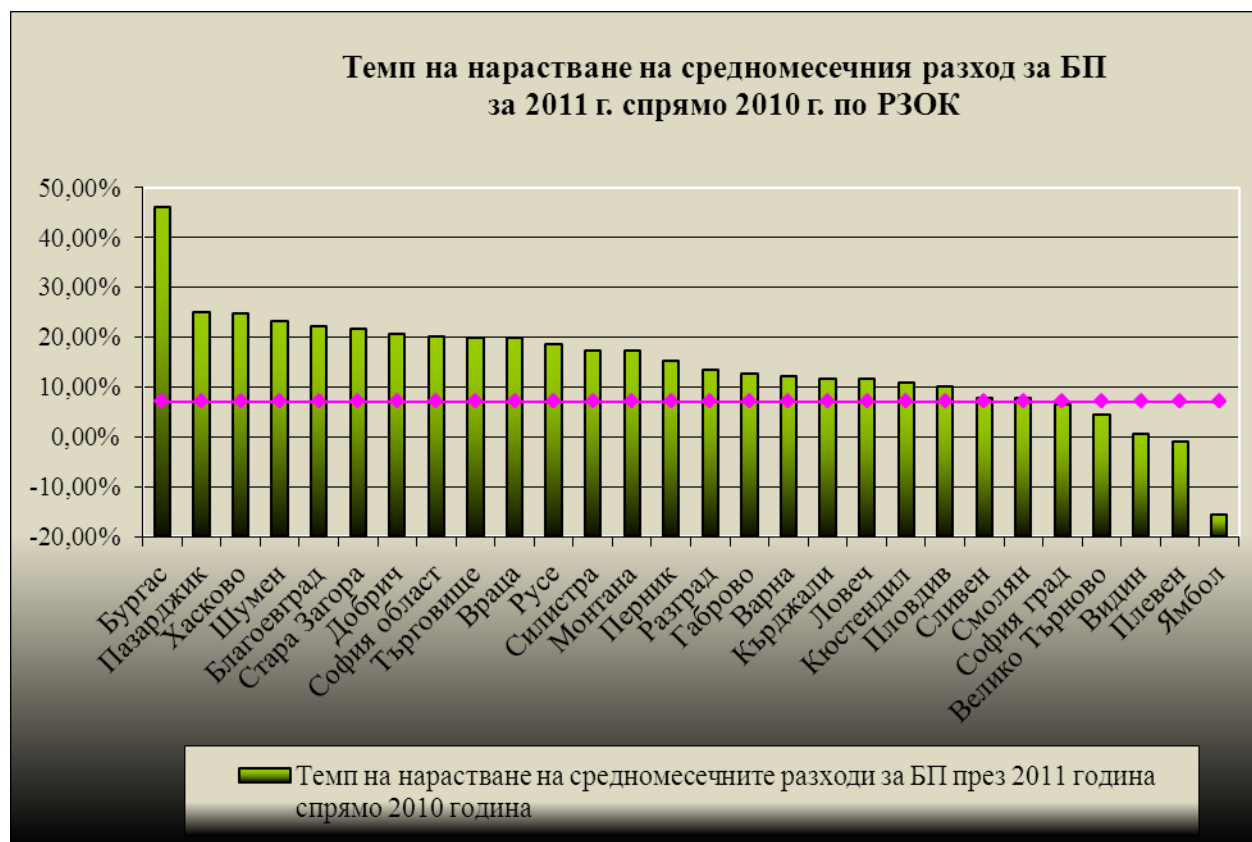
През 2010 година са усвоени 1 132 762 хил. лева, а средномесечният разход е възлизал на 94 397 хил. лева, т.е. разходите за БП за всички здравноосигурени лица през 2011 спрямо 2010 година средно на месец са се увеличили с 6 671 хил. лева или със 7,1 на сто.

РЗОК, които са изплатили най-много средства на изпълнителите на болнична медицинска помощ през 2011 година са: РЗОК София-град, РЗОК Пловдив, РЗОК Варна, РЗОК Плевен, РЗОК Пазарджик и РЗОК Стара Загора, а с най-малко изплатени средства по параграф са РЗОК Видин, РЗОК Перник, РЗОК Силистра, РЗОК Смолян и РЗОК Разград.

С най-висок темп на нарастване на средномесечните разходи за БП през 2011 година в сравнение със средномесечния разход за 2010 година са РЗОК Бургас – 46.1 на сто, РЗОК Пазарджик – 25.0 на сто, РЗОК Хасково – 24.6 на сто и РЗОК Шумен – 23.3 на сто. Най-нисък темп на нарастване на средномесечните стойности са в РЗОК Видин – 0.7 на сто и РЗОК Велико Търново – 4.6 на сто. Намаление на този показател се наблюдава при РЗОК Ямбол – 15.5 на сто и РЗОК Плевен – 1.0 на сто. Средно за страната увеличението на

средномесечните разходи за БП през 2011 година спрямо 2010 година е със 7,1 на сто.

Темпът на нарастване на средномесечните разходи е илюстриран на следващата графика.



Задължително трябва да се отбележи, че сравнението на разходите за болнична медицинска помощ през 2011 и 2010 година не отразява реалната ситуация поради много причини, най-важните от които са:

- През 2010 година не са били изплатени част от средствата за месеците юни и юли. Тези средства в размер на 47 238 хил. лева са били доразплатени през месец януари 2011 година.
- През месец април 2011 година са били изплатени средства за извършената надлимитна дейност за месеците август, септември, октомври и ноември 2010 година в размер на 27 900 хил. лева.
- През месец декември 2011 година бяха изплатени също така и средства за надлимитната дейност за периода на дейност декември 2010 година – ноември 2011 година в размер на 14 371 хил. лева.
- През 2011 година, предвид всички проблеми, свързани с неразплатените средства за дейност, извършена през 2010 година, НЗОК успя да изплати всички

задължения от предходната година и да разплати цялата извършена дейност през 2011 година.

С цел оптимизиране на разходите за болнична медицинска помощ в рамките на средствата, определени със ЗБНЗОК за 2011 година, на всички лечебни заведения за болнична медицинска помощ бяха разпределени задължителни годишни прогнозни стойности (ЗГПС) за дейности за болнична медицинска помощ съгласно Правилата за разпределение, приети с Решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-7/31.01.2011 г. В края на всяко тримесечие определените ЗГПС на лечебните заведения бяха преразглеждани и коригирани, където е имало необходимост, предвид промяна на обстоятелствата в дейността на лечебните заведения.

Съгласно приетите Правила, лечебните заведения са имали възможност пряко да управляват определеният им финансов ресурс, като планират за своята дейност различни месечни средства в рамките на определените средства по тримесечия, а също и да ползват до 10% от средствата за следващо тримесечие за дейността през настоящето.

За сравнителния анализ на количествените характеристики на извършената дейност от изпълнителите на болнична медицинска помощ през 2011 година спрямо 2010 година, в настоящия отчет се използват данните за реално извършената дейност по месеци на извършване, без значение кога са били извършени плащанията за тази дейност.

Дейност по клинични пътеки, извършена през периода на дейност януари – декември 2011 година

За периода на дейност януари – декември 2011 година през лечебните заведения за болнична медицинска помощ по клинични пътеки са преминали общо 1 710 820 пациенти спрямо 1 697 979 през 2010 година, т.е с 12 841 пациента повече или увеличението е 0.8 на сто. Средномесечният брой пациенти, ползвали болнична медицинска помощ през 2011 година е 142 568 спрямо 141 498 през 2010 година, т.е увеличението на средномесечните стойности по този показател е с 1 070 пациента на месец. **(Приложение БП, Таблица 5).**

Общата стойност на дейността по клинични пътеки, извършена през периода на дейност януари – декември 2011 година е 1 080 879 хил. лева спрямо 1 074 749 хил. лева през 2010 година, което е с 6 130 хил. лева повече или увеличението на разходите за дейността по клинични пътеки през 2011 година спрямо 2010 е с 0,6 на сто. Средномесечното увеличение на тези разходи през 2011 година спрямо 2010 година е с 510 хил. лева.

На ниво приемащо РЗОК

Най-голям дял в средствата за дейност по клинични пътеки заема РЗОК София град – 30,2 на сто от стойността на дейността по този показател. Следва РЗОК Пловдив с 15,3 на сто и РЗОК Варна с 6,9 на сто. **(Приложение БП, Таблица 6).**

С най-висок среден разход на преминал болен са РЗОК София град – 790 лева, РЗОК Ямбол – 725 лева, РЗОК Варна – 696 лева, РЗОК Пловдив – 660 лева и РЗОК Плевен – 617 лева. **С най-нисък среден разход на преминал болен** са РЗОК Смолян – 464 лева, РЗОК София област - 466, РЗОК Разград – 473 и РЗОК Кюстендил – 478. Средно за страната този показател е 632 лева спрямо 633 лева през 2010 година. Намалението е средно с 1 лев или 0,2 на сто. **(Приложение БП, Таблица 7).**

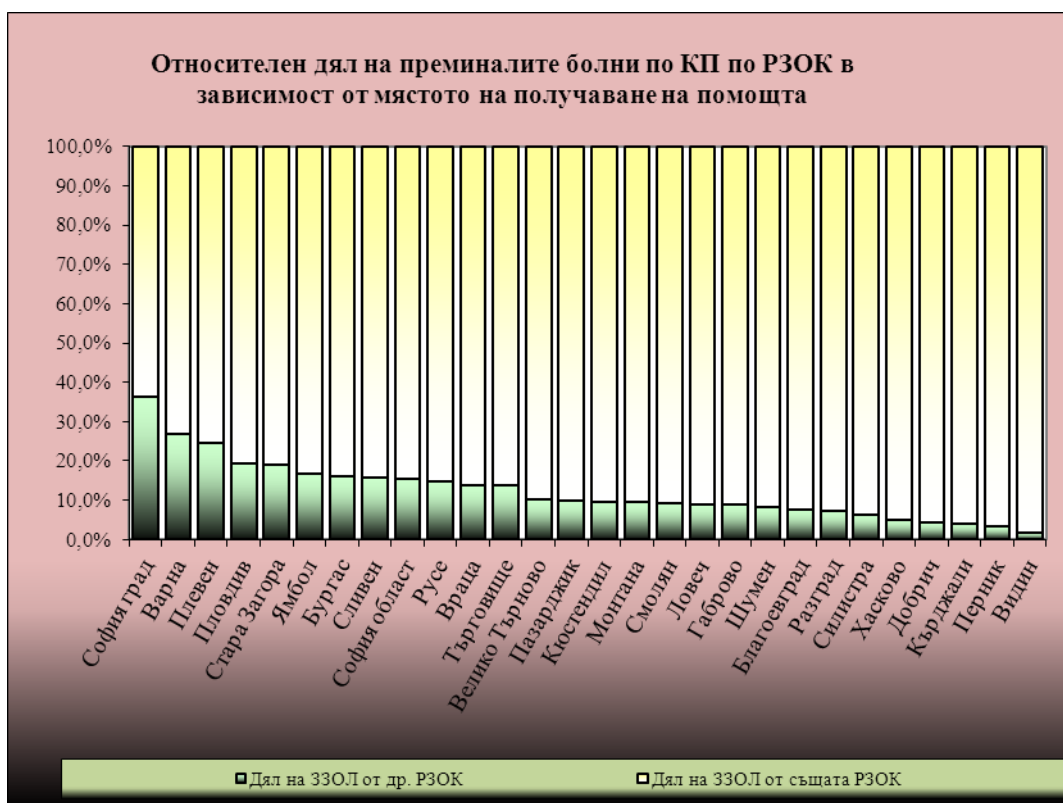
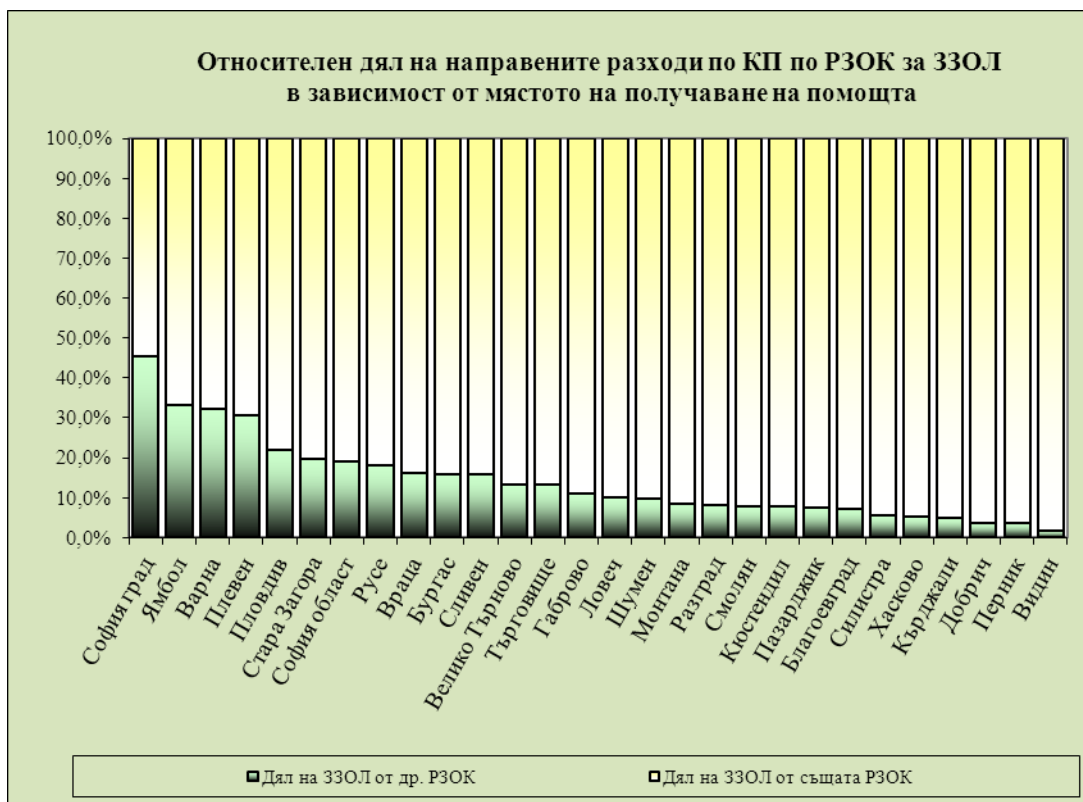
През 2011 година пренасочените пациенти (пациентите, получили направление за хоспитализация по място на регистрация и потърсили болнична медицинска помощ в друг регион), са 342 725 спрямо 340 449 през 2010 година. Увеличението по този показател е с 2 276. Запазва се тенденцията спрямо предходните години. **(Приложение БП, Таблица 8).**

Най-висока цена на обслужен болен, изпратен от други РЗОК е реализирана в РЗОК Ямбол - 1 439 лева, РЗОК София град – 988 лева, РЗОК Варна – 830 лева и РЗОК Велико Търново – 791 лева при средно за страната 819 лева. **(Приложение БП, Таблица 10).** Следват РЗОК Плевен – 766 лева, РЗОК Пловдив – 750 лева, РЗОК Русе – 739 лева, РЗОК Кърджали - 677 лева и РЗОК Габрово – 668 лева. В номинално изражение разликата в средните месечни цени на обслужени пациенти от други РЗОК през 2011 година спрямо 2010 година на ниво НЗОК се равнява на 31 лев.

Важно е да се отбележи, че в РЗОК София град 45,4 на сто от извършените **разходи по КП са за ЗЗОЛ от други РЗОК** (или 36,3 на сто от преминалите болни, обслужени в РЗОК са от други региони), в РЗОК Ямбол – 33,0 на сто (или 16,8 на сто от преминалите болни), в РЗОК Варна – 32,1 на сто (или 26,9 на сто от преминалите болни), в РЗОК Плевен 30,5 на сто (или 24,6 на сто от преминалите болни), в РЗОК Пловдив те представляват 22,0 на сто (или 19,5 на сто от преминалите болни), в РЗОК Стара Загора – 19.7 на сто (или 19.0 на сто от преминалите болни).

Представените по-долу графики илюстрират съотношението на разходите за болнична медицинска помощ по клинични пътеки за пациенти от други РЗОК към общите разходи на

РЗОК и съотношението на обслужените пациенти от други РЗОК към общо обслужените пациенти в лечебните заведения за болнична медицинска помощ на територията на РЗОК .

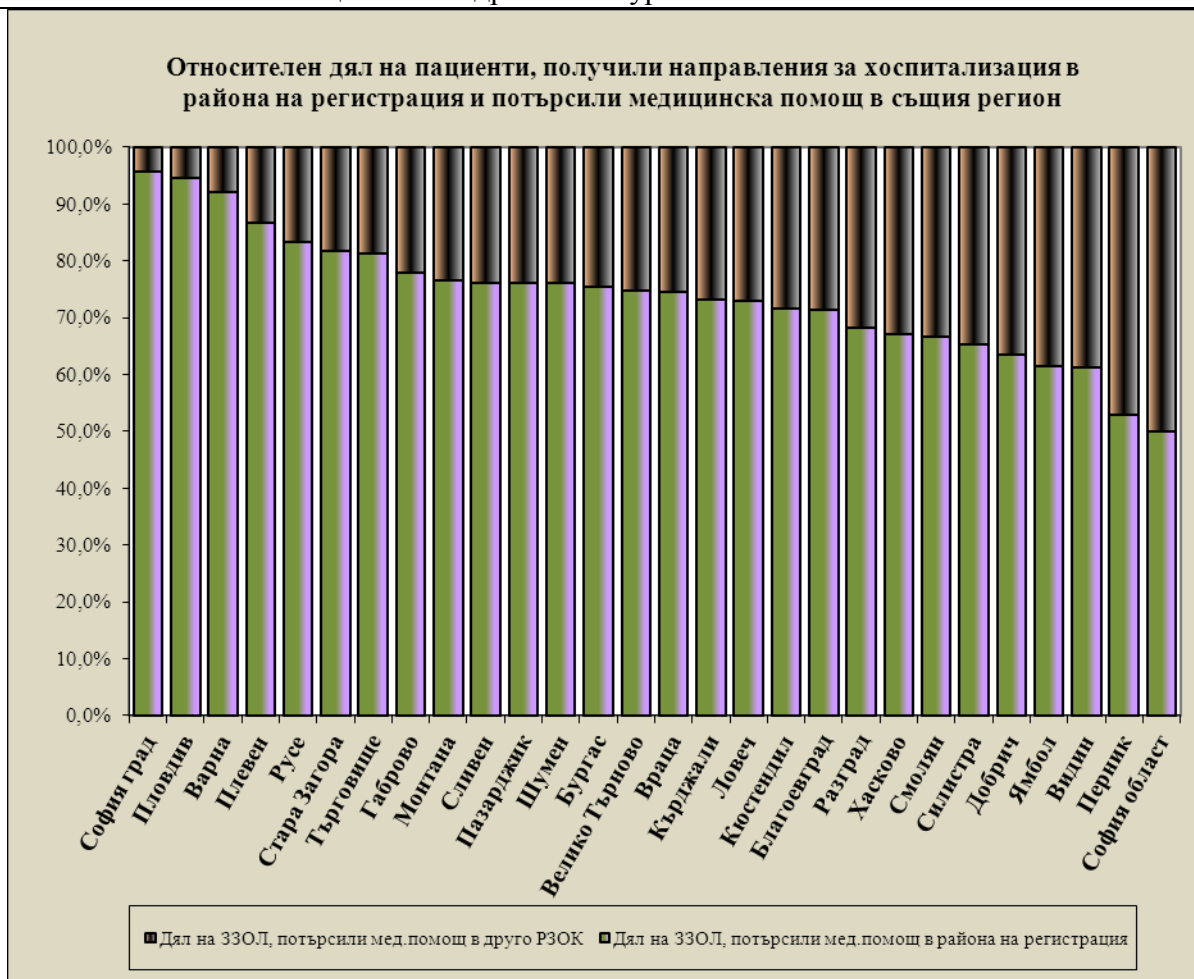


Предвид свободния достъп на ЗЗОЛ до изпълнителите на болнична медицинска помощ, през 2011 година са регистрирани 342 725 случая на пренасочени ЗЗОЛ от други РЗОК (Приложение БП, Таблица 8). Пренасочванията са основно към РЗОК София град – 149 778, РЗОК Пловдив – 48 648, РЗОК Варна – 29 089, РЗОК Плевен – 18 375, РЗОК Стара Загора – 12 881 и РЗОК Бургас 10 834.

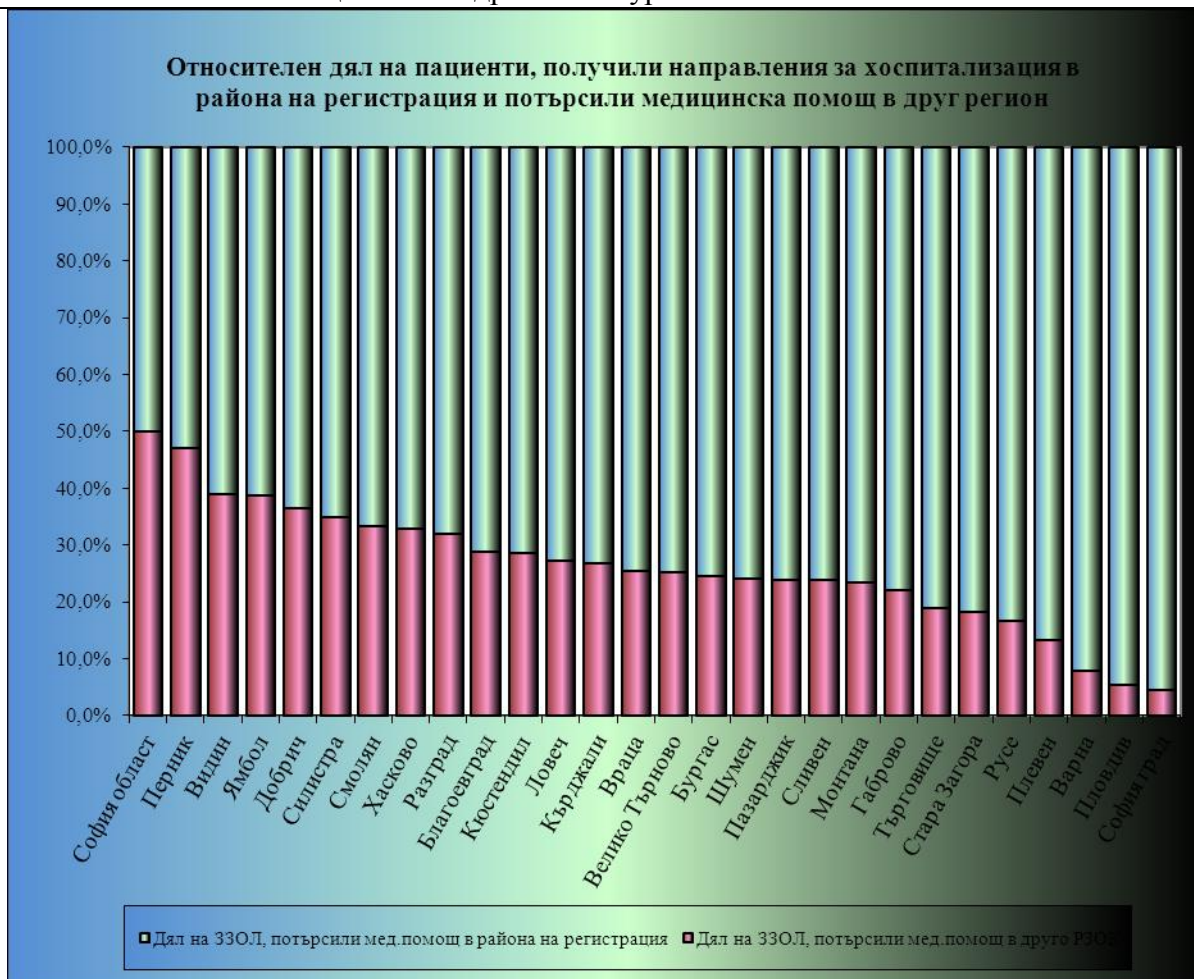
Най-много средства за обслужването на ЗЗОЛ от други РЗОК са изразходвани, както следва: РЗОК София град – 147 897 хил. лева; РЗОК Пловдив – 36 416 хил. лева; РЗОК Варна – 24 093 хил. лева; РЗОК Плевен – 14 063 хил. лева; РЗОК Стара Загора – 7 531 хил. лева и . РЗОК Бургас – 6 255 хил. лева. Няма РЗОК, в които не са лекувани ЗЗОЛ от други РЗОК.

На ниво изпращащо РЗОК

Следва да се отбележи и фактът, че от общия брой издадени направления в РЗОК на ЗЗОЛ за хоспитализация, най-голям дял от пациенти, потърсили медицинска помощ в ЛЗ за болнична помощ на територията на същата РЗОК се пада на РЗОК София град – 95,6 на сто. Следват РЗОК Пловдив – 94,6 на сто, РЗОК Варна – 92,2 на сто, РЗОК Плевен – 86,8 на сто, РЗОК Русе – 83,4 на сто и РЗОК Стара Загора – 81,8 на сто. Тенденцията по този показател се запазва спрямо предходната година.



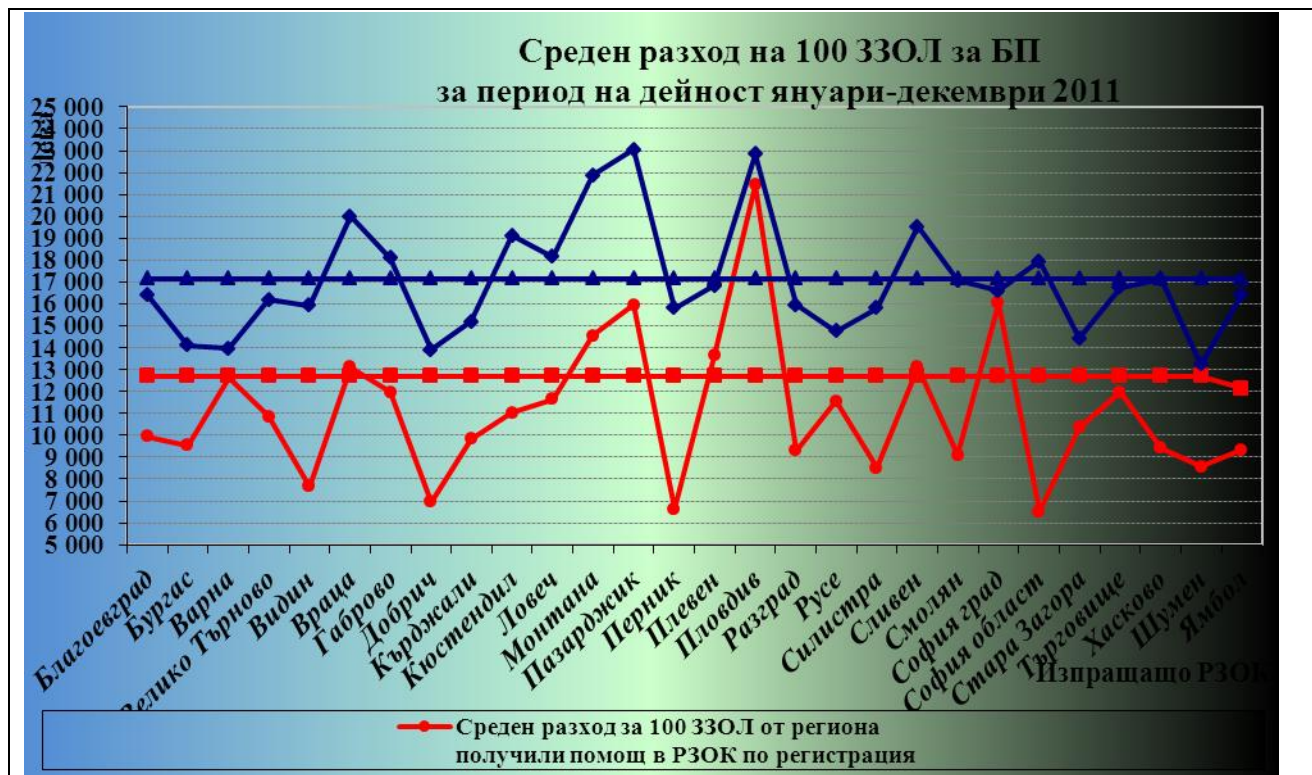
В същото време най-голям дял от пациентите, получили направление за хоспитализация по място на регистрацията и потърсили медицинска помощ в друг регион, е от РЗОК София област – 49,9 на сто. Следват РЗОК Перник – 47,1 на сто, РЗОК Видин – 38,8 на сто, РЗОК Ямбол – 38,6 на сто и РЗОК Добрич – 36,5 на сто.



Най-високият относителен дял на 100 ЗЗОЛ, получили направления за хоспитализация спрямо общия брой регистрирани здравноосигурени лица по региони бележи РЗОК Пазарджик – 37,1 на сто. Следват РЗОК Монтана – 36,5 на сто, РЗОК Пловдив – 35,4 на сто, РЗОК Враца – 33,1 на сто и РЗОК Сливен – 32,5 на сто. Средно за страната този показател е 27,2 на сто, т.е за периода на дейност януари – декември 2011 година от общо регистрирани 6 295 749 ЗЗОЛ са хоспитализирани – 1 710 820.

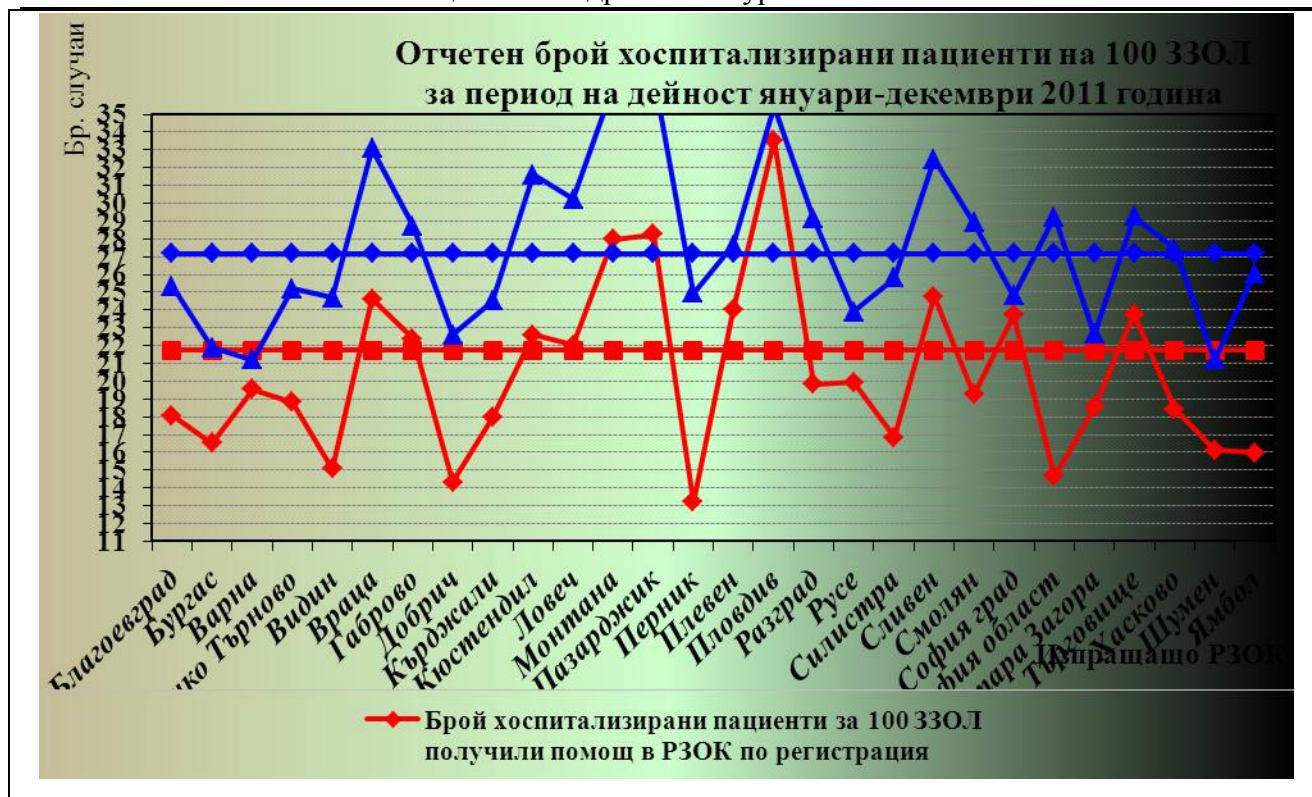
Най-висок среден разход на 100 регистрирани по региони ЗЗОЛ, за периода януари – декември 2011 година, получили болнична помощ в РЗОК по местоживеене бележат РЗОК Пловдив – 21 427 лева, РЗОК София град – 16 052 лева и РЗОК Пазарджик – 15 954 лева, а с най-висок среден разход за болнична медицинска помощ за този период на 100 ЗЗОЛ независимо от мястото на получаване на помощта - за лицата от РЗОК Пазарджик – 23 037 лева, РЗОК Пловдив – 22 841 лева, РЗОК Монтана – 21 876 лева, РЗОК Враца – 20 003 лева и РЗОК Сливен – 19 529 лева при среден разход за страната от 17 168 лева. Най-нисък е

този разход в РЗОК Шумен – 13 236 лева, РЗОК Добрич – 13 902 лева, РЗОК Варна – 13 974 лева, РЗОК Бургас – 14 106 лева и РЗОК Стара Загора - 14 437 лева.



Пренасочените пациенти (**Приложение БП, Таблица 15**) по клинични пътеки по НРД 2011 са основно :

- Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат – 22 041 случая;
- Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години– 19 248;
- Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система– 12 657 случая;
- Оперативно отстраняване на катаракта – 9 971 случая;
- Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания – 9 783 случая;
- Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение – 8 256 случая;
- Остра и изострена хронична сърд. недостатъчност 3 и 4 ф. клас без механична вентилация – 7 313 случая;
- Грижи за здраво новородено дете – 6 707 случая.



При анализа на високия дял на хоспитализирането на населението в упоменатите по-горе пет РЗОК се установи, че клиничните пътеки, по които се хоспитализират най-много здравноосигурени лица, са идентични и са както следва:

- **за РЗОК Пазарджик:**

- ✓ 9,3 на сто от общия брой случаи, отчетени за населението, регистрирано в тази област, независимо от мястото на получаване на помощта, е за КП „Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст“;

- ✓ 5,6 на сто за КП „Остра и изострена хронична сърд. недостатъчност 3 и 4 ф. клас без механична вентилация“;

- ✓ 4,1 на сто за КП „Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст“ и

- ✓ 3,4 на сто за КП „Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години“.

- **за РЗОК Монтана:**

- ✓ 6,3 на сто от общия брой случаи, отчетени за населението от тази област, независимо от мястото на получаване, е за КП „Исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза”;

- ✓ 4,9 на сто за КП „Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация”;

- ✓ 4,6 на сто за КП „Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми + Вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви”;

- ✓ 3,1 на сто за КП „Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст”

- **за РЗОК Пловдив:**

- ✓ 4,6 на сто от общия брой случаи, отчетени за населението, регистрирано в тази област, независимо от мястото на получаване на помощта е за КП „Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години”;

- ✓ 4,2 на сто за КП „Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация”;

- ✓ 4,1 на сто за КП „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат ”;

- ✓ 3,2 на сто за КП „Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми + Вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви ”.

- **за РЗОК Враца:**

- ✓ 4,5 на сто от общия брой случаи, отчетени за населението от тази област, независимо от мястото на получаване, е за КП „Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация”;

- ✓ 3,8 на сто за КП „Исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза”;

- ✓ 3,7 на сто за КП „Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години”;

- ✓ 3,7 на сто за КП „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат ”

- **за РЗОК Сливен:**

- ✓ 4,8 на сто от общия брой случаи, отчетени за населението от тази област, независимо от мястото на получаване, е за КП „Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация”;

- ✓ 4,7 на сто за КП „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат ”;

- ✓ 3,6 на сто за КП „Грижи за здраво новородено дете ”;

- ✓ 3,5 на сто за КП „Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст”

РЗОК София град, РЗОК Пловдив и РЗОК Варна са с най-висок дял спрямо общият разход за дейност по клинични пътеки. Най-разходоёмки за тези РЗОК са следните пътеки по НРД 2011 (Приложение БП, Таблица 26):

- за РЗОК София град – КП „Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години”, за която са изплатени 6,0 на сто от средствата по КП за това РЗОК, „Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условията на екстракорпорално кръвообращение”- 4,8 на сто и „Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник” – 3,4 на сто;

- за РЗОК Пловдив - КП „Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години” – 5,2 на сто; КП „Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение” – 4,3 на сто и КП “ Заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума ” – 3,2 на сто;

- за РЗОК Варна - КП “Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години” – 6,1 на сто; “Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години” – 4,2 на сто и “Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение” – 3,9 на сто.

С най-висок дял на получени средства по КП в тези РЗОК са следните лечебни заведения (Приложение БП, Таблица 19):

- за РЗОК София град - МБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД– 11,9 на сто от изплатените на това РЗОК средства по КП, МБАЛ ТОКУДА БОЛНИЦА СОФИЯ АД– 11,0 на сто и МБАЛ Света Анна АД – 7,5 на сто;

- за РЗОК Пловдив - УМБАЛ Св. Георги – 36,9 на сто, МБАЛ-Пловдив – 11,8 на сто и МБАЛ Каспела ЕООД Пловдив - с 6,4 на сто;
- за РЗОК Варна - МБАЛ Св. Марина – 44,5 на сто, МБАЛ Св. Анна - Варна –17,9 на сто и СБАЛОЗ д-р Марко Антонов Марков-Варна ЕООД – 7,0 на сто.

На ниво лечебни заведения

Броят на лечебните заведения, сключили *договор с НЗОК през 2011 година*, е 352. От тях - *за дейност по клинични пътеки* договори са сключили 337 лечебни заведения, от които – 167 многопрофилни болници, 87 специализирани болници, 17 диспансера, 19 МЦ, 7 ДКЦ, 1 МСЦ, 23 СБР, 16 болници за долекуване и продължително лечение. Спрямо 2010 година броят на договори по КП е увеличен с 4 договора.

Общият брой на *договорите за дейност по високоспециализирани дейности* на лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения от СИМП с разкрити легла е 38, от които 9 с многопрофилни болници, 4 със специализирани болници, 7 с диспансери, 5 с МЦ, 13 с ДКЦ. Спрямо 2010 година броят на договорите за дейност по ВСД е намален с 16.

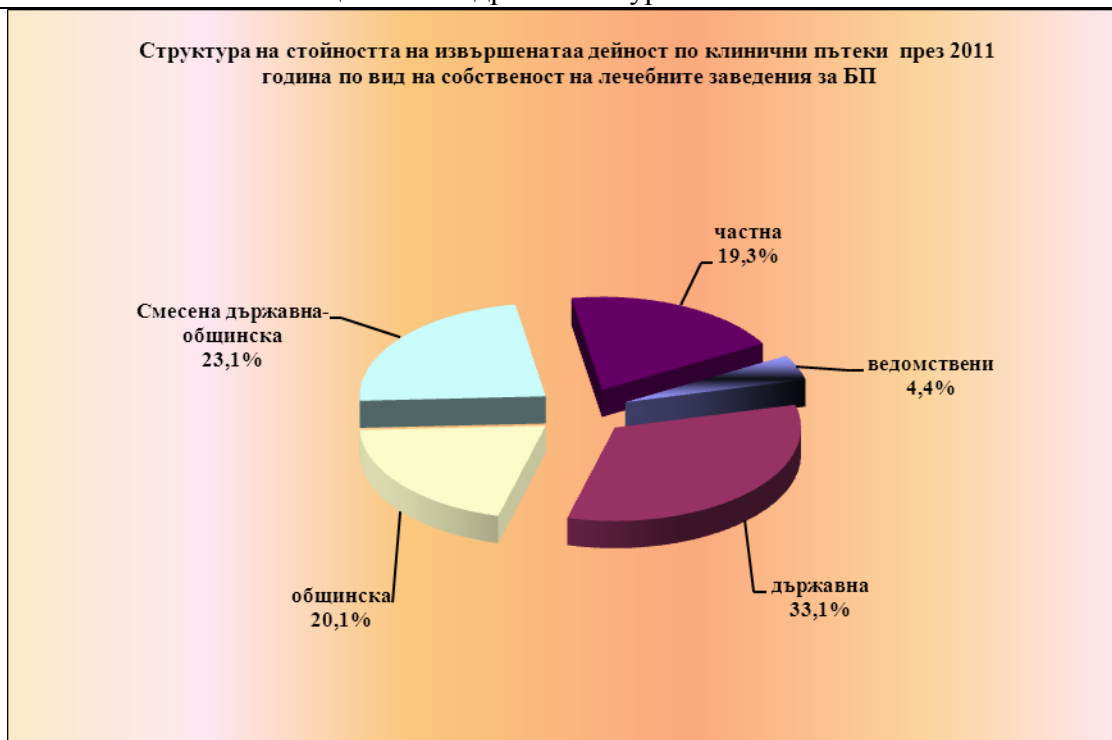
Общо сключените договори с изпълнители на болнична медицинска помощ през 2011 година са 375 и спрямо 2010 година този показател е намален с 12.

Графиката илюстрира относителния дял на стойността на извършена дейност по клинични пътеки, като най-голям е дялът им към многопрофилните болници за активно лечение (52,2 на сто от сключените договори по клинични пътеки)- 81,4 на сто. Следват специализирани болници за активно лечение с 13,0 на сто и диспансерите с 3,0 на сто. Същата тенденция се запазва и на регионално ниво. За периода средният размер на стойността на извършената дейност по клинични пътеки, която многопрофилните болници за активно лечение са извършили, е 5 271 хил. лева на лечебно заведение, специализираните болници, сключили договор с НЗОК за изпълнение на клинични пътеки (25,8 на сто от сключените договори) за разглеждания период са извършили дейност на стойност средно по 1 621 хил. лева на лечебно заведение



Най-големия дял от стойността на извършената дейност по клинични пътеки за периода на дейност януари – декември 2011 година се пада на лечебните заведения с държавна форма на собственост – 33,1 на сто, следвани от тези със смесена държавно-общинска форма на собственост (областни болници) – 23,1 на сто и с общинска форма на собственост – с 20,1 на сто.

Структурата на стойността на извършената дейност по клинични пътеки през 2011 година по вид на собственост на лечебните заведения, сключили договори с НЗОК, е представена на следната графика:



През периода на дейност януари – декември 2011 година **най-голям дял от стойността на извършената дейност по клинични пътеки се пада на УМБАЛ Св. Георги** – 60 940 хил. лева или 5,6 на сто от цялата стойност на извършената дейност по клинични пътеки. Следват МБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД – 38 756 хил.лева или 3,6 на сто, МБАЛ ТОКУДА БОЛНИЦА СОФИЯ АД – 35 927 хил. лева или 3,3 на сто, МБАЛ Света Марина – 33 445 хил. лева или 3,1 на сто, МБАЛ СВЕТА АННА АД – 24 523 хил. лева или 2,3 на сто и УНМБАЛ СВЕТА ЕКАТЕРИНА ЕАД – 23 824 хил. лева или 2,2 на сто. **(Приложение БП, Таблица 19).**

Най-високият среден разход на преминал болен през лечебно заведение, е както следва: СБАЛК Кардио-Център Понтика ООД – 3 098 лева, УНМБАЛ СВЕТА ЕКАТЕРИНА ЕАД – 2 925 лева, СБАЛО Екта - ООД – 1 902 лева, СБАЛ на сърдечно съдови заболявания ЕАД – 1 818 и СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА -ГРЪБНАЧЕН ЦЕНТЪР АД – 1 804 лева.

Лечебните заведения за болнична помощ, които са поели най-голям брой пациенти от други РЗОК (над 5 000 случая), са както следва:

1. УМБАЛ Св. Георги, гр. Пловдив – 14 980 случая или 4,4 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: “Лимфоми” – 768 бр.; “Левкемии” - 731 бр.; “Хеморагични диатези. Анемии” – 569 бр.; “Високотехнологично лъчелечение на

онкологични и неонкологични заболявания” – 542 бр.; “Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години” – 520 бр.

2. **УМБАЛ СВ. МАРИНА - ВАРНА ЕАД, гр. Варна** – 12 785 случая или 3,7 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, от които преобладаващо по КП: “Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години” – 1 203 бр.; “Лимфоми” – 804 бр.; “Левкемии” – 700 бр.; “Хеморагични диатези. Анемии” – 612 бр.

3. **МБАЛСМ Н.И. ПИРОГОВ ЕАД, гр. София** – 12 501 случая или 3,6 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: “Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност” – 793 бр.; “Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - ендоскопски методи на лечение” – 788 бр., “Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник” – 584 бр.; “Големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник” – 526 бр. и др.

4. **МБАЛ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕАД, гр. София** – 12 421 случая или 3,6 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно по КП: “Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация” – 592 бр.; “Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания при лица над 18 години” – 512 бр.; “Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - екстракорпорална литотрипсия” – 388 бр.; “Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му – 373 бр.

5. **МБАЛ Св. Анна АД, гр.София** – 12 011 случая или 3,5 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: “Исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза” – 638 бр.; “Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром при лица под 18 години” – 468 бр.; “Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение” – 433 бр.; “Трижи за здраво новородено дете ” – 402 бр.; “Оперативно отстраняване на катаракта” – 350 бр.

6. **'Военномедицинска академия, гр. София** – 11 666 случая или 3,4 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: “Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума”- 554 бр.; “Декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години” – 486 бр.; “ Заболявания на тънкото и дебелото черво ” – 353 бр.; “Бъбречно-каменна болест: уролитиаза- ендоскопски методи на лечение” – 344 бр.

7. **МБАЛ "ТОКУДА БОЛНИЦА СОФИЯ" АД, гр. София** – 11 365 случая или 3,3 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно по КП: “Инвазивна диагностика при сърдечно съдови заболявания” – 659 бр.; “Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години” – 526 бр.; “Оперативно лечение на абдоминалната аорта, долната празна вена и клоновете им” – 494 бр.; “Оперативно отстраняване на катаракта” – 442 бр.

8. **УМБАЛ - Плевен ЕАД, гр.Плевен** – 8 356 случая или 2,4 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно по КП: “Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години” – 916 бр.; “Лимфоми” – 339 бр.; “Левкемии” – 283 бр.; “Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става” – 258 броя.

9. **МБАЛ Царица Йоанна - ЕАД, гр. София** – 7 763 случая или 2,3 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно “Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години” – 1 379 бр.; “Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити- остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания-при лица над 18 години” – 719 бр.; “Глухота-диагностика и консервативно лечение” – 397 бр.;

10. **МБАЛ СВ. ИВАН РИЛСКИ ЕАД София** – 6 253 случая или 1,8 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно “Системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години” – 888 бр.; “ Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години” – 693 бр.; “ Хронични вирусни хепатити” – 668 бр.

11. **МБАЛ - НКБ - ЕАД София, гр. София** – 6 041 случая или 1,8 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно “Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация” – 1 550 бр.; “ Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания” – 911 бр.; “Оперативно лечение на абдоминалната аорта, долната празна вена и клоновете им” – 325 бр.

12. **СБАЛХЗ-ЕАД Сфия** – 5 209 случая или 1,5 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно “Лимфоми” – 2 175 бр.; “Левкемии” – 1 676 бр.; “ Хеморагични диатези. Анемии” – 1 358 бр.

13. **ОДОЗС – Пловдив, гр.Пловдив** – 5 081 случая или 1,5 на сто от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно “Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години” – 4 160 бр.; “Оперативно лечение на

На ниво клинични пътеки

Най-много средства са усвоени по следните клинични пътеки по НРД 2011, като тенденцията от предходните периоди се запазва:

- Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години – 3,6 на сто от разходите по клинични пътеки;
- Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация – 3,1 на сто;
- Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст – 2,8 на сто;
- Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение – 2,8 на сто;
- Ишемичен мозъчен инсулт без тромболиза – 2,7 на сто;
- Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години – 2,5 на сто;
- Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник – 2,5 на сто;
- Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение – 2,4 на сто;
- Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми + Вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви - 2,3 на сто. (Приложение БП, Таблица 26).

Най-голям брой случаи по НРД 2011 са отчетени по следните клинични пътеки:

- Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация – 4,6 на сто от общия брой отчетени случаи за болнична помощ за 2011 година ;
- Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години – 3,8 на сто;

Национална здравноосигурителна каса

- Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение – 3,3 на сто;
- Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст - 3,2 на сто;
- Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат – 3,2 на сто
- Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми + Вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми – 3,1 на сто. **(Приложение БП, Таблица 27).**

Наблюдава се, макар и непълно, съответствие между клиничните пътеки, за които са заплатени най-много средства и тези, по които са отчетени най-много случаи.

Най-скъпите пътеки с цена над 2 500 лева заемат 14,9 на сто от общия разход за здравноосигурителни плащания за клинични пътеки за 2011 година по НРД 2011. Най-голям дял в този разход е на КП “ Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение ” – 2,7 на сто. **(Приложение БП, Таблица 28).**

Справка за относителния дял на клиничните пътеки с най-високи цени (над 2 500 лева) спрямо стойността на дейността по КП за периода на дейност януари - декември 2011 година по НРД 2011

код на КП	Наименование на КП	Цена	Общо изплатени средства	Относителен дял в общата сума
Суми по КП:			1 068 654 779	14,93%
209	Полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция и изискваща продължително лечение	14 500	6 554 000	0,61%
208	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условие на екстракорпорално кръвообращение	13 500	20 290 500	1,90%
206	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	10 100	26 987 200	2,53%
207	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица под 18 години	10 100	1 222 100	0,11%
282	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20 % от телесната повърхност с хирургични интервенции	8 239	1 919 687	0,18%
155	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	6 800	170 000	0,02%
278	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сурфактант независимо от теглото	4 356	2 622 312	0,25%

Национална здравноосигурителна каса

51	Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	4 200	20 781 600	1,94%
174	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох с голям и много голям обем и сложност	3 745	1 733 935	0,16%
43	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация	3 600	154 800	0,01%
268	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	3 501	2 268 648	0,21%
210	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	3 223	899 217	0,08%
211	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	3 223	164 373	0,02%
276	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност чрез механична вентилация, втора степен на тежест	3 146	1 761 760	0,16%
49	Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	3 073	29 445 486	2,76%
190	Оперативно лечение на абдоминалната аорта, долната празна вена и клоновете им	3 007	8 705 265	0,81%
281	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 % до 19 % от телесната повърхност с хирургични интервенции	3 001	6 422 140	0,60%
200	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	2 955	6 376 890	0,60%
45	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания	2 814	16 653 252	1,56%
41	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии	2 814	771 036	0,07%
42	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации	2 814	56 280	0,01%
50	Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с фибринолитик	2 750	1 529 000	0,14%
213	Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинален тумор или гръдна стена. Едноетапни операции при белодробни болести, засягащи двата лоба, или при болести със съчетана белодробн	2 750	511 500	0,05%
6	Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) с имуноглобулин на апаратна вентилация	2 684	13 420	0,00%
24	Миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация	2 673	29 403	0,00%
198	Тежка черепно-мозъчна травма—оперативно лечение	2 500	1 470 000	0,14%

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ОТЧЕТЕНИТЕ БРОЙ СЛУЧАИ ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ ЗА БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ (2010г. - 2011 г.)

В приложените справки към настоящия анализ за отчетени брой случаи и стойности на извършена дейност по КП -2011г. към 2010 г. (**Приложение БП, Таблица 29**) е показано изменението на ниво НЗОК.

Отчетените брой случаи по КП през 2010 г.е в размер на 1 697 979 лв., спрямо 1 710 820 лв., отчетени през 2011 г. Увеличението е 0.8 на сто.

Стойността на извършената дейност по КП през 2010 г. е в размер на 1 074 749 394 лв., стойност на дейността по КП през 2011 г. е в размер на 1 080 879 008 лв. Увеличението е 0.6 на сто.

При сравнението на отчетените случаи през 2011 година спрямо 2010 се установи, че 145 от общо 293 КП бележат увеличение на отчетените случаи през 2011 г. спрямо 2010 г. Останалите 143 КП бележат спад през 2011 г. спрямо същия периода на 2010 г. 3 КП запазват нивото си спрямо 2010 г. Съотношението на броя КП, бележещи увеличението на отчетените брой случаи през 2011 г. спрямо 2010 г. с тези, бележещи спад в отчитането за същия сравнителен период е приблизително равно – 145 спрямо 143.

От общо 145 КП, бележещи увеличението през 2011 г. спрямо 2010 г., за 19 от тях увеличението е над 50%.

Клиничните пътеки, които отчитат преизпълнение спрямо 2010 година с над 50 на сто са:

- Хирургични интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност – от 1 591 бр. случаи през 2010 година на 11 261 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 607,8 на сто;
- Консервативно лечение при остри коремни заболявания – от 1 559 бр. случаи през 2010 година на 10 431 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 569,1 на сто;
- Миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация– от 4 бр. случаи през 2010 година на 14 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 250,0 на сто;

- Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох със среден обем и сложност – от 187 бр. случаи през 2010 година на 614 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 228,3 на сто;
- Остър вирусен хепатит А и Е – от 2 448 бр. случаи през 2010 година на 6 128 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 150,3 на сто;
- Оперативно лечение на неоплазми на нос и околоносни кухини– от 165 бр. случаи през 2010 година на 338 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 135,2 на сто;
- Остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години– от 21 бр. случаи през 2010 година на 47 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 123,8 на сто;
- Хронични вирусни хепатити – от 1 265 бр. случаи през 2010 година на 2 448 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 93,5 на сто;
- Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на централна нервна система– от 228 бр. случаи през 2010 година на 428 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 87,7 на сто;
- Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания – от 1 830 бр. случаи през 2010 година на 3 377 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 84,5 на сто;
- Хирургично лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията – от 2 217 бр. случаи през 2010 година на 4 076 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 83,9 на сто;
- Системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години– от 140 бр. случаи през 2010 година на 238 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 70,0 на сто;
- Глухота—кохлеарна имплантация при лица под 18 години– от 22 бр. случаи през 2010 година на 37 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 68,2 на сто;
- Радикална простатектомия– от 216 бр. случаи през 2010 година на 350 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 62,0 на сто;
- Хронични диарии при лица под 18-годишна възраст – от 20 бр. случаи през 2010 година на 32 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 60,0 на сто;
- Метаболитни нарушения при лица под 18 години– от 810 бр. случаи през 2010 година на 1 291 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 59,4 на сто;

- Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан – от 397 бр. случаи през 2010 година на 628 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 58,2 на сто;
- Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност – от 1 490 бр. случаи през 2010 година на 2 323 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 55,9 на сто;
- Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената– от 132 бр. случаи през 2010 година на 203 бр. случаи през 2011 или увеличението е с 53,8 на сто;

Разглеждане на КП , с най-голям ръст в отчетените случаи:

1. Клинична пътека 134 „ Хирургични интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност “

През 2010 година дейност по тази клинична пътека са отчетели 30 изпълнители на болнична медицинска помощ, а през 2011 година – 66, т.е. с 33 повече. Също така цената на тази КП е увеличена от 88 лв. на 150 лв.

Голямо увеличение се дължи в промяна на алгоритъма на тази КП по НРД 2011 в сравнение с НРД 2010. По НРД 2010 в КП 134 „Очни лазерни и крио-операции“ има само процедури за лечение с лазер и криотерапия.

По НРД 2011 тази КП е разширена, като са включени допълнителни кодове на процедури и са прехвърляни кодове на процедури от други КП, така че да включва операции със среден обем и сложност съгласно медицински стандарт „Очни болести“ (съответно и заглавието е променено). По НРД 2011 тази КП се казва „Хирургични интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност“.

Допълнително включени процедури (спрямо варианта от НРД 2010г.):

*08.23 ЕКСЦИЗИЯ НА ГОЛЯМА ЛЕЗИЯ НА КЛЕПАЧ, ЧАСТИЧНА ДЕБЕЛИНА

*08.24 ЕКСЦИЗИИ НА ГОЛЕМИ ЛЕЗИИ НА КЛЕПАЧ, ЦЯЛА ДЕБЕЛИНА

*08.25 ДЕСТРУКЦИЯ НА ЛЕЗИИ НА КЛЕПАЧ

*08.41 ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ЕНТРОПИОН ИЛИ ЕКТРОПИОН С ТЕРМОКОАГУЛАЦИЯ

*08.42	ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ЕНТРОПИОН ИЛИ ЕКТРОПИОН С ШЕВ
*08.43	ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ЕКТРОПИОН ИЛИ ЕНТРОПИОН С РЕЗЕКЦИЯ НА РЪБОВЕТЕ
*08.52	БЛЕФАРОРАФИЯ
*08.71	РЕКОНСТРУКЦИЯ НА КЛЕПАЧ С РЪБА МУ, ЧАСТИЧНА ДЕБЕЛИНА
*08.72	ДРУГА РЕКОНСТРУКЦИЯ НА КЛЕПАЧ, ЧАСТИЧНА ДЕБЕЛИНА
*08.82	ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ЛАЦЕРАЦИИ ВКЛ. КЛЕПАЧНИЯ РЪБ, ЧАСТИЧНА ДЕБЕЛИНА
*08.83	ДРУГО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ЛАЦЕРАЦИИ НА КЛЕПАЧА, ЧАСТИЧНА ДЕБЕЛИНА
*08.84	ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ЛАЦЕРАЦИИ ВКЛ. КЛЕПАЧНИЯ РЪБ, ЦЯЛА ДЕБЕЛИНА
*08.85	ДРУГО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ЛАЦЕРАЦИИ НА КЛЕПАЧА, ЦЯЛА ДЕБЕЛИНА
*09.0	ИНЦИЗИЯ НА СЛЪЗНА ЖЛЕЗА
*09.43	СОНДИРАНЕ НА НАЗОЛАКРИМАЛЕН ДУКТУС
*09.44	ИНТУБАЦИЯ НА НАЗОЛАКРИМАЛЕН ДУКТУС
*09.51	ИНЦИЗИЯ НА ЛАКРИМАЛНО ОТВЪРСТИЕ
*09.52	ИНЦИЗИЯ НА ЛАКРИМАЛЕН КАНАЛИКУЛ
*09.59	ДРУГИ ИНЦИЗИИ НА ЛАКРИМАЛНИ ПЪТИЩА
*09.91	ОБЛИТЕРАЦИЯ НА ЛАКРИМАЛНО ОТВЪРСТИЕ
*10.0	ОТСТРАНЯВАНЕ НА ВРАСТНАЛО ЧУЖДО ТЯЛО ОТ КОНЮНКТИВА С ИНЦИЗИЯ
*10.31	ЕКСЦИЗИЯ НА ТЪКАН ИЛИ ЛЕЗИЯ НА КОНЮНКТИВА
*10.32	ДЕСТРУКЦИЯ НА ЛЕЗИЯ НА КОНЮНКТИВА
*11.0	МАГНИТНО ОТСТРАНЯВАНЕ НА ВРАСТНАЛО ЧУЖДО ТЯЛО ОТ КОРНЕЯ
*11.31	ТРАНСПОЗИЦИЯ НА ПТЕРИГИУМ
*11.39	ДРУГИ ЕКСЦИЗИИ НА ПТЕРИГИУМ
*12.91	ТЕРАПЕВТИЧНА ЕВАКУАЦИЯ НА ПРЕДНА КАМЕРА
*12.92	ИНЖЕКЦИЯ В ПРЕДНА КАМЕРА

*14.79 ДРУГА ОПЕРАЦИЯ НА СТЬКЛОВИДНОТО ТЯЛО – ТОЗИ КОД Е ПРЕХВЪРЛЕН ТУК ОТ КП № 140.

На всички тези промени, които са увеличили обхвата на КП 134 и възможността да отчитат по нея дейност на двойно повече ЛЗ през 2011 година в сравнение с 2010, са довели до голямо увеличение на отчетените случаи по нея през 2011 година.

2.Клинична пътека 183 „Консервативно лечение при остри коремни заболявания“

” Цената на тази КП е намалена от 867 лв. на 714 лв. съгласно НРД 2011.

Увеличението на отчетените случаи по тази клинична пътека през 2011 година спрямо 2010 година се дължи на промяна в алгоритъма ѝ. По НРД 2011 към тази клинична пътека са добавени допълнителни кодове на болести по МКБ-10, а именно: K56.0 - Паралитичен илеус, K56.4 - Друг вид запушване на червата, K56.5 - Чревни сраствания (бридове) с непроходимост, K56.6 - Друга и неуточнена чревна непроходимост, K65.0 - Остър перитонит, а също така S36.40 - Травма на тънко черво– без открита рана в корема, S36.50 - Травма на дебело черво– без открита рана в корема, S36.60 - Травма на право черво– без открита рана в корема, което е разширило обхвата ѝ и позволило да бъдат отчетени повече случаи в сравнение с предходната година.

3.Клинична пътека 24 „Миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация“.

Процентно увеличаване на отчетените случаи през 2011 г. спрямо 2010 г. е 250.0 на сто. В натурални показатели увеличението е незначително – от 4 бр.случаи през 2010 г. на 14 бр. случаи през 2011 г. няма промени в цената на тази КП по НРД 2010 и 2011.

4.Клинична пътека 175 „Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох със среден обем и сложност”

Увеличението на отчетените случаи по тази клинична пътека през 2011 година спрямо 2010 година също се дължи на промяна в алгоритъма ѝ. По НРД 2011 към тази клинична пътека са добавени допълнително 8 кода на основни процедури по МКБ-9КМ. Цената на КП е увеличена от 1 234 лв. по НРД 2010 на 1 720 лв. по НРД 2011.

5.Клинична пътека 230 „Остър вирусен хепатит А и Е“.

През 2010 година дейност по тази клинична пътека са отчетели 38 изпълнители на болнична медицинска помощ, а през 2011 година – 42. В алгоритъма на тази клинична пътека по НРД 2011 се допуска, че дейност по тази КП могат да отчетат не само инфекциозни клиници с 3 ниво на компетентност, но и с 2 ниво на компетентност само при болни в кома, които не могат да се транспортират. Най-голямо увеличение на отчетените случаи по тази клинична пътека е на МБАЛ Пазарджик от 18 през 2010 година на 267 през 2011 година, на УМБАЛ д-р Г. Странски ПЛЕВЕН ЕАД от 19 през 2010 година на 248 през 2011 година, на УМБАЛ СВ. ГЕОРГИ -ПЛОВДИВ ЕАД от 181 през 2010 година на 1094 през 2011 година, на МБАЛ - Хасково АД от 190 през 2010 година на 906 през 2011 година. Има незначително увеличение на цената на тази КП по НРД 2011 спрямо НРД 2010.

6.Клинична пътека № 7 „Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми“

- ръст 175% през 2011г., спрямо 2010г. (2010год. – 29 912 случая, 2011 г. – 52 525 случая), а за първото тримесечие на 2012г. са отчетени 3 961 случая повече от същото тримесечие на 2011г. Това се дължи от една страна на факта, че с Указание № 1/2011г. е допусната за сключване на договор с ЛЗ с I ниво на компетентност, освен това има промяна в алгоритъма – добавени **76 нови кодове на диагнози**, отделението за образна диагностика от задължително звено в ЛЗ през 2010г. е включено в звената по договор през 2011г.

7.Клинична пътека№ 184 „Животозастрашаващи инфекции на меките тъкани—хирургично лечение“

През 2010год. – 13 295 случая, 2011 г. – 18 177 случая, а за първото тримесечие на 2012г. са отчетени 1 381 случая повече от същото тримесечие на 2011г. Това вероятно се дължи на факта, че през 2011г., с Указание № 1 е направена следната промяна: „В условия на спешност се допуска отделение/клиника от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за персонал. Вместо изискване за разкрит ОАИЛ се допускат легла за интензивно лечение към съответните структури (отделение/клиника) в ЛЗБП.“

8. Клинична пътека № 244 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“

През 2010 год. – 48 265 случая, 2011 г. – 55 010 случая, а за първото тримесечие на 2012 г. са отчетени 2 590 случая повече от същото тримесечие на 2011 г. Има промяна в алгоритъма – включени нови 76 кодове на диагнози, което разширява значително индикациите за хоспитализация и обхвата на КП. През 2012 г. са добавени още 46 нови кодове на диагнози и забележката: „При пациенти, лекувани по тази клинична пътека, се заплаща повторна хоспитализация в рамките на същата година само в случай на травма или оперативна интервенция на опорно-двигателния апарат, изискващи рехабилитация.“, която дава възможност, поради непрецизирана характеристика на травмата и оперативната интервенция да се увеличи броят на повторните хоспитализации.

9. Клинична пътека № 26 се увеличават случаите от 16 937 през 2010 г. на 21 766 през 2011 г., въпреки че са извадени хирурзите като изпълнители.

Вероятно се дължи на факта, че тази пътека е допусната за договор за ЛЗ с I ниво на компетентност, където не се изисква ОАИЛ/КАИЛ (повече договорни партньори) и е намален минималният болничен престой от 5 на 3 дни (повече оборот на леглата). За сравнение през 2010 г. се е изисквало отделение или клиника по анестезиология като задължителна структура в ЛЗ. Освен това случаите, отчетани през 2010 г. по КП № 27 сега се отчетат по КП 26 – това е заради чувствително намалената цена на КП 27 от 308 на 120 лв. Това се обективизира от намаления брой случаи по КП 27 през 2011 г. – от 9 123 през 2010 г. на 5 226 през 2011 г.

10. Клинична пътека № 61 „Остър и обострен хроничен пиелонефрит“ - през 2010 год. – 21 850 случая, 2011 г. – 28 953 случая, Добавена клиника по вътрешни болести като изпълнител на КП през 2011 г., допуска се сключване на договор от ЛЗ с I ниво на компетентност. През 2010 г. основни изпълнители са били нефролози, а през 2011 г. се допускат и лекари със специалност по вътрешни болести.

Много разширени и непрецизирани индикации за хоспитализация.

Национална здравноосигурителна каса

Сравнението на отчетените брой случаи по клинични пътеки през 2011 година, спрямо заложените обеми съгласно ПМС 304 на МС за 2011 година е показано в **(Приложение БП, Таблица 30)**.

Съгласно ПМС 304 на МС за 2011 година, заложените прогнозни обеми по КП са в размер на 1 673 378 броя. Прогнозна стойност на дейността по КП, изчислена на база заложените в ПМС 304 обеми по цени на КП съгласно НРД 2011 е в размер на 1 015 471 819 лв. Отчетените през 2011 г. случаи по КП са в размер на 1 710 820 бр. Увеличението спрямо общия прогнозния брой случаи е с 37 442 случая или 2.2 на сто.

Стойност на извършената дейност по КП през 2011 г. е в размер на 1 080 879 008 лв. Увеличението спрямо прогнозната стойност е в размер на 65 407 189 лв. или 6.4 на сто.

От общо 293 КП увеличението на отчетените случаи през 2011 г. спрямо прогнозните бележат 154 КП. 137 КП са с отрицателен ръст спрямо заложените в ПМС прогнозни стойности. 1 КП отчита прогнозния брой случаи.

123 от 154 КП, надвишили през 2011 г. заложените в ПМС 304 на МС прогнозните стойности са в число на КП, бележещи ръст и спрямо 2010 г.

Дейност с медицински изделия (импланти)

Отчетеният брой поставени медицински изделия (импланти) и стойността на извършената дейност за периода януари - декември 2011 година по лечебни заведения за болнична помощ е както следва: **(Приложение БП, Таблица 31 - 32)**

РЗОК	Рег. № ЛЗ	Наименование на ЛЗ	Стойност	Отчетен брой МИ
			58 408 550	40 705
Благоевград	0103211001	МБАЛ - Благоевград АД	625 200	526
Благоевград	0103211015	МБАЛ - ПУЛС АД	236 400	197
Благоевград	0140211003	МБАЛ Свети Врач ЕООД, гр. Сандански	688 920	573
Бургас	0204211001	МБАЛ - Бургас АД	92 922	83
Бургас	0204211027	МБАЛ Дева Мария	369 840	289
Бургас	0204212028	СБАЛК Кардио-Център Понтика ООД	1 147 812	812
Варна	0306211001	УМБАЛ СВ. МАРИНА -ВАРНА ЕАД	3 718 539	2 396
Варна	0306211002	МБАЛ Света Анна - Варна АД	304 380	245
Варна	0306212022	СБАЛК ПО КАРДИОЛОГИЯ ЕАД	1 419 000	1 190
Варна	0306212027	СБАЛ по кардиология КАРДИОЛАЙФ ООД	232 800	194
Варна	0306911012	ББАЛ - ВМА - Варна	211 140	155

Национална здравноосигурителна каса

РЗОК	Рег. № ЛЗ	Наименование на ЛЗ	Стойност	Отчетен брой МИ
В. Търново	0404211001	МОБАЛ Д-р Ст.Черкезов АД, Велико Търново	67 020	61
В. Търново	0404212016	СБАЛ по кардиология Велико Търново	1 053 600	892
Велико Търново	0406211002	МБАЛ Св. Иван Рилски - Г.Оряховица ЕООД	38 400	32
Враца	0610211001	МБАЛ - Христо Ботев АД, Враца	484 062	406
Враца	0610211019	Първа частна МБАЛ - Враца ЕООД	84 780	74
Габрово	0705211001	МБАЛ - Д-р Тота Венкова АД, Габрово	472 610	414
Габрово	0729211003	МБАЛ Д-р Ст.Христов ЕООД,гр. Севлиево	16 200	15
Габрово	0735211004	МБАЛ Д-р Теодоси Витанов ЕООД, гр. Трявна	189 540	117
Добрич	0828211001	МБАЛ - Добрич АД	37 800	35
Кърджали	0916211001	МБАЛ - д-р Атанас Дафовски АД, Кърджали	472 200	394
Кюстендил	1029211001	МБАЛ - д-р Никола Василиев АД, Кюстендил	1 100	2
Кюстендил	1048211009	МБАЛ Свети Иван Рилски - 2003 ООД	9 600	8
Ловеч	1118211001	МБАЛ-проф.д-р Параскев Стоянов АД, Ловеч	538 812	443
Монтана	1224211003	МБАЛ – Лом ЕООД	50 760	47
Монтана	1229211001	МБАЛ - д-р Ст.Илиев АД, Монтана	2 400	4
Пазарджик	1319211001	МБАЛ - Пазарджик АД	541 920	469
Пазарджик	1319211012	МБАЛ Хигия ООД	451 200	376
Плевен	1524211001	УМБАЛ д-р Г. Странски ПЛЕВЕН ЕАД	847 579	572
Плевен	1524211014	МБАЛ "Авис-Медика" ООД	122 580	79
Плевен	1524211017	„МБАЛ Св. Панталеймон – Плевен” ООД	164 700	115
Плевен	1524212015	СБАЛ по кардиология ЕАД	1 967 400	1 647
Пловдив	1622211001	УМБАЛ СВ. ГЕОРГИ -ПЛОВДИВ ЕАД	5 160 069	3 776
Пловдив	1622211002	МБАЛ - Пловдив АД	816 127	765
Пловдив	1622211003	МБАЛ Св. Мина – Пловдив ЕООД	1 800	3
Пловдив	1622211029	МБАЛ Каспела ЕООД Пловдив	365 040	257
Пловдив	1622211031	МБАЛ Медлайн Клиник ООД	1 080	1
Пловдив	1622211037	МБАЛ Здраве ООД - медицинска структура Пълмед Пловдив	1 795 800	1 502
Пловдив	1622211039	МБАЛ Св Каридад ЕАД	758 239	630
Пловдив	1622212034	СБАЛССЗ Свети Иван Рилски ЕООД	326 400	272
Разград	1726211001	МБАЛ Св.Иван Рилски - Разград АД	22 680	21
Русе	1827211001	МБАЛ - Русе АД	281 580	228
Русе	1827212015	СБАЛК " МЕДИКА-КОР " ЕАД	1 473 600	1 234
Силистра	1931211001	МБАЛ - Силистра АД	987	4
Сливен	2020211001	МБАЛ Д-р Иван Селимински - Сливен АД	71 280	57
Сливен	2020211016	МБАЛ Хаджи Димитър ООД	121 800	105
Смолян	2131211001	МБАЛ Д-р Братан Шукеров АД, Смолян	23 040	24
София град	2201211001	МБАЛ СВЕТА АННА АД	3 019 698	1 976
София град	2201211002	МБАЛ ЦАРИЦА ЙОАННА ЕАД	1 196 141	340
София град	2201211003	МБАЛСМ Н.И. ПИРОГОВ ЕАД	1 928 110	1 583
София град	2201211005	УНМБАЛ СВЕТА ЕКАТЕРИНА ЕАД	5 039 552	2 719
София град	2201211033	Втора МБАЛ – София ЕООД	390 063	335
София град	2201211055	МБАЛ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕАД	417 841	372

Анализ за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2011 година

Национална здравноосигурителна каса

РЗОК	Рег. № ЛЗ	Наименование на ЛЗ	Стойност	Отчетен брой МИ
София град	2201211063	МБАЛ Доверие АД	64 260	43
София град	2201211064	МБАЛ СВ. СОФИЯ ООД	189 000	130
София град	2201211067	МБАЛ "ТОКУДА" АД	5 440 517	3 102
София град	2201211078	МБАЛ Люлин ЕАД	70 200	41
София град	2201211080	МБАЛ Полимед ЕООД	316 980	223
София град	2201211082	МБАЛ СЕРДИКА ЕООД	48 060	37
София град	2201211083	МБАЛ - НКБ - ЕАД	4 511 657	2 756
София град	2201212010	СБАЛ по ортопедия -Г.БАНЯ ЕАД	1 226 134	840
София град	2201212077	СБАЛ Полимед ЕООД	21 060	12
София град	2201214019	СБАЛ на сърдечно съдови заболявания ЕАД	31 178	14
София град	2201911040	Болница Лозенец	999 615	624
София град	2201911041	Медицински институт - МВР	2 380	2
София град	2201911042	Военномедицинска академия	1 671 829	740
София област	2318211005	МБАЛ – Етрополе ЕООД	78 840	73
Стара Загора	2412211003	МБАЛ – Казанлък ЕООД	303 600	253
Стара Загора	2431211001	УМБАЛ - СТ. ЗАГОРА ЕАД	263 260	211
Стара Загора	2431211002	МБАЛ - проф.д-р Стоян Киркович АД,Стара Загора	732 881	464
Стара Загора	2431211026	МБАЛ Св.Иван Рилски ЕООД	269 567	155
Търговище	2535211001	МБАЛ - Търговище АД	164 700	115
Хасково	2609211002	МБАЛ Св. Екатерина –Димитровград ЕООД	136	1
Шумен	2730211001	МБАЛ - Шумен АД	54 240	50
Ямбол	2826211001	МБАЛ - Св.Панталеймон АД, Ямбол	100 513	97
Ямбол	2826212007	СБАЛК Ямбол ЕАД	1 975 800	1 656

При сравнителен анализ на дейността се очертава тенденция с увеличаване на разходи по този вид дейност в болнична медицинска помощ спрямо 2010 година с близо 4 001 хил.лева или с 7,4 на сто и с 2 140 поставени медицински изделия в повече или увеличението на този показател е с 5,5 на сто. Най-голямо увеличение на дейността спрямо 2010 година отчитат следните РЗОК: РЗОК Бургас, РЗОК Враца, РЗОК Силистра, РЗОК Шумен и РЗОК Смолян с над 100,0 на сто. Две нови РЗОК са отчетели дейност с медицински изделия през 2011 година спрямо 2010 година – РЗОК Добрич и РЗОК Кюстендил.

На ниво лечебни заведения най-голямо увеличение на усвоените средства по дейност с импланти през 2011 година спрямо 2010 бележат следните лечебни заведения за болнична помощ: МБАЛ - Бургас АД – гр. Бургас, МБАЛ Каспела ЕООД Пловдив– гр. Пловдив, МБАЛ Св.Иван Рилски ЕООД - гр.Стара Загора, Специализирана болница за активно лечение по кардиология Варна ЕАД – гр. Варана, МБАЛ Д-р Тота Венкова АД – гр. Габрово, МБАЛ Лайф Хоспитал ЕООД – гр. Бургас и други.

През извършената през 2011 година дейност най-голям брой медицински изделия са отчетени в РЗОК София-град – 15 889 броя или 39,0 на сто от всички отчетени през 2011

Национална здравноосигурителна каса

година медицински изделия , РЗОК Пловдив – 7 206 броя или 17,7 на сто и РЗОК Варна – 4 180 броя или 10,3 на сто. Най-малък брой са отчетени в РЗОК Хасково – 1 брой, РЗОК Силистра – 4 броя и РЗОК Кюстендил – 10 броя.

Най-много средства за медицински изделия са изразходвани в София-град – 26 584 хил. лв. или 45,5 на сто; РЗОК Пловдив – 9 225 хил. лв. или 15,8 на сто и РЗОК Варна – 5 886 хил. лв. или 10,1 на сто.

Структурата на отчетените медицински изделия за 2011 година е следната:

Код	Наименование на медицинско изделие	Отчетен брой	Процент на медицински изделия по видове
Всичко:		40 705	
1	сърдечна клапна протеза	2 748	6,8%
2	съдова протеза за гръдна аорта съдови протези за коремна аорта и дистални	237	0,6%
3	съдове	1 787	4,4%
4	Стент	25 882	63,6%
5	ставна протеза за тазобедрена става	5 582	13,7%
6	ставна протеза за колянна става	1 228	3,0%
7	кохлеарен протезен апарат	37	0,1%
8	постоянен кардиостимулатор	2 981	7,3%
9	временен кардиостимулатор	223	0,5%

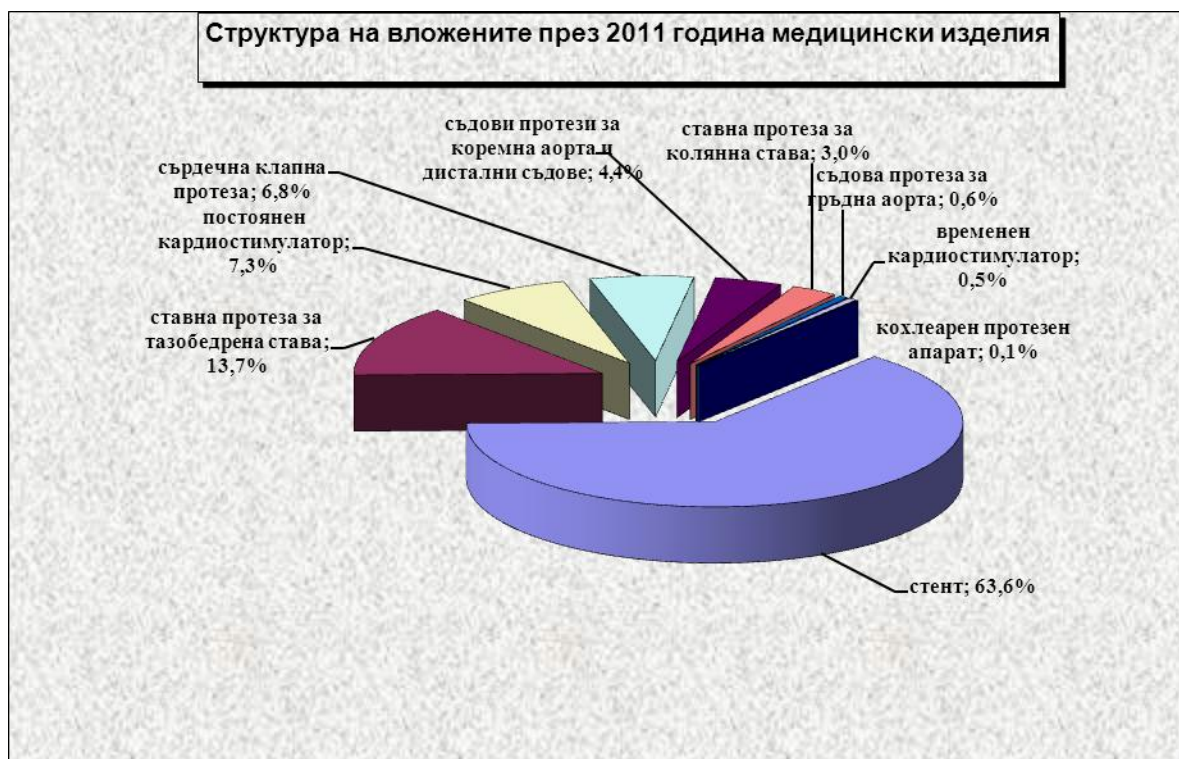
През 2011 година дейност с медицински изделия са отчетели 76 лечебни заведения за болнична медицинска помощ спрямо 67 през 2010 година или с 9 лечебни заведения повече, от които 4 са нови договорни партньори.

На ниво лечебни заведения най-много средства по този вид дейност са отчетени на МБАЛ ТОКУДА БОЛНИЦА СОФИЯ АД – 5 441 хил.лева или 9,3 на сто от общо отчетената дейност. Следват УМБАЛ СВ. ГЕОРГИ -ПЛОВДИВ ЕАД – 5 160 хил.лева или 8,8 на сто; УНМБАЛ СВЕТА ЕКАТЕРИНА ЕАД – 5 040 хил.лева или 8,6 на сто и МБАЛ - НКБ - ЕАД – 4 512 хил.лева или 7,7 на сто.

Лечебни заведения, които са започнали да отчитат този вид дейност през 2011 година, са: СБАЛК Кардио-Център Понтика ООД – гр.Бургас - 1 148 хил.лева или 2,0 на сто спрямо всички изплатени за тази дейност средства. Следват МБАЛ Св Каридад ЕАД – гр.Пловдив – 758 хил.лева или 1,3 на сто; СБАЛ по кардиология КАРДИОЛАЙФ ООД – гр.Варна – 233 хил.лева или 0,4 на сто; МБАЛ Люлин ЕАД – гр.София – 70 хил. лева или 0,1 на сто; МБАЛ - Добрич АД – 38 хил. лева или 0,1 на сто и други.

На ниво видове медицински изделия най-много са поставени стентове – 25 882 броя или 63,6 на сто от всички медицински изделия. Следват ставна протеза за тазобедрена става 5 582 броя или 13,7 на сто и постоянен кардиостимулатор – 2 981 броя или 7,3 на сто.

Структурата на вложените импланти е показана на графика:



Високоспециализирани дейности

Стойността на *високоспециализираните дейности* на ЛЗ за болнична помощ и ЛЗ за СИМП с разкрити легла извършени през периода на дейност януари – декември 2011 година възлиза на 900 хил. лв., а отчетеният брой дейности е 17 100. (**Приложения БП, Таблици 33-34**).

Най-голям брой ВСД са отчетени в РЗОК София град – 45,6 на сто или 7 795 броя, следвана от РЗОК Пловдив – 22,3 на сто или 3 814 броя и РЗОК Добрич – 6,4 на сто или 1 102 броя. С под 0,5 на сто от отчетените дейности се отчита РЗОК Пазарджик.

Най-много средства за ВСД са изразходвани в РЗОК София град – 55,7 на сто или – 501 хил. лв., РЗОК Пловдив – 19,7 на сто или 177 хил. лв. и РЗОК Стара Загора – 7,2 на сто или – 65 хил. лева. С под 0,5 на сто от изплатените средства са РЗОК идентични на посочените в текста за отчетен брой дейности.

В структурата по видове изследвания най-голям относителен дял заемат „Костна сцинтиграфия” – 48,4 на сто или 8 282 броя, „Сцинтиграфия на щитовидна жлеза” – 13,6 на сто или 2 323 броя и „Надпрагова аудиометрия - тимпанометрия и импедансметрия” – 10,9 на сто или 1 870 броя. Тенденциите спрямо 2010 година се запазват.

За периода няма отчетени ВСД за „Трансторакална иглена биопсия на интраторакални процеси под рентгенов или ехографски контрол” и „Напасване на протеза на горен или долен крайник”.

От анализа по лечебните заведения се установи, че от сключените договори за извършване на високоспециализирани дейности с 38 изпълнители, 5 ЛЗ формират над 50 на сто от разхода за ВСД за годината, като най-много средства са изплатени на: СБАЛОЗ-ЕООД София град - 19,8 на сто или 178 хил лева, УМБАЛ СВ. ГЕОРГИ ЕАД - ПЛОВДИВ – 16,4 на сто или 147 хил. лв., СБАЛ по онкология ЕАД – 10,1 на сто или 91 хил. лв., МБАЛ АЛЕКСАНДРОВСКА ЕАД– 8,7 на сто или 78 хил. лв. и МБАЛ СВ. ИВАН РИЛСКИ ЕАД – 8,5 на сто или 77 хил.лева. (**Приложения БП, Таблици 33 до 36**).

В сравнение с 2010 година се наблюдава тенденция в посока увеличение на ВСД с 144 хил.лв. или 19,1 на сто, както и намаление на броя договори с изпълнители за тази дейност от 54 през 2010 година на 38 през 2011 година.

Акушерска помощ за всички здравнонеосигурени жени

Изплатените средства за акушерска помощ за всички здравнонеосигурени жени през 2011 година са в размер на 3 333 хил. лева. Увеличението по този показател спрямо 2010 година е с 443 хил.лв. или 15,3 на сто.

Най-много средства по този показател са отчетени от РЗОК София град – 8,2 на сто от всички изплатени средства по този показател или 272 хил. лева, РЗОК Пловдив – 7,7 на сто или 256 хил. лева, РЗОК Бургас – 7,6 на сто или 255 хил. лева и РЗОК Стара Загора – 6,7 на сто или 223 хил. лева.

Контролна дейност в болничната медицинска помощ

Следва да се отбележи и ролята на контролната дейност с цел оптимизиране разходите в болничната медицинска помощ през 2011 година. На ниво **предварителен контрол** от средствата за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ са отпаднали 8 950 хил. лева, както следва:

Национална здравноосигурителна каса

Причини	Стойност в хил.лв.
Дейност, оказана на ЗЗОЛ с прекъснати права или нефигуриращи в регистрите	373
Дублирана дейност	1161
Липсващ реквизит в документацията/неправилно попълнени документи	344
Дейността е извършена/назначена, когато лицето е хоспитализирано	58
Дейността не е извършена в целия предвиден обем	787
Дейността е извършена извън предвидения график	224
Други	6003
Общо:	8 950

На ниво **последващ контрол** тези средства са в размер на 2 690 хил.лева:

Причини	Стойност в хил.лв.
Дейност, оказана на ЗЗОЛ с прекъснати права или нефигуриращи в регистрите	6
Дублирана дейност	485
Липсващ реквизит в документацията/неправилно попълнени документи	805
Дейността е извършена/назначена, когато лицето е хоспитализирано	8
Дейността не е извършена в целия предвиден обем	571
Дейността е извършена извън предвидения график	0
Други	815
Общо:	2 690

През 2011 година се наблюдава увеличение в реализираните приходи от контролна дейност в болничната помощ спрямо 2010 година, в по-голяма степен от предварителен и в по-малка степен от последващ контрол, което води до извода, че е наложително да се подобри качеството на последващия контрол с цел оптимизиране на разходите за болнична медицинска помощ.

ИЗВОДИ:

- НЗОК разходва определен със Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за съответната година бюджет за болнична медицинска помощ. Увеличаващите се здравни потребности на населението се конфронтират с лимитираните средства за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ, което изправя системата пред остър социален проблем.
- Финансирането по клинични пътеки изисква ясна методология, която да отчита разходите на лечебните заведения, без да ги стимулира да увеличават хоспитализациите и съответно – разходите за болнична помощ, което от своя страна ще доведе до по-адекватно разпределение на ресурса за болнична помощ.
- Предвид факта, че средствата, заплащани от НЗОК, са ограничени, лечебните заведения следва да намерят съответните механизми, гарантиращи правата на

пациентите, и защитаващи самите лечебни заведения, работещи в условия на административна регулация на дейностите.

1.8. Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ

Средствата, определени със ЗБНЗОК за 2011 година, по този параграф са в размер на 120 000 хил. лева. От тях 100 000 хил. лева, за неразплатени задължения за предходна година, бяха прехвърлени към здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ и за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

След извършване на вътрешно-компенсираните промени, годишният план е в размер на 15 254 хил. лева. През 2011 година по параграфа са отчетени изплатените средства за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО и за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност.

1.8.1. Доплащане на потребителска такса по реда на чл. 37, ал. 5 от ЗЗО

През 2011 година от параграфа „Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ“ на изпълнителите на извънболнична помощ са изплатени сумите, дължими за последното тримесечие на 2010 година съгласно Наредба № 6 от 19.06.2008 г. за реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване, в размер на 3 331 хил. лева.

1.8.2. Медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (ПКСС)

Здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (ПКСС) са следствие на членството на Република България в Европейската общност и ангажиментите на НЗОК като компетентна институция по прилагането на Европейските регламенти в областта на социалната сигурност. Средствата по ПКСС са за заплащане на:

- Медицинска помощ от пакета на НЗОК, съгласно чл. 45 от ЗЗО, оказана на територията на Република България от договорни партньори на НЗОК за осигурени лица от други държави-членки на ЕС и ЕИП и държави по двустранни спогодби. Плащанията подлежат на възстановяване от съответните държави, компетентни за

осигуряването на лицата, с изкл. на Хърватска и Сърбия – съгласно двустранните спогодби.

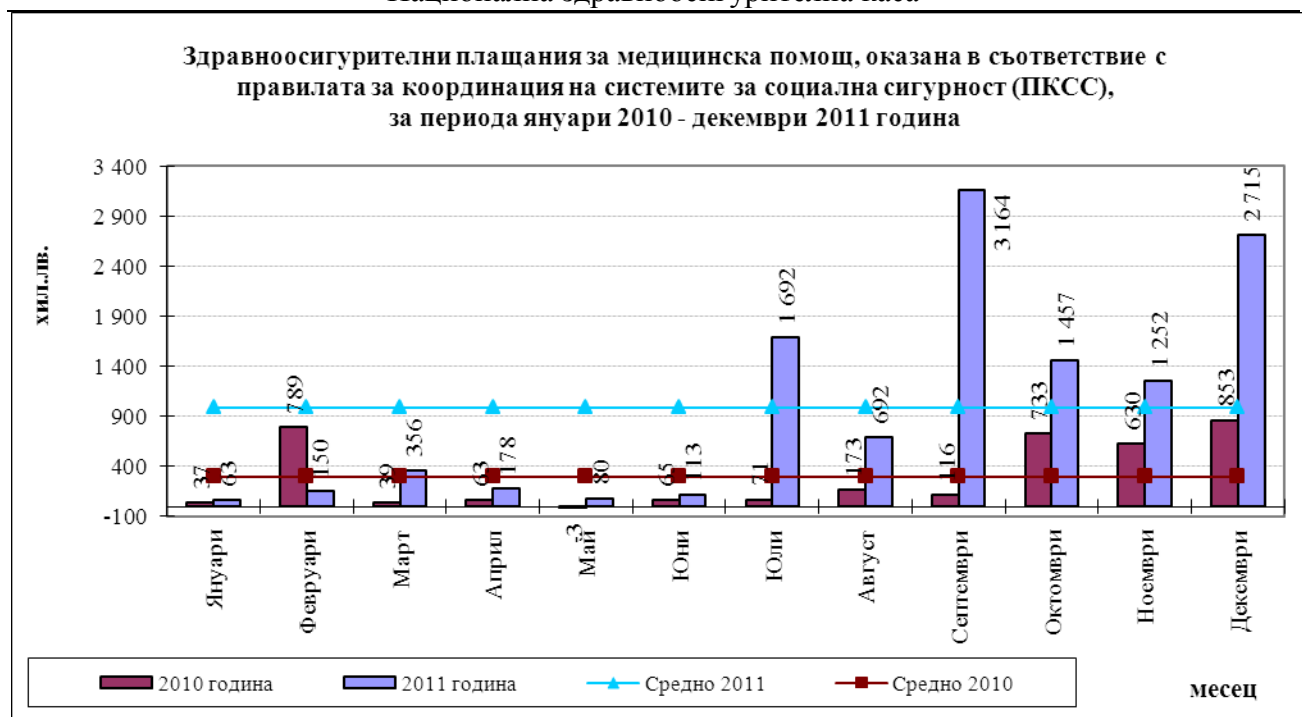
- Възстановяване на разходи по искове на други държави-членки на ЕС и ЕИП и държави по двустранни спогодби за получени на тяхна територия обезщетения в натура от ЗЗОЛ, представили издадени от НЗОК удостоверителни документи за здравноосигурителни права, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност.
- Възстановяване на разходи на ЗЗОЛ на НЗОК за заплатена от тях спешна и неотложна медицинска помощ при престой в друга държава-членка на ЕС и ЕИП.

През бюджетната 2011 година за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност са изразходвани 11 912 хил. лева от предвидените със Закона на бюджета на НЗОК за 2011 година 20 000 хил. лева или 99,5 на сто от годишния план (11 966 хил. лева), от тях 43 хил. лева са отчетени като трансфери между бюджетни сметки съгласно Указания на Министерство на финансите ДР № 1 от 07.01.2011 г.

Средствата, изразходвани по ПКСС представляват 0,54 на сто от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания през отчетния период.

Разходът по параграфа през отчетната 2011 година е с 8 346 хил. лева или с 234 на сто повече от изплатените през 2010 година средства. Средномесечният разход за 2011 година възлиза на 993 хил. лева, което е със 695 хил. лева повече от средномесечния разход по параграфа през 2010 година. *(Приложение ПКСС, Таблица 1)*

Национална здравноосигурителна каса

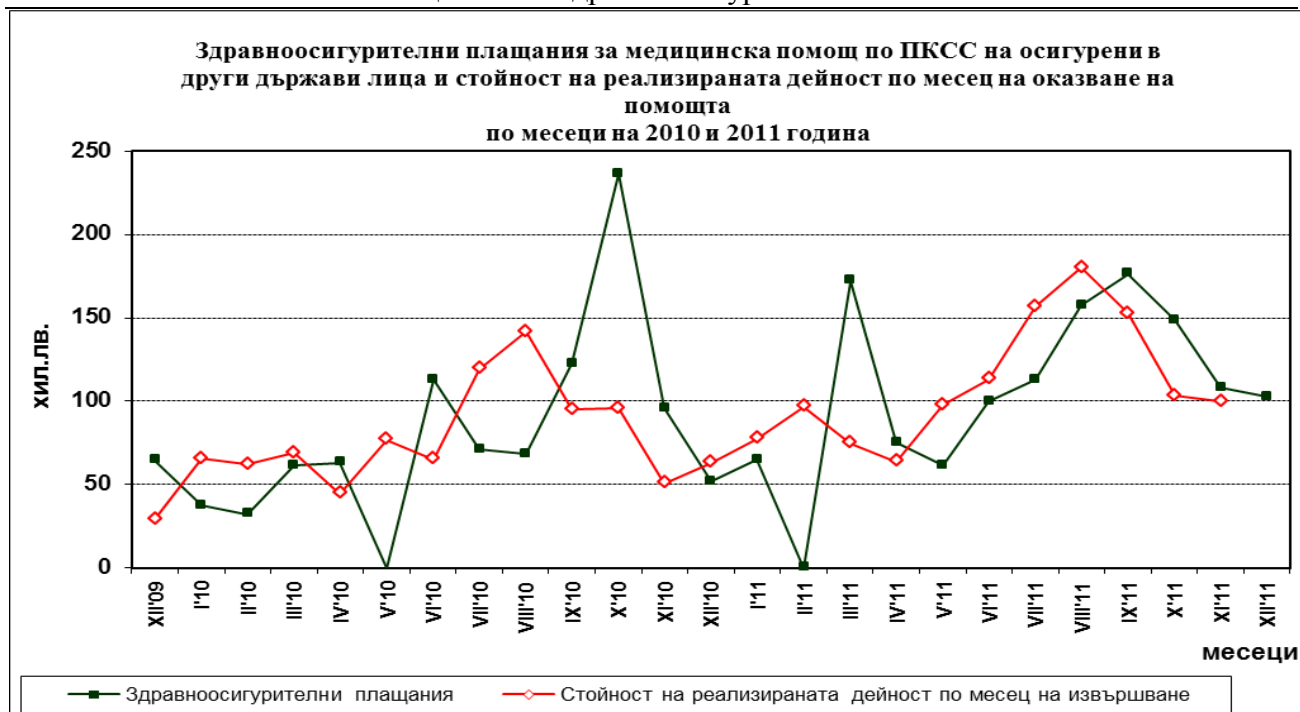


Общата сума на здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, през 2011 година са в размер на 12 288 хил. лева. Постъпленията от възстановени разходи за медицинска помощ, оказана на осигурени лица от други държави-членки, са в размер на 376 хил. лева. (Приложение ПКСС, Таблица 2)

Медицинска помощ, оказана на територията на Република България от договорни партньори на НЗОК за осигурени в други държави лица

От средствата, изразходвани по ПКСС през 2011 година, 1 279 хил. лева или 11 на сто са усвоени за заплащане на медицинска помощ и лекарства за лица, осигурени от други държави, оказана на територията на Република България от договорни партньори на НЗОК през периода декември 2010 година – ноември 2011 година. Разходът през отчетната 2011 година е с 327 хил. лева или с 34 на сто повече от този през 2010 година. Графиката илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход през периода януари 2010 – декември 2011 година съпоставен със стойността на разхода, отнесена към периода, през който е реализирана заплатената дейност. (Приложение ПКСС, Таблица 3)

Национална здравноосигурителна каса



Здравноосигурителните плащания на НЗОК по двустранни спогодби през 2011 година представляват 4 хил. лева или 0,03 на сто от разходите по параграфа и 0,3 на сто от здравноосигурителните плащания за медицинска помощ за осигурени в други държави лица. Основната част от този разход – 3,7 хил. лева или 91 на сто, е по двустранната спогодба с Република Македония. Останалата част от 0,4 хил. лева е по Конвенцията по социалното осигуряване между Народна Република България и Федеративна Народна Република Югославия, на която Република Сърбия се явява правопреемник. (Приложение ПКСС, Таблици 4,5)

В ролята си на институция по място на оказване на помощта, през 2011 година НЗОК е заплатила за медицинска помощ на осигурени лица от 27 от другите държави-членки на ЕС и ЕИП. Здравноосигурителните плащания на НЗОК за медицинска помощ на територията на България на осигурени в другите държави-членки лица през 2011 година представляват 1 274 хил. лева или 10,7 на сто от разходите по параграфа и 99,7 на сто от здравноосигурителните плащания за медицинска помощ за осигурени в други държави лица. В абсолютна стойност разходът е нараснал с 323 хил. лева или с 34 на сто спрямо 2010 година. (Приложение ПКСС, Таблици 5,6)

През годината няма заплатена медицинска помощ за лица, осигурени в следните държави – Лихтенщайн, Исландия и Латвия. (Приложение ПКСС, Таблици 4, 5)

Най-висок е разходът за лица, осигурени във Великобритания – 382 хил. лева или 29,9 на сто от здравноосигурителните плащания за медицинска помощ на осигурени в друга държава лица, в Германия – 223 хил. лева или 17,4 на сто, в Гърция – 135 хил. лева или 10,6 на сто, в Италия – 120 хил. лева или 9,4 на сто. И през 2010 година разходите за медицинска помощ за лица, осигурени в тези четири държави, са формирали над 66 на сто от разхода. *(Приложение ПКСС, Таблица 5)*

Осигурените лица от други държави-членки на ЕС и ЕИП ползват медицинска помощ от пакета на НЗОК, съобразно издадения им удостоверителен документ:

- Удостоверителни документи, даващи право на спешна и неотложна медицинска помощ при престой в държава, различна от държавата на осигуряване – Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) и Удостоверение, временно заместващо ЕЗОК (УВЗ ЕЗОК).
- Удостоверителни документи за право на планова медицинска помощ (E112 и S2).
- Удостоверителни документи за право на ползване на целия пакет медицинска помощ на обществената система в страната по местоживеене – Е-формуляри за регистриране към НЗОК на осигурени лица от друга държава-членка – за активни лица (наети, самостоятелно заети и членовете на техните семейства, живеещи с тях - E106, E123 и S1).
- Удостоверителни документи за право на ползване на целия пакет медицинска помощ на обществената система в страната по местоживеене – Е-формуляри за регистриране към НЗОК на осигурени лица от друга държава-членка – за неактивни лица (пенсионери, членовете на техните семейства и членовете на семействата на активни лица, живеещи в държава, различна от тази на активното лице - E109, E120, E121 и S1).

Здравноосигурителните плащания по ПКСС през 2011 година на основание на удостоверителни документи, даващи право необходимата медицинска помощ в случай на престой, възлизат на 988 хил. лева или 77,5 на сто от плащанията за медицинска помощ за лица, осигурени в други държави. Спрямо 2010 година тези плащания са нараснали с 209 хил. лева или с 26,8 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблицы 5, 6, 7, 8)*

Здравноосигурителните плащания по ПКСС през 2011 година на основание на удостоверителни документи, даващи право на планова медицинска помощ, възлизат на 2 хил. лева или 0,1 на сто от плащанията за медицинска помощ за лица, осигурени в други

държави. Спрямо 2010 година тези плащания са нараснали с 1 хил. лева или с 262,9 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблици 6,7)*

Здравноосигурителните плащания по ПКСС през 2011 година на основание на удостоверителни документи, даващи право на ползване на целия пакет медицинска помощ, възлизат на 285 хил. лева или 19,7 на сто от плащанията за медицинска помощ за лица, осигурени в други държави. Спрямо 2010 година тези плащания са нараснали с 113 хил. лева или с 66 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблици 6,7)*

През 2011 година здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана на територията на България на осигурени в други държави лица, са извършвани във всички РЗОК, но основният разход е концентриран в РЗОК София-град – 309 хил. лева или 24,2 на сто от разхода, РЗОК Варна – 177 хил. лева или 13,8 на сто, РЗОК Пловдив – 153 хил. лева или 12 на сто, РЗОК Бургас – 131 хил. лева или 10,3 на сто. И през 2010 година тези четири РЗОК са извършили основния дял от тези разходи – над 58 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблици 7, 8, 9, 10)*

През периода по видове медицинска помощ от пакета на НЗОК, съгласно чл.45 от ЗЗО, здравноосигурителните плащания за осигурени в други държави лица са насочени главно към болнична медицинска помощ – 1 176 хил. лева или 92 на сто, следвана от лекарствените средства за домашно лечение – 74 хил. лева или 5,8 на сто. Здравноосигурителните плащания за извънболнична медицинска и дентална помощ представляват 29 хил. лева или 2,2 на сто от този разход. При всички видове медицинска помощ се отчита увеличение спрямо 2010 година. В абсолютна стойност най-висок е ръстът за разходите за болнична помощ – 282 хил. лева и лекарства – 29 хил. лева. Най-висок относителен ръст отчита разходът за медико-диагностична помощ - 88 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблици 9, 10, 11, 12)*

Възстановяване на разходи на НЗОК от други държави за получена медицинска помощ на територията на България от техни осигурени лица

От пратените през 2008, 2009 и 2010 години искове към други държави, към 01.01.2011 година 22 държави дължат възстановяване, като общата дължима сума възлиза на 885 хил. лева. С най-голяма обща стойност са дължимите суми на Великобритания – 189 хил. лева или 21,4 на сто от общата стойност на неприключените искове; Италия –

160 хил. лева или 18,1 на сто; Гърция – 146 хил. лева или 16,5 на сто и Германия – 132 хил. лева или 14,9 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 13)*

През 2011 година НЗОК е изплатила искове за възстановяване по реда на чл. 62 от Регламент (ЕО) № 987/2009 (възстановяване на действително извършени разходи) към 28 държави на обща стойност 788 хил. лева за заплатена през 2010 и 2011 години от НЗОК медицинска помощ, получена през периода 01.04.2010 - 31.12.2010 година от общо 1348 осигурени в тези държави лица. С най-голяма обща стойност са исковете към Великобритания – за 243 хил. лева или 30,8 на сто от общата стойност на изпратените искове; Германия – за 112 хил. лева или 14,2 на сто; Италия – за 82 хил. лева или 10,3 на сто; Гърция – за 70 хил. лева или 8,9 на сто и Испания – за 49 хил. лева или 9,3 на сто. Исковете към тези 5 държави са формирали над 70 на сто от общата стойност на исковете и през предходните години. *(Приложение ПКСС, Таблица 13)*

До края на 2011 година са постъпили възстановявания от 18 държави в размер на 376 хил. лева, които представляват 22,5 на сто от общата сума по дължимите през годината искове. От възстановените суми най-голям е размерът на плащанията от Великобритания – 186 хил. лева или 49,5 на сто от постъпленията и от Германия – 109 хил. лева или 29,1 на сто от постъпленията. Платените от Великобритания суми възстановяват 98,5 на сто, а тези от Германия – 82,9 на сто от дължимите суми по исковете към тях, пратени преди 01.01.2011 година. *(Приложение ПКСС, Таблица 13)*

От държавите-платци, Дания, Естония, Литва и Финландия са възстановили напълно дължимите суми и по исковете, изпратени през 2011 година. *(Приложение ПКСС, Таблица 13)*

През годината НЗОК е върнала сумата от 97 лева, с която паричния превод от Норвегия от 2010 година надхвърля дължимата по нашия иск сума.

Общата сума на постъпленията е в размер на 376 хил. лева, което представлява възстановяване на 3,1 на сто от здравноосигурителните плащания на НЗОК за медицинска помощ съгласно правилата за координация на системите за социално сигурност през годината. Спрямо 2010 година сумата на постъпленията от възстановени суми от други държави е нараснала със 189 хил. лева или със 101,2 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 13)*

Общата сума на дължимите суми към България от другите държави към 31.12.2011 година възлиза на 1 297 хил. лева. Най-голяма е дължимата сума на Великобритания – 246 хил. лева или 18,9 на сто от общата дължима сума; Италия – 242 хил. лева или 18,6 на сто

от общата дължима сума; Гърция – 216 хил. лева или 16,6 на сто; Германия – 135 хил. лева или 10,4 на сто и Испания – 123 хил. лева или 9,5 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 13)*

Общата сума към 31.12.2011 година на дължимите суми към България от другите държави е нараснала с 46,5 на сто спрямо тази към 31.12.2010 година. В абсолютна сума най-висок е ръстът на дължимите суми на Италия – с 82 хил. лева или с 50,9 на сто; Гърция – с 70 хил. лева или с 47,7 на сто; Великобритания – с 56 хил. лева или с 29,8 на сто; Испания – с 49 хил. лева или с 65,9 на сто и Холандия – с 40 хил. лева или с 250,1 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 13)*

Възстановяване на разходи по искове на други държави за получени на тяхна територия обезщетения в натура от ЗЗОЛ, осигурени в НЗОК

През 2011 година общият разход за заплащане по искове от другите държави възлиза на 10 839 хил. лева и представлява 91 на сто от разходите на НЗОК за здравноосигурителни плащания за медицинска помощ по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност, спрямо 75,3 на сто през 2010 година. Ръстът на разхода спрямо 2010 година е с 8 155 хил. лева или с 303,8 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 2)*

От постъпилите от другите държави искове, по реда за възстановяване на действително извършени разходи, към 01.01.2011 г. НЗОК дължи плащане на 28 държави по 229 иска, съдържащи 24 560 индивидуални справки за разходи – Е125, на обща стойност 37 822 хил. лева, за ползвани обезщетения в натура в тези държави от лица, осигурени в НЗОК. С най-голям общ обем (брой Е125) са исковете от Германия – 12 840 Е125 или 52,3 на сто от индивидуалните справки по неприключените искове и от Испания – 3 131 Е125 или 12,7 на сто. С най-голяма обща стойност са исковете от Германия – за 15 152 хил. лева или 40,1 на сто от общата стойност на неприключените искове и от Франция – за 8 252 хил. лева или 21,8 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 14)*

През 2011 година от 27 държави са постъпили нови 106 иска, съдържащи 26 370 Е125 на обща стойност 32 420 хил. лева. Спрямо постъпилите през 2010 година искове, обемът (брой Е125) е с 11 908 Е125 или с 82,3 на сто по-голям, а общата сума – с 12 412 хил. лева или с 62,0 на сто по-висока. С най-голям общ обем са исковете от Германия – 12 875 Е125 или 48,8 на сто от индивидуалните справки постъпили през 2011 година, от Испания – 4 789 Е125 или 18,2 на сто, от Австрия – 1 980 Е125 или 7,5 на сто, от Белгия – 1 547 Е125 или 5,9 на сто. С най-голяма обща стойност са исковете от Германия – за 15 014 хил. лева

или 46,3 на сто от общата стойност на исковете, Франция – за 2 901 хил. лева или 8,9 на сто, Белгия – за 2 855 хил. лева или 8,8 на сто, Испания – за 2 522 хил. лева или 7,8 на сто, Австрия – за 2 376 хил. лева или 7,3 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 14)*

През 2011 година за заплащане по искове от другите държави, по реда за възстановяване на действително извършени разходи, НЗОК е извършила здравноосигурителни плащания в размер на 9 766 хил. лева, което е със 7 084 хил. лева или с 263,9 на сто повече от тези плащания през 2010 година. Плащанията са извършени след обработка на исковете и проверки за пълнота и коректност на индивидуалните справки (E125), валидност на удостоверителния документ и недублиране на плащанията. В резултат на проверките са възстановени сумите по 7 090 индивидуални справки, а са отхвърлени 52 индивидуални справки за 93 хил. лева. От възстановените суми най-голям е размерът на плащанията към Германия – 4 354 хил. лева – 44,6 на сто от плащанията; към Франция – 1 542 хил. лева – 15,8 на сто от плащанията; Испания – 1 369 хил. лева – 14,0 на сто от плащанията. От отхвърлените суми най-голям е размерът за Италия – 44 хил. лева или 6,8 на сто от общата сума на заплатените искове и за Испания – 39 хил. лева или 2,6 на сто от сумата на исковете. *(Приложение ПКСС, Таблица 14)*

По платените от НЗОК искове най-висока е сумата за болнична помощ – 7 654 хил. лева или 78,4 на сто от разхода. Сумите за останалите видове обезщетения в натура са, както следва: за извънболнична медицинска помощ – 1 194 хил. лева или 12,2 на сто от разхода; за дентална помощ – 97 хил. лева или 1 на сто; за лекарства – 274 хил. лева или 2,8 на сто и за други обезщетения в натура – 550 хил. лева или 5,6 на сто. Тази тенденция е характерна и за разпределението на плащанията и през предходните години, както и по държави – над 50 на сто от сумите за заплатените обезщетения в натура за наши осигурени лица са за болнична помощ при почти всички държави. *(Приложение ПКСС, Таблицы 15,16)*

Изключение правят платените искове от Лихтенщайн и Великобритания, в които почти цялата сума (съответно 100 на сто и 95,5 на сто) е за извънболнична помощ; исковете от Холандия и Литва, при които основната част от сумата (съответно 62,3 на сто и 52,2 на сто) е за извънболнична помощ; исковете от Люксембург, при които 100 на сто от сумата е за други обезщетения в натура. Сумата за други обезщетения в натура формира голям процент от исковете и на Кипър – 39,8 на сто, Холандия – 37,7 на сто, Дания – 21,8 на сто; сумата за разходи за лекарства преобладава в исковете от Унгария и Литва – съответно 51,1 на сто и 47,8 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблицы 15, 16)*

Държавите, чиито платени искиове представляват изключение от общата тенденция на разпределение на разходите по видове обезщетения в натура, са тези, при които се отчита и най-висок процент на разходите, на основание формуляри за продължително пребиваване, както следва: в исковите от Холандия разходите за продължително пребиваващи активни лица представляват 100 на сто от общия разход, в исковите от Литва – 82,5 на сто, а в исковите от Унгария – 44 на сто. Продължително пребиваващите неактивни лица формират голям процент от разходите в исковите на Унгария – 55,8 на сто, Чехия – 28,2 на сто, Австрия – 12,3 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблици 17, 18)*

Като обща тенденция обаче, получените обезщетения в натура са основно по повод на спешни и неотложни състояния, възникнали по време на временен престой на лицата в другите държави – 91,9 на сто от заплатената сума е на основание на ЕЗОК или УВЗ ЕЗОК, издадени от НЗОК. Разходите на основание на формуляри за продължително пребиваване, освен в исковите на горепосочените държави, общо формират 4,7 на сто от разхода. През 2011 година са платени и разходите по три издадени от НЗОК разрешения за планово болнично лечение в Германия на стойност 312 хил. лева, едно разрешение за контролни изследвания в Германия на стойност 332 лева и едно разрешение за планово болнично лечение в Швеция на стойност 20 хил. лева. *(Приложение ПКСС, Таблици 17, 18)*

Към 31.12.2011 година общият брой на неприключените индивидуални справки по искиове от други държави за възстановяване по реда на действителни разходи представлява 43 788 Е125, на обща стойност 60 381 хил. лева. С най-голям обем индивидуални справки са исковите от Германия – 22 917 Е125 или 52,3 на сто от общия брой неприключени индивидуални справки и от Испания – 6 076 Е125 или 13,9 на сто. С най-голяма обща стойност са исковите от Германия – за 25 808 хил. лева или 42,7 на сто от общата сума и Франция 9 611 хил. лева или 19,9 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 14)*

Общата сума към 31.12.2011 година на дължимите суми от България към другите държави е нараснала с 22 557 хил. лева или с 59,6 на сто спрямо тази към 31.12.2010 година. В абсолютна сума най-висок е ръстът на дължимите суми към Германия – с 10 656 хил. лева или с 222 на сто; Белгия – с 2 847 хил. лева или със 151 на сто; Австрия – с 1 634 хил. лева или с 79 на сто; Холандия – с 1 617 хил. лева или с 119 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 14)*

От постъпилите от другите държави искиове, по реда за възстановяване на средномесечни разходи на техните системи, към 01.01.2011 година НЗОК дължи плащане на 9 държави за 433 неактивни лица, осигурени в НЗОК и пребивавали общо 2 997 месеца на

територията на тези държави през 2007 и 2008 година. Общата стойност на исковете е 1 508 хил. лева. С най-голям общ брой месеци на пребиваване са исковете от Испания – 869 месеца по 123 индивидуални справки за общо 391 хил. лева; от Германия – 721 месеца по 106 индивидуални справки за общо 437 хил. лева; от Австрия – 609 месеца по 79 индивидуални справки за общо 364 хил. лева. *(Приложение ПКСС, Таблица 19)*

През 2011 година от 15 държави са постъпили нови 45 иска, съдържащи 707 индивидуални справки за общо 5 518 месеца на пребиваване през периода 2007 – 2010 година на обща стойност 2 797 хил. лева. С най-голям общ брой месеци на пребиваване са исковете от Германия – 1873 месеца по 266 индивидуални справки за общо 1 094 хил. лева; от Испания – 1282 месеца по 164 индивидуални справки за общо 667 хил. лева; от Италия – 1138 месеца по 138 индивидуални справки за общо 423 хил. лева. *(Приложение ПКСС, Таблица 19)*

През 2011 година за заплащане по искове от другите държави, по реда за възстановяване на средномесечни разходи на техните системи, НЗОК е извършила здравноосигурителни плащания в размер на 1 071 хил. лева. Плащанията са извършени след обработка на исковете и проверки за пълнота и коректност на индивидуалните справки, валидност на удостоверителния документ и недублиране на плащанията. В резултат на проверките са възстановени сумите по 238 индивидуални справки за 1724 месеца на пребиваване, а е отхвърлена 1 индивидуална справка за 4 месеца на пребиване на стойност 2,4 хил. лева. От възстановените суми най-голям е размерът на плащанията към Германия – 460 хил. лева – 43 на сто от плащанията; към Франция – 342 хил. лева – 32 на сто от плащанията. *(Приложение ПКСС, Таблица 19)*

Към 31.12.2011 година общият брой на месеците на пребиване по неприключените индивидуални справки по искове от други държави, по реда за възстановяване на средномесечни разходи на техните системи, представлява 6 787 месеца по 907 индивидуални справки, на обща стойност 3 232 хил. лева. С най-голяма обща стойност са исковете от Германия – за 1 068 хил. лева или 33,1 на сто от общата сума и Испания – за 1 057 хил. лева или 32,7 на сто. *(Приложение ПКСС, Таблица 19)*

Общата сума към 31.12.2011 година на дължимите суми от България към другите държави е нараснала с 1 724 хил. лева или с 59,6 на сто спрямо тази към 31.12.2010 година.

Възстановяване на разходи на ЗЗОЛ на НЗОК за заплатена от тях спешна и неотложна медицинска помощ при престой в друга държава

През 2011 година в НЗОК са постъпили 370 заявления от ЗЗОЛ за възстановяване на разходи за заплатена от тях спешна и неотложна медицинска помощ при престой в друга държава-членка на ЕС и ЕИП на обща стойност 432 хил. лева. Спрямо 2010 година броят на заявленията е нараснал с 55 броя или с 17,5 на сто.

През 2011 година е приключена процедурата по разглеждане по 350 от постъпилите в НЗОК заявления, с обща стойност на фактурите по тях 478 хил. лева. Няма възникнали финансови задължения за НЗОК по 60 от приключените заявления по причини на: констатирано нарушаване на здравноосигурителните права на лицето през периода на получаване на помощта; връщане на молбата поради непълнота на изискваните документи; получаване на медицинската помощ извън пределите на ЕС и ЕИП; извършените от лицето разходи представляват потребителски такси или са услуги, извън пакета на обществената система на здравеопазване в държавата на оказване на помощта, и не подлежат на възстановяване по реда на Европейските регламенти. Извършените разходи от ЗЗОЛ по тези молби е на стойност 195 хил. лева.

Частично или пълно възстановяване на извършените разходи на стойност 171 хил. лева одобрено по 289 от заявленията. Извършеният разход от ЗЗОЛ по тези молби е на стойност 282 хил. лева. При най-голям брой от заявленията с възстановяване по извършените разходи, помощта е получена в Германия – 125 заявления или 43,3 на сто от заявленията; във Франция – 45 заявления или 15,6 на сто от заявленията; в Холандия – 42 заявления или 14,5 на сто от заявленията. Най-голям е дялът на разхода на НЗОК по заявления, с получена помощ в Германия – 101 хил. лева или 58,9 на сто от извършения през годината разход; в Холандия – 24 хил. лева или 14,2 на сто от разхода; във Франция – 13 хил. лева или 7,4 на сто от разхода. Средната сума на възстановените на разходи по заявления на ЗЗОЛ е 589,84 лева, което представлява средно 60,6 на сто от извършения от лицата разход. *(Приложение ПКСС, Таблица 20)*

Средствата, разходвани за възстановяване на ЗЗОЛ на извършени от тях плащания за спешна и неотложна медицинска помощ, получена при престой в друга държава, представляват 1,4 на сто разходите по ПКСС за 2011 година. Разходът е нараснал с 53 хил. лева или с 44,7 на сто спрямо този през 2010 година.

Изводи:

- Националната здравноосигурителна каса гарантира с бюджета си здравноосигурителните права на: европейските граждани, осигурени в други държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария, Македония, Сърбия и Хърватска, при техния престой или пребиваване на територията на Република България и на осигурените в НЗОК, при техния престой или пребиваване на територията на тези държави.
- През годината са заявени към другите държави за възстановяване разходите, извършени от НЗОК за заплащане на медицинската помощ, оказана през 2010 година, на стойност 788 хил. лева.
- През годината са постъпили възстановявания в размер на 376 хил. лева или 42,4 на сто от общата дължима сума към началото на годината по заявленията през 2008, 2009 и 2010 години към другите държави суми за възстановяване разходите, извършени от НЗОК за заплащане на медицинската помощ на осигурени в тези държави лица.
- Разходите по ПКСС представляват незначителен процент – 0,5 на сто от общите здравноосигурителни плащания на НЗОК, но в сравнение с 2010 година се отчита ръст с 236 на сто, който значително надвишава ръста при останалите видове здравноосигурителни плащания. Предвид натрупаните дължими суми по искове от другите държави, тази тенденция на нарастване на разхода ще се запази и през следващите години.
- На регионално ниво разходите по параграфа имат предимно инцидентен характер – 78 на сто от плащанията за медицинска помощ за лица, осигурени в други държави, са на основание на удостоверителни документи, даващи право само на спешна и неотложна медицинска помощ.
- През годината контролът върху разходите на РЗОК акцентира върху своевременното уточняване на валидността на удостоверителните документи, представяни от лицата.
- Необходимо е изграждането на интерактивна връзка, даваща възможност на изпълнителите на медицинска помощ своевременно да проверяват актуалния осигурителен статус на регистрираните в НЗОК чужди осигурени лица.
- Контролът върху разходите на ЦУ на НЗОК акцентира върху установяване на валидността на удостоверителните документи, цитирани в исковете на другите държави и предотвратяване на дублиране на плащанията за едно и също

обезщетение на едно лице на различни основания, при отчитане на различията в документите, правата и реда на заплащане съгласно Регламенти (ЕИО) №№ 1408/71 и 574/72 и влезлите в сила от 01.05.2010 година за държавите-членки на ЕС Регламенти (ЕО) №№883/2004 и 987/2009.

- През периода е стартиран процеса на заплащане на исовете от другите държави за възстановяване по реда за средномесечни разходи на техните системи, за лица, осигурени в НЗОК и пребивавали на тяхна територия през 2007 и 2008 година, като са заплатени 71 на сто от общата дължима сума към началото на годината по тези исове.
- През годината представителят на НЗОК в Одиторския съвет на Административната комисия за координация на системите за социална сигурност на ЕС е защитил средните суми на здравноосигурителната система на Република България за 2007 година, по които следва да бъдат изпратени исове към другите държави за възстановяване по реда за средномесечни разходи за лица, осигурени в тези държави и пребивавали през 2007 година в България.
- С оглед качествено осъществяване на контрола текущо се актуализират регистрите на издаваните от НЗОК удостоверителни документи за права на обезщетения в натура в други държави, регистрите на извършените възстановявания по исове от други държави и заявления от ЗЗОЛ и регистрите на лицата, осигурени в други държави и пребиваващи в Република България.
- Необходима е автоматизация на процесите по въвеждане и проверки на постъпващите от другите държави исове.

1.9. Ролята на контролната дейност за оптимизиране на разходите

Периодичната информация, предоставена от РЗОК, се обобщава, обработва и анализира в НЗОК, като се очертават проблемните области в медицинската помощ, които следва да бъдат предмет на контрол или на промяна на съответната нормативна рамка, с цел оптимизиране на финансовите разходи и предоставяне на качествени медицински услуги на ЗЗОЛ.

За периода януари - декември 2011 година вследствие на извършения **предварителен контрол** са отказани плащания в размер на 14 860 хил. лева.

Предварителен контрол - Общ размер на средствата за здравноосигурителните плащания, отпаднали от задължение на РЗОК след предварителен контрол:

Причини	Стойност в хил.лв.
Дейност, оказана на ЗЗОЛ с прекъснати права или нефигуриращи в регистрите	2716
Дублирана дейност	1835
Липсващ реквизит в документацията/неправилно попълнени документи	1094
Дейността е извършена/назначена, когато лицето е хоспитализирано	119
Дейността не е извършена в целия предвиден обем	1314
Дейността е извършена извън предвидения график	278
Други	7504
Общо:	14 860

Предварителен контрол - Общ размер на средствата за здравноосигурителните плащания, отпаднали от задължение на РЗОК след предварителен контрол – по видове медицинска дейност:

Причини	Стойност в хил.лв.
ПИМП	3747
СИМП	1164
Дентална помощ	555
МДД	200
Лекарства	230
Болнична помощ	8950
Други	14
Общо:	14 860

При последващия контрол, извършен от РЗОК, са възстановени средства в размер на **3 054** хил. лева.

Последващ контрол - Общ размер на средствата за здравноосигурителните плащания възстановени на РЗОК след последващ контрол:

Причини	Стойност в хил.лв.
Дейност, оказана на ЗЗОЛ с прекъснати права или нефигуриращи в регистрите	53
Дублирана дейност	589
Липсващ реквизит в документацията/неправилно попълнени документи	805
Дейността е извършена/назначена, когато лицето е хоспитализирано	16
Дейността не е извършена в целия предвиден обем	610
Дейността е извършена извън предвидения график	12
Други	969
Общо:	3 054

Последващ контрол - Общ размер на средствата за здравноосигурителните плащания възстановени на РЗОК след последващ контрол – по видове медицинска дейност

По видове медицинска дейност	Стойност в хил.лв.
ПИМП	42
СИМП	60
Дентална помощ	208
МДД	18
Лекарства	35
Болнична помощ	2690
Други	1
Общо:	3 054

Стойността на събраните и преведени към ЦУ на НЗОК **санкции** вследствие на контролната дейност е 4 228 хил. лева.

Стойност на събраните и преведени към ЦУ на НЗОК санкции

По видове медицинска дейност	Стойност в хил.лв.
ПИМП	840
СИМП	587
Дентална помощ	431
МДД	50
Лекарства	449
Болнична помощ	1871
Други	840
Общо:	4 228

В резултат от извършената контролна дейност в бюджета на НЗОК са постъпили средства в размер на 7 282 хил. лева (в т.ч. възстановени средствата от последващ контрол – 3 054 хил. лева и събраните и преведени към ЦУ на НЗОК санкции – 4 228 хил. лева) , а чистият финансов ефект от извършената контролна дейност е 22 142 хил. лева (в т. ч. средствата за здравноосигурителните плащания, отпаднали от задължение на РЗОК след предварителен контрол – 14 860 хил. лева, възстановени средствата от последващ контрол – 3 054 хил. лева и събраните и преведени към ЦУ на НЗОК санкции – 4 228 хил. лева).

За 2011 година има подадени сигнали към:

- икономическа полиция - за 11 (единадесет) случая;
- прокуратура - за 6 (шест) случая;
- следствена служба – няма.

2. Административни разходи

2.1. Изпълнение на бюджета на Националната здравноосигурителна каса

Усвоените през 2011 година средства за административни разходи на институцията са в размер на 36 294 хил. лева, което представлява 74,3 на сто спрямо утвърдените 48 852 хил. лева със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година и 95,2 на сто спрямо заложените 38 118 хил. лева в годишния план.

През годината, в резултат на извършени вътрешно компенсирани промени, 10 734 хил. лева от средствата за административни разходи бяха пренасочени, както следва:

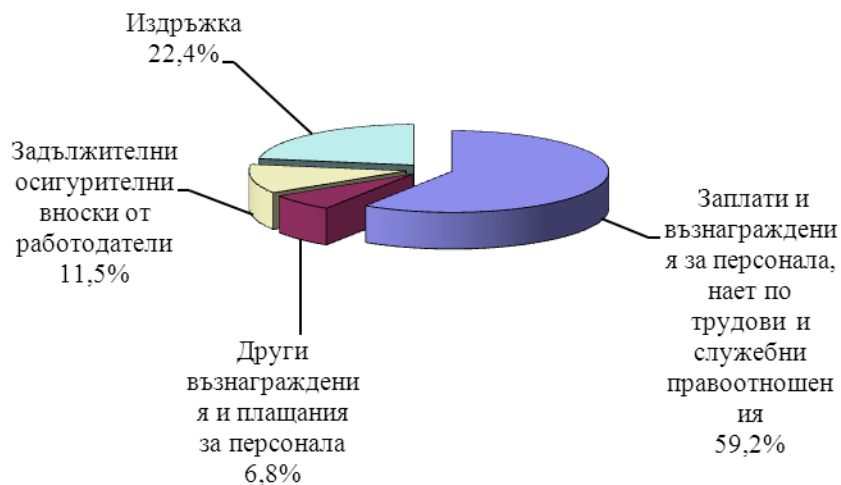
- **10 700 хил. лева** – от издръжка на административните дейности към здравноосигурителни плащания за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, с Решение № РД-НС-04-63 от 19.10.2011 г. и Решение № РД-НС-04-76 от 14.12.2011 г. на Надзорния съвет на НЗОК и
- **34 хил. лева** - от издръжка на административните дейности към предоставени трансфери на Националната агенция за приходите /НАП/ по чл. 24, т.6 от ЗЗО, с Решение № РД-НС-04-85 от 30.12.2011 г. на Надзорния съвет на НЗОК.

По елементи на административните плащания усвоените от НЗОК средства са в рамките на разчетените лимити. През 2011 година отчетените административни разходи заемат едва 1,4 на сто от общите разходи и трансфери.

Във вътрешната структура на усвоените през 2011 година административни разходи, най-голям е дялът на разходите за персонал (в т. ч. заплати, други възнаграждения и свързаните с тях средства за осигурителни вноски), следвани от разходите за издръжка.

Национална здравноосигурителна каса

Структура на административните разходи на НЗОК, съгласно
отчета за изпълнението на бюджета към 31.12.2011 г.



Към 31.12.2011 година за заплати и възнаграждения на персонала, нает по трудови правоотношения, са отчетени 21 491 хил. лева, което представлява 99 на сто спрямо годишния план. Тези разходи представляват 59,2 на сто от административните разходи и 0,8 на сто от общите разходи и трансфери. През 2010 година тези плащания заемаха 1 на сто от общите разходи и трансфери. По този параграф средствата са отчетени, както следва:

- 17 342 хил. лв. за заплати и възнаграждения на персонала нает по трудови правоотношения;
- 36 хил. лв. за заплати и възнаграждения на персонала по правоотношения приравнени към трудовите и
- 4 113 хил. лв. за допълнително материално стимулиране и други допълнителни възнаграждения, в т.ч. формираната икономия от средствата за заплати, която е за сметка на планираните средства по параграфа за заплати и възнаграждения на персонала нает по трудови правоотношения и отчетена като допълнително материално стимулиране и други допълнителни възнаграждения.

За други възнаграждения и плащания за персонала са изразходвани 2 475 хил. лева, което представлява 6,8 на сто от административните разходи и 0,1 на сто от общите разходи и трансфери. През 2010 година тези плащания заемаха също 0,1 на сто от общите

разходи и трансфери. Разходите по параграфа за други възнаграждения и плащания за персонала са усвоени както следва:

- 286 хил. лева - за нещатен персонал нает по трудови правоотношения, с които са обезпечени предимно обслужващи дейности - хигиенистки, куриери, шофьори и др.;

- 97 хил. лева за персонала по извънтрудови правоотношения, с които са покрити плащанията по граждански договори за услуги и хонорари на външни експерти от клиничните консултативни комисии за извършване на проверки на изпълнителите на медицинска помощ. От разходите по този параграф – 32 хил. лв. или 32,7 на сто са извършени от ЦУ на НЗОК. Второстепенните разпоредители са усвоили общо 65 хил. лева.

- 1 504 хил. лева са изплатени суми от СБКО, за облекло и други на персонала, с характер на възнаграждение. Част от изплатените средства, в размер на 428 хил. лв. са за сметка на планираните в издръжката разходи за социално - битово и културно обслужване на персонала, в съответствие с Постановление № 334 на МС от 29.12.2010 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2011 г. Тук са отчетени и планираните в годишния план средства за представително облекло на служителите на НЗОК, в размер на 1 076 хил. лева.

- 409 хил. лева - за обезщетения на персонала с характер на възнаграждение, съгласно Кодекса на труда, във връзка с прекратяване на трудови договори със служители и за изплащане на обезщетения за неползван годишен отпуск;

- 179 хил. лева е отчетеният разход за сметка на работодателя при отпуск, поради временна неработоспособност на служители. Изплатените средствата са за сметка на планираните средства за заплати и други възнаграждения и плащания за персонала, в съответствие с Постановление № 334 на МС от 29.12.2010 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2011 г.

За осигурителни вноски за сметка на работодателя през 2011 г. са изплатени 4 185 хил. лева или 95,6 на сто спрямо годишния план. Начисленията са извършени в съответствие с изискванията на Кодекса за социалното осигуряване. Разходите за осигурителни вноски заемат 0,2 на сто в структурата на общите разходи и трансфери. През 2010 година тези плащания заемаха също 0,2 на сто от общите разходи и трансфери.

Национална здравноосигурителна каса

Таблица: Разходи за персонал на НЗОК към 31.12.2011 година

лева

ПОКАЗАТЕЛИ	Годишен план 2011 година			Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2011 г.			Изпълнение спрямо годишен план		
	НЗОК	ЦУ	РЗОК	НЗОК	ЦУ	РЗОК	НЗОК	ЦУ	РЗОК
Възнаграждения и осигурителни вноски	28 235 378	5 826 619	22 408 759	28 151 309	5 558 579	22 592 730	99,7%	95,4%	100,8%
1 Заплати и възнаграждения за персонала, нает по трудови и служебни правоотношения	21 705 439	4 362 210	17 343 229	21 491 383	4 285 492	17 205 891	99,0%	98,2%	99,2%
2 Други възнаграждения и плащания за персонала	2 151 000	550 659	1 600 341	2 475 032	496 940	1 978 092	115,1%	90,2%	123,6%
3 Задължителни осигурителни вноски от работодатели	4 378 939	913 750	3 465 189	4 184 894	776 147	3 408 747	95,6%	84,9%	98,4%
Осигурителни вноски от работодатели за Държавното обществено осигуряване	2 707 959	568 573	2 139 386	2 608 219	496 802	2 111 417	96,3%	87,4%	98,7%
Здравноосигурителни вноски от работодатели	1 198 500	251 801	946 699	1 140 909	210 335	930 574	95,2%	83,5%	98,3%
Вноски за допълнително задължително осигуряване от работодатели	472 480	93 376	379 104	435 766	69 010	366 756	92,2%	73,9%	96,7%

* *Забележка:* По параграф 02-00 „Други възнаграждения и плащания за персонала“ отчетените средства превишават заложените в годишен план, поради факта, че там се отчитат средствата за социално-битово и културно обслужване на персонала, в размер на 428 хил. лв., които се планират в параграф 10-00 „Издръжка“. Там се отчитат и изплатените от работодателя средства при временна неработоспособност, които се осигуряват за сметка на средствата за заплати, в размер на 178 хил. лв., и се отчитат по § 02 "Други възнаграждения и плащания за персонала" /Постановление № 334 на МС от 29.12.2010 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2011 г., чл. 32 и чл. 33/. Общо от отчетените 2 475 хил. лв., 606 хил. лв. са планирани в другите параграфи и остатъкът от 1 869 хил. лв. е в рамките на планираните 2 151 хил. лв. в годишен план.

Съгласно отчета за изпълнението на бюджета за 2011 година, разходите за издръжка са в размер на 8 143 хил. лева, което представлява 82,4 на сто спрямо годишния план. Усвоените през 2011 година средства за издръжка заемат 22,4 на сто от административни разходи и 0,3 на сто от общите разходи и трансфери. През 2010 година тези плащания заемаха 0,4 на сто от общите разходи и трансфери.

Национална здравноосигурителна каса



В конкретен аспект, отчетените разходи за издръжка на НЗОК се разпределят, както следва:

- 4 300 хил. лева са разходваните средства за външни услуги. Най - голям дял от отчетените разходи за външни услуги заемат разходите за актуализация и поддръжка на софтуер - 27,9 на сто от подпараграфа, в размер на 1 200 хил. лв. Следващите по относителен дял са разходите за физическа охрана и техническа поддръжка на охранителна система – 22,6 на сто от подпараграфа, в размер на 971 хил. лв. Следват разходите за телефонни услуги /в т.ч. БТК, GSM и Интернет/ - 10,7 на сто от подпараграфа, в размер на 462 хил. лв.; за отпечатване на материали /в т.ч. отпечатване на здравноосигурителни книжки/ – 6,7 на сто от подпараграфа, в размер на 288 хил. лв.; за наеми – 5,3 на сто от подпараграфа, в размер на 229 хил. лв.; за изработване и доставка на ЕЗОК – 5 на сто от подпараграфа, в размер на 213 хил. лв.; за абонаментно поддържане на техниката – 4,2 на сто от подпараграфа, в размер на 180 хил. лв.; за пощенски и куриерски услуги - 3,1 на сто от подпараграфа, в размер на 133 хил. лв.; за поддръжка на информационна система БУЛЛ - 2,3 на сто от подпараграфа, в размер на 97 хил. лв.; за автоуслуги – 1,1 на сто от подпараграфа, в размер на 48 хил. лв. Относителният дял на всеки от останалите разходи, които се отчитат по подпараграфа за външни услуги, заема под 1 на сто от подпараграфа. По-голяма част от разходите за външни услуги - 76,3 на сто са усвоени от ЦУ на НЗОК или 3 282 хил. лева. На централно ниво са покрити основно разходите за актуализация и поддръжка на

софтуер, интернет, отпечатване на материали /в т.ч. отпечатване на здравноосигурителни книжки/, медийни услуги, физическа охрана и техническа поддръжка на охранителна система, поддръжка на информационната система.

- 1 446 хил. лева за вода, горива и енергия. Разходите са извършени съобразно специфичните потребности за всяка от сградите на НЗОК и се разпределят както следва: 55,1 на сто за електроенергия, 22,8 на сто за топлоенергия, 18,3 на сто за гориво и 3,9 на сто за вода. Разходите, извършени в ЦУ на НЗОК са в размер на 242 хил. лв. или 16,8 на сто от разходите за вода, горива и енергия на НЗОК;

- 973 хил. лева за материали, голяма част от които са усвоени за канцеларски материали – 22,6 на сто от подпараграфа, в размер на 220 хил. лева. Следват разходите за очила за компютри – 16,3 на сто от подпараграфа, в размер на 159 хил. лева; за консумативи и резервни части за хардуер – 16,1 на сто от подпараграфа, в размер на 157 хил. лева; материали, консумативи и резервни части за техниката – 10,4 на сто от подпараграфа, в размер на 102 хил. лева; дребен стопански инвентар – 8,5 на сто от подпараграфа, в размер на 82 хил. лева; материали, консумативи и резервни части за служебни автомобили – 5,7 на сто от подпараграфа, в размер на 56 хил. лева; за хигиенни материали – 4,7 на сто от подпараграфа, в размер на 45 хил. лева; офис оборудване – 4,5 на сто от подпараграфа, в размер на 44 хил. лева; материали, консумативи и резервни части за поддръжка на сградите и офисите – 3,8 на сто от подпараграфа, в размер на 37 хил. лева, и други. Разходите, извършени в ЦУ на НЗОК са в размер на 217 хил. лв. или 22,4 на сто от разходите за материали на НЗОК;

- 495 хил. лева са отчетените разходи за командировки в страната, като 58,5 на сто от тях са извършени в ЦУ на НЗОК, в размер на 289 хил. лв;

- 398 хил. лева са отчетените разходи за платени данъци, мита и такси, от които 91,1 на сто или 363 хил. лева са усвоени за заплащане на общински данъци и такси. С останалите средства по подпараграфа са платени държавни, съдебни такси и данък върху средствата за СБКО. Разходите, извършени в ЦУ на НЗОК са в размер на 197 хил. лв. или 49,4 на сто от разходите за платени данъци, мита и такси на НЗОК;

- 243 хил. лева са разходите за глоби, неустойки, наказателни лихви и съдебни обезщетения, като 18 на сто от тях или 44 хил. лв. са извършени в ЦУ на НЗОК;

- 199 хил. лева за текущ ремонт, основно в районните здравноосигурителни каси;

Национална здравноосигурителна каса

- 40 хил. лева са отчетените разходи за застраховки, като сумата е поета от Централно управление, съгласно сключени договори за застраховки на сгради, техника и автомобили;
- 49 хил. лева - други разходи в рамките на издръжката, в това число: разходи за СБКО – 16 хил. лева; краткосрочни командировки в чужбина – 15 хил. лева; други разходи, неклассифицирани в другите параграфи и подпараграфи – 14 хил. лева; и учебни разходи и книги за библиотеките – 4 хил. лева.

Таблица: Разходи за издръжка на НЗОК към 31.12.2011 година

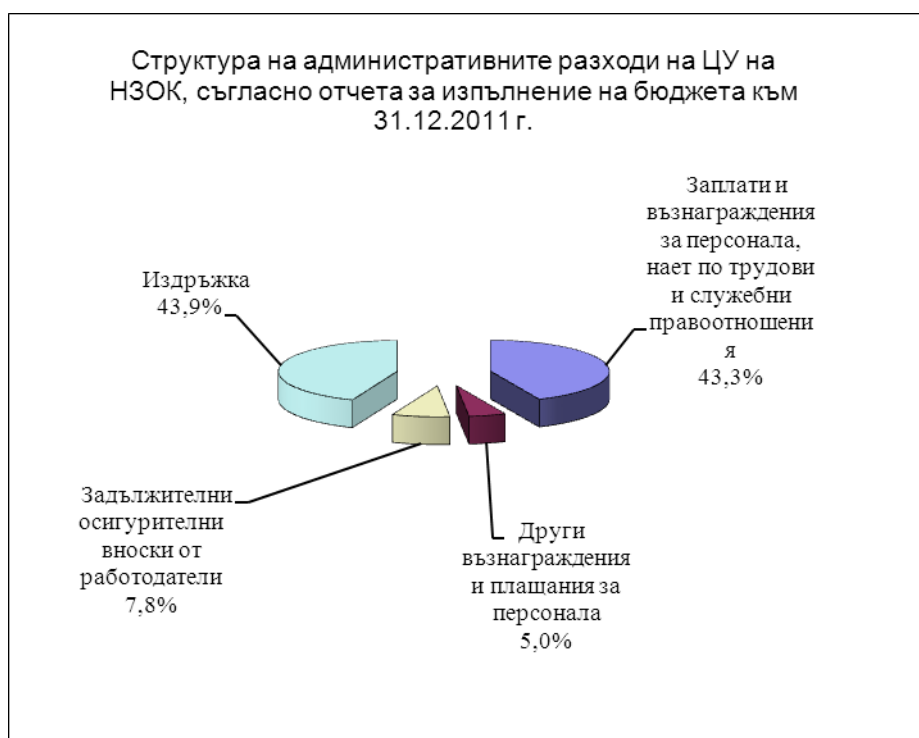
лева

ПОКАЗАТЕЛИ	Годишен план 2011 година			Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2011 г.			Изпълнение спрямо годишен план		
	НЗОК	ЦУ	РЗОК	НЗОК	ЦУ	РЗОК	НЗОК	ЦУ	РЗОК
Издръжка	9 882 288	5 450 282	4 432 006	8 142 936	4 342 198	3 800 738	82,4%	79,7%	85,8%
Учебни и научно-изследователски разходи и книги за библиотеките	11 000	3 097	7 903	4 122	0	4 122	37,5%	0,0%	52,2%
Материали	1 200 000	397 893	802 107	972 663	217 402	755 261	81,1%	54,6%	94,2%
Вода, горива и енергия	1 570 000	318 535	1 251 465	1 445 591	242 397	1 203 194	92,1%	76,1%	96,1%
Разходи за външни услуги	4 692 168	3 623 600	1 068 568	4 299 753	3 282 076	1 017 677	91,6%	90,6%	95,2%
Текущ ремонт	221 000	20 831	200 169	199 100	6 851	192 249	90,1%	32,9%	96,0%
Платени данъци, мита и такси	450 000	223 507	226 493	398 124	196 714	201 410	88,5%	88,0%	88,9%
Командировки в страната	705 000	480 382	224 618	494 948	289 377	205 571	70,2%	60,2%	91,5%
Краткосрочни командировки в чужбина	68 000	68 000	0	15 160	15 160	0	22,3%	22,3%	0,0%
Разходи за застраховки	60 000	60 000	0	39 951	39 951	0	66,6%	66,6%	
Други разходи за СБКО	538 120	132 228	405 892	15 982	0	15 982	3,0%	0,0%	3,9%
Разходи за глоби, неустойки, наказателни лихви и съдебни обезщетения	340 000	101 054	238 946	243 358	43 746	199 612	71,6%	43,3%	83,5%
Други разходи, неклассифицирани в другите параграфи и подпараграфи	27 000	21 155	5 845	14 184	8 524	5 660	52,5%	40,3%	96,8%

*Забележка: Изплатените средства за социално - битово и културно обслужване на персонала, с характер на възнаграждение, в размер на 428 хил. лв., са отчетени в параграфа за други възнаграждения и плащания за персонала, съгласно Постановление № 334 на МС от 29.12.2010 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2011 г.

2.2. Изпълнение на административните разходи по бюджета на ЦУ на НЗОК

Съгласно коригираната бюджетна сметка на ЦУ на НЗОК за 2011 година, общата сума за административни разходи е в размер на 11 277 хил. лева, от които към 31.12.2011 г. са усвоени 87,8 на сто, т.е. – 9 901 хил. лева.



В структурата на административните разходи на ЦУ на НЗОК разходите за персонал заемат 56,1 на сто. За заплати, други възнаграждения и осигурителни вноски са разходвани общо 5 559 хил. лева или 95,4 на сто спрямо годишния план на ЦУ на НЗОК за тези разходи.

Средствата за издръжка заемат 43,9 на сто в структурата на административните разходи или 4 342 хил. лева. Високият дял на издръжката на централно управление в относително изражение, в сравнение с издръжката на регионалните подразделения се дължи на факта, че някои от най-големите разходи за системата на НЗОК по този параграф се поемат на централно ниво. Такива са разходите за актуализация и поддръжка на софтуер, охрана, данъкът върху сградите собственост на НЗОК, разходите за застраховки, командировките в чужбина, разходи за поддръжка на информационната система, за здравноосигурителни книжки и други.

2.3. Изпълнение на административните разходи по бюджетните сметки на РЗОК

Общата сума на усвоените през 2011 година административни разходи от районните здравноосигурителни каси е 26 393 хил. лева, което представлява 98,3 на сто изпълнение спрямо годишния план за РЗОК в размер на 26 841 хил. лева.

Отчетените от РЗОК административни разходи са в рамките на утвърдените индивидуални бюджетни сметки, като не са допускани отклонения по отделните параграфи и подпараграфи.



Най-голям относителен дял - 85,6 на сто в структурата на административните разходи на районните поделения заемат разходите за персонал. Изплатените заплати и други възнаграждения, както и начислените и внесени социални и здравноосигурителни вноски за сметка на работодателя са в общ размер на 22 593 хил. лева.

Отчетените от районните поделения разходи за издръжка са в размер на 3 801 хил. лева, което представлява 85,8 на сто изпълнение спрямо годишния план. Средствата са усвоени при стриктно спазване на финансовата дисциплина, без да бъде допускано отклонение от установените лимити по отделните елементи на бюджета.

Национална здравноосигурителна каса

В резултат на ефективното разходване на финансовите средства на касата и намаляване на бюджетните разходи за административна издръжка, от заложените 48 852 хил. лв. със ЗБНЗОК за 2011 г. за административни разходи, през годината са усвоени 36 294 хил. лева. Останалата част е пренасочена за покриване на необходимостта от средства по други направления на бюджета. Чрез въведената система за финансово управление и контрол е осигурено спазването на финансова дисциплина при изпълнението на бюджета.

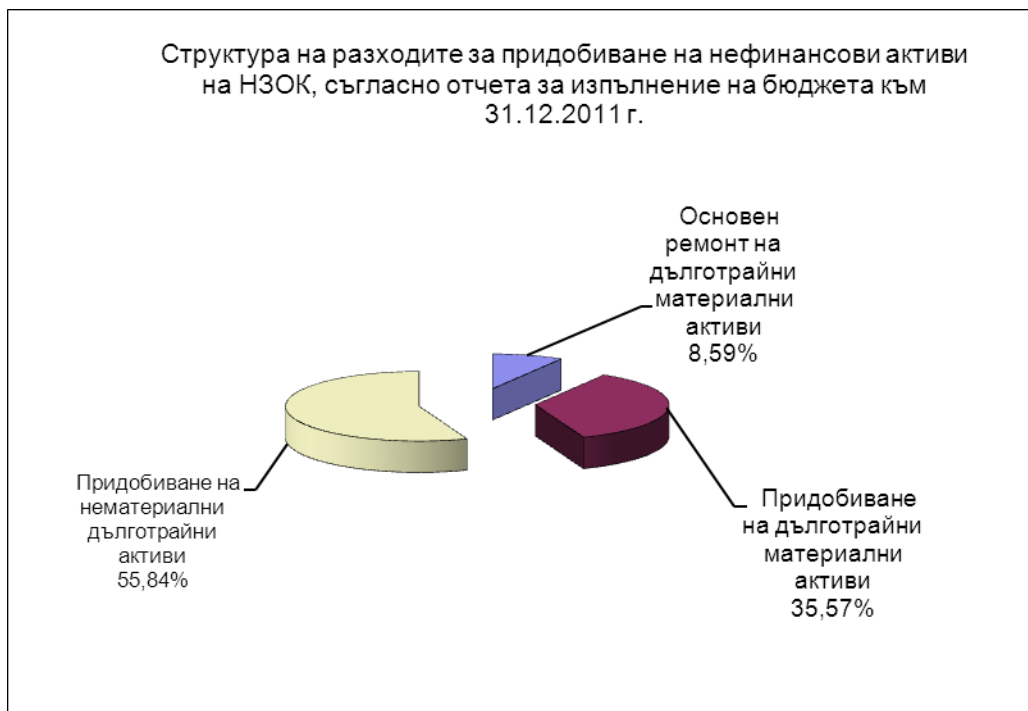
3. Придобиване на нефинансови активи /капиталови разходи/

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година са утвърдени 7 000 хил. лева за придобиване на нефинансови активи. През годината, с Решение № РД-НС-04-63 от 19.10.2011 г. и Решение № РД-НС-04-80 от 14.12.2011 г. на Надзорния съвет на НЗОК, бяха извършени вътрешно компенсирани промени и 4 362 хил. лв. бяха пренасочени към здравноосигурителни плащания за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели. В резултат на това годишният план за придобиване на нефинансови активи за 2011 г. е в размер на 2 638 хил. лева.

Таблица: Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за разходи за придобиване на нефинансови активи към 31.12.2011 година лева

ПОКАЗАТЕЛИ	Параграф	Инвестиционна програма 2011 г.	Годишен план Инвестиционна програма 01.12.2011 г.	Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2011 г.	Изпълнение към годишен план
Придобиване на нефинансови активи		7 000 000	2 638 130	2 323 788	88,08%
Основен ремонт на дълготрайни материални активи	51-00	938 570	201 600	199 617	99,02%
Придобиване на дълготрайни материални активи	52-00	2 867 750	1 038 850	826 666	79,58%
- придобиване на компютри и хардуер	52-01	1 650 000	889 500	789 152	88,72%
- придобиване на друго оборудване, машини и съоръжения	52-03	897 750	142 950	32 166	22,50%
- придобиване на транспортни средства	52-04	300 000	0	0	
- придобиване на стопански инвентар	52-05	20 000	6 400	5 348	83,56%
Придобиване на нематериални дълготрайни активи	53-00	3 193 680	1 397 680	1 297 505	92,83%
- придобиване на програмни продукти	53-01	3 193 680	1 397 680	1 297 505	92,83%

Усвоените през текущата година средства са в размер на 2 324 хил. лева, което представлява 88,1 на сто спрямо годишния план.



Във вътрешната структура на отчетените разходи за придобиване на нефинансови активи най-голям дял – 55,8 на сто заемат разходите за придобиване на нематериални дълготрайни активи, в размер на 1 298 хил. лева. Средствата са разходвани за заплащане по договор за софтуерна осигуровка с Майкрософт – 1 294 хил. лв. и доставка на операционна система Red Hat Enterprise Linux версия 5.4. – 4 хил. лв. Следващите по относително тегло в структурата на разходите за придобиване на нефинансови активи са разходите за придобиване на дълготрайни материални активи – 35,6 на сто или 827 хил. лева, разходвани за доставка на персонални компютри – 750 хил. лв., доставка на сървъри – 39 хил. лв., доставка на непрекъсваеми токозахранващи устройства за нуждите на НЗОК и РЗОК – 10 хил. лв., машини за унищожаване на хартия, доставка на климатици и други. За основни ремонти по РЗОК са разходвани 200 хил. лева или 8,6 на сто от разходите за придобиване на нефинансови активи.

4. Резерв за непредвидени и неотложни разходи

Със ЗБНЗОК за 2011 година, ДВ бр. 98 от 14 декември 2010 г., е определен размер на резерва от 260 268 хил. лева, който представлява 10 на сто от събраните приходи от здравноосигурителни вноски и трансферите за здравно осигуряване, съгласно чл. 26, ал. 1, т. 1 от ЗЗО и е част от общите разходи и трансфери на НЗОК.

В съответствие с правомощията, определени със ЗЗО и ЗБНЗОК, от НС на НЗОК са взети решения за освобождаване на средствата от резерва за непредвидени и неотложни разходи. С Решение № РД-НС-04-63 от 19.10.2011 г. и Решение РД-НС-04-70 от 24.11.2011 г. на Надзорния съвет на НЗОК, на основание § 8 от Преходните и заключителни разпоредби на ЗБНЗОК за 2011 година са освободени съответно 180 000 хил. лева и 80 268 хил. лева, които са насочени за покриване на нуждите от допълнителни здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ и здравноосигурителни плащания за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели. След освобождаването на средствата от резерва, са извършени корекции по бюджета на НЗОК за 2011 година.

Резервът по бюджета на НЗОК е планиран и изразходван законосъобразно. Отчетен е по параграфите на ЕБК за 2011 година в съответствие с извършените разходи.

5. Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО и към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК

Предоставените трансфери на Националната агенция за приходите и към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК, приети със ЗБНЗОК за 2011 г. са в размер на 3 090 хил. лева. В резултат на извършени корекции с решения на НС на НЗОК, годишният план възлиза на 56 157 хил. лева или увеличението през годината е в размер на 53 067 хил. лв. От тях 53 033 хил. лв. са прехвърлени от здравноосигурителни плащания – 52 990 хил. лв. от здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ и 43 хил. лв. от други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност и 34 хил. лв. са прехвърлени от издръжка на административните дейности. Общият размер на отчетените средства е 56 157 хил. лева. От тях предоставените на Националната агенция за приходите трансфери /във връзка със събирането на здравноосигурителни вноски/ са в размер на 3 123 хил. лева. Останалите 53 033 хил. лева са предоставени трансфери към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК. Средствата са отчетени съгласно Указания ДР № 1 от 07.01.2011 г. на Министерство на финансите, относно изпълнението на Държавния бюджет за 2011 година, където е предвидено средствата, заплащани по договори за извършване на болнична

помощ, сключени между разпоредители с бюджетни кредити и Националната здравноосигурителна каса да се отчитат като трансфери по чл. 1, ал. 2, т. 4 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г.

6. Предоставени трансфери на Министерството на здравеопазването / МЗ/ за заплащане на медицински дейности, лекарствени продукти и медицински изделия, осигурявани от Министерството на здравеопазването

В ЗБНЗОК за 2011 г. за предоставени трансфери на МЗ са предвидени 340 000 хил. лева. Съгласно § 5, ал. 1 от Преходни и заключителни разпоредби на ЗБНЗОК за 2011 г., през 2011 г. дейностите по диагностика и лечение на злокачествени заболявания и на болни с бъбречна недостатъчност на диализно лечение, включително осигуряването на лекарствени продукти и медицински изделия, както и другите медицински дейности, които през 2010 г. са финансирани чрез бюджета на Министерството на здравеопазването и чрез делегираните от държавата дейности през бюджета на общините, се заплащат със средствата по чл. 1, ал. 2, ред 5. През 2011 г. на МЗ са преведени 340 000 хил. лева, което представлява изпълнение от 100 на сто спрямо заложените в ЗБНЗОК.

III. ДЕФИЦИТ/ИЗЛИШЪК

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година, ДВ бр. 98 от 14.12.2010 г., бюджетът на НЗОК за 2011 г. е приет с балансирано бюджетно салдо.

Към 31.12.2011 година по бюджета на НЗОК е отчетен излишък в размер на 9 014 хил. лева.

Заключение

Бюджетът на Националната здравноосигурителна каса е реализиран в съответствие със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година, като са спазени принципите на законосъобразност и целесъобразност на разходването на средствата. Дейността по администриране на здравноосигурителните плащания е осъществена при точно прилагане на нормативните актове и решенията на Надзорния съвет на НЗОК.

Надзорният съвет може да приеме Отчета за бюджета на Националната здравноосигурителна каса към 31.12.2011 година.