

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАРОДНО СЪБРАНИЕ

Проект

РЕШЕНИЕ

**ЗА приемане на Годишния отчет за изпълнението на бюджета на
Националната здравноосигурителна каса за 2017 г.**

Народното събрание на основание чл. 86, ал. 1 от Конституцията на Република България и чл. 30, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване

РЕШИ:

1. Приема Годишния отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г.

2. Приема Годишния отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. по приходи и трансфери – всичко на обща сума 3 581 495,3 хил. лв., както следва:

		Сума (в хил. лв.)		
№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ	ЗБНЗОК 2017 г. ДВ бр. 98 от 2016 г.	Годишен план 2017 г.	Отчет 2017 г.
1	2	3	4	5
I	ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО	3 452 816,0	3 571 880,1	3 581 495,3
1.	Здравноосигурителни приходи	3 413 816,0	3 529 316,2	3 538 237,1
1.1.	Здравноосигурителни вноски	2 279 730,0	2 395 230,2	2 404 151,1
1.2.	Трансфери за здравно осигуряване	1 134 086,0	1 134 086,0	1 134 086,0
2.	Неданъчни приходи	15 000,0	18 499,8	19 194,1
3.	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването, в т.ч.:	24 000,0	24 064,1	24 064,1
	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (ЗЗ); за дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно			
3.1.	(амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение; дейности по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ и за сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)	24 000,0	24 000,0	24 000,0
3.2.	Други трансфери от МЗ, съгласно §3 от ПЗР на ЗБНЗОК	0,0	64,1	64,1

3. Приема Годишния отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. по разходи и трансфери – всичко на обща сума 3 571 333,3 хил. лв., както следва:

№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ	Сума (в хил. лв.)		
		ЗБНЗОК 2017 г. ДВ бр. 98 от 2016 г.	Годишен план 2017 г.	Отчет 2017 г.
1	2	3	4	5
II	РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО	3 452 816,0	3 571 880,1	3 571 333,3
1.	РАЗХОДИ	3 448 762,0	3 485 441,7	3 484 894,8
1.1.	Текущи разходи	3 101 380,4	3 482 915,1	3 482 374,7
1.1.1.	Разходи за персонал	34 239,9	33 882,9	33 962,0
1.1.2.	Издръжка на административните дейности	11 140,0	10 034,5	9 763,3
1.1.3.	Здравноосигурителни плащания	3 032 000,5	3 415 095,5	3 415 094,8
1.1.3.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	200 000,0	198 851,3	198 851,2
1.1.3.2.	Специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)	211 400,0	218 035,1	218 035,0
1.1.3.3.	Дентална помощ	147 000,0	159 857,9	159 857,8
1.1.3.4.	Медико-диагностична дейност	77 500,0	78 850,3	78 850,2
1.1.3.5.	Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	798 571,6	979 194,4	979 194,3
1.1.3.5.1	в т.ч. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната	573 006,0	697 686,3	697 686,3
1.1.3.5.2	в т.ч. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	225 565,6	281 508,1	281 508,0
1.1.3.6.	Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ	80 000,0	94 670,7	94 670,6
1.1.3.7.	Болнична медицинска помощ	1 457 528,9	1 624 733,7	1 624 733,6
1.1.3.8.	Други здравноосигурителни плащания	60 000,0	60 902,2	60 902,1
1.1.3.8.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност	60 000,0	60 902,2	60 902,1
1.1.4.	Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3, за:	24 000,0	23 902,3	23 554,7
1.1.4.1.	Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от 33	2 180,0	2 180,0	2 000,2
1.1.4.2.	Дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение	1 740,0	1 665,5	1 660,8
1.1.4.3.	Дейности за здравно неосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33	4 680,0	4 045,0	4 009,1
1.1.4.4.	Суми по чл. 37, ал. 6 от 330	15 400,0	16 011,9	15 884,5
1.2.	Придобиване на нефинансови активи	6 000,0	2 526,5	2 520,1
1.3.	Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи	341 381,6	0,0	0,0
2.	Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от 330 и към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК	4 054,0	86 438,5	86 438,5



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. „Кричим“ № 1

НАДЗОРЕН СЪВЕТ
НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

РЕШЕНИЕ

№ РД-НС-04- 39
от 11.06. 2018 г.

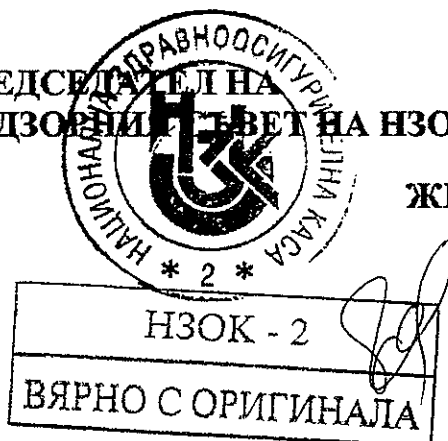
На основание чл. 15, ал. 1, т. 4 от Закона за здравното осигуряване

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ РЕШИ:

1. Одобрява годишния отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за 2017 година и кратък отчет за изпълнение на бюджета на НЗОК за 2017 година.
2. Възлага на Управителя на НЗОК да внесе годишния отчет за изпълнението на бюджета на за 2017 година в срок до 30 юни чрез министъра на здравеопазването и Министерски съвет в Народното събрание.

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК:

ЖЕНИ НАЧЕВА



4. Приема положително бюджетно салдо (излишък) по Годишния отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. в размер 10 162,1 хил. лв.

Решението е прието от 44-ото Народно събрание на 2018 г. и е подпечатано с официалния печат на Народното събрание.

**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
НАРОДНОТО СЪБРАНИЕ:**

(Цвета Караянчева)



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: +359 2 9659121

КРАТЪК ГОДИШЕН ОТЧЕТ

ЗА

ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА БЮДЖЕТА

НА

НАЦИОНАЛНАТА

ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ЗА

2017 ГОДИНА

В таблица 1 от приложението към настоящия отчет е представено сравнение на изпълнението на бюджета на НЗОК за 2016 г. и 2017 г. по направления. Показателите са по структурата на ЗБНЗОК за 2017 г. Данните за здравноосигурителни плащания и плащания с трансфер от Министерство на здравеопазването (МЗ) са с включен трансфер (плащанията към ведомствени болници, отчетени като трансфери, съгласно Указания на МФ ДР № 1 от 05.01.2017 г., относно изпълнението на държавния бюджет и на сметките за средства от ЕС за 2017 г.).

В таблица 2 от приложението са представени извършените промени по бюджета на НЗОК през 2017 г. по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (резерв); чл. 115 от ЗПФ и съгласно т.7 и т.8 от решение № РД-НС-04-126/19.12.2017г. (вътрешно-компенсирани промени); §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. (преизпълнение на приходите) и §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. (целеви субсидии МЗ).

В раздели I., II. и III. на отчета са представени по показатели, съгласно ЗБНЗОК за 2017 г., данни за:

- заложените средства в ЗБНЗОК за 2017 г.,
- извършените през годината промени на заложените със ЗБНЗОК за 2017 г. средства,
- отчетеното изпълнение към 31.12.2017 г.

Изпълнението към 31.12.2017 г. е съпоставено и с отчетеното изпълнение през предходната година по съпоставими показатели.

I. Приходи и трансфери - всичко на НЗОК към 31.12.2017 г.

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г. (ДВ бр. 98 от 2016 г.) за **приходи и трансфери - всичко** са заложили средства в размер на 3 452 816 хил. лв.

През годината с решение на Надзорния съвет (НС) на НЗОК и по реда на §1 и §3 от Преходни и заключителни разпоредби (ПЗР) на ЗБНЗОК за 2017 г. средствата са увеличени общо със 119 064,1 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение със 119 000 хил. лв. на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. и
- увеличение с 64,1 хил. лв. от постъпилите целеви субсидии по чл. 23, ал. 1, т. 9 от ЗЗО, на основание § 3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

В резултат на промените годишният план е в размер на 3 571 880,1 хил. лв.

Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери - всичко към 31.12.2017 г. възлиза на 3 581 495,3 хил. лв., което представлява 100,3% спрямо заложените в годишен план за 2017 г. средства.

В сравнение със същия период на 2016 г. се отчита увеличение с 282 886,9 хил. лв. или с 8,6%, което основно се дължи на увеличениния размер на здравноосигурителните приходи през 2017 г.

1. Здравноосигурителни приходи

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. здравноосигурителни приходи са в размер на 3 413 816 хил. лв. През годината с решение на НС на НЗОК средствата са увеличени със 115 500,2 хил. лв. от преизпълнението на приходите от здравноосигурителни вноски, на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. В резултат годишният план е в размер на 3 529 316,2 хил. лв.

Постъпилите към 31.12.2017 г. здравноосигурителни приходи са в размер на 3 538 237,1 хил. лева, което представлява изпълнение от 100,3 % спрямо заложените в годишен план за 2017 г. средства. В сравнение със същия период на 2016 г. се отчита ръст с 280 477 хил. лв. или с 8,6%.

1.1. Здравноосигурителни вноски

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. здравноосигурителни вноски са в размер на 2 279 730 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха увеличени със 115 500,2 хил. лв., на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. В резултат на увеличението годишният план е в размер на 2 395 230,2 хил. лв.

Постъпилите към 31.12.2017 г. здравноосигурителни вноски са в размер на 2 404 151,1 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,4% спрямо заложените в годишен план за 2017 г. средства.

В сравнение със същия период на 2016 г. се отчита ръст със 191 590 хил. лв. или със 8,7%.

1.2. Трансфери за здравно осигуряване

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. трансфери са в размер на 1 134 086 хил. лв. Към 31.12.2017 година са получени 1 134 086 хил. лева, което представлява 100,0% от заложените в ЗБНЗОК за 2017 г. средства или с 88 887 хил. лева повече в сравнение с получените през 2016 г.

2. Неданъчни приходи

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 15 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха увеличени с 3 499,8 хил. лв., на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. В резултат на увеличението годишният план е в размер на 18 499,8 хил. лв.

Към 31.12.2017 година са получени 19 194,1 хил. лева, което представлява 103,8% от заложените в годишния план за 2017 г. средства. В сравнение със същия период на 2016 г. се отчита увеличение с 2 879 хил. лв. или със 17,6%.

3. Получени трансфери от МЗ

3.1. Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (ЗЗ); за дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение; дейности по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ и за сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 24 000 хил. лв.

Към 31.12.2017 г. получените трансфери за извършване на плащания са в размер на 24 000 хил. лв.

3.2. Други трансфери от МЗ, съгласно §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

По реда на §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. в годишния план за 2017 г. са заложени средства, в размер на 64,1 хил. лв., от постъпили целеви субсидии по чл.23, ал.1, т.9 от ЗЗО, със съответното увеличение на други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, без да се нарушава балансът по бюджета на НЗОК.

II. Разходи и трансфери - всичко на НЗОК към 31.12.2017 г.

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г. (ДВ бр. 98 от 2016 г.) за разходи и трансфери - всичко са заложен средства в размер на 3 452 816 хил. лв.

През годината, на основание §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г., НС на НЗОК разпредели 119 000 хил. лв. от преизпълнението на приходите за здравноосигурителни плащания.

При прилагане на § 3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г., НС на НЗОК утвърди увеличение на здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (чл.1, ал.2, ред 1.1.3.8.1.), в общ размер на 64,1 хил. лв.

В резултат на тези промени, годишният план на разходи и трансфери - всичко е в размер на 3 571 880,1 хил. лева. Към 31.12.2017 г. са разходвани 3 571 333,3 хил. лева или 100,0% от заложените в годишен план средства. В сравнение с 2016 г. се отчита увеличение с 274 349,3 хил. лв. или с 8,3%, което се дължи основно на увеличението в отчетените здравноосигурителни плащания.

1. Разходи за персонал

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи за персонал са в размер на 34 239,9 хил. лв. През годината, с решение на НС на НЗОК, средствата бяха намалени с 357 хил. лв. за сметка на увеличение на здравноосигурителните плащания, на основание на чл.115 от Закона за публичните финанси (ЗПФ). В резултат на намалението годишният план на разходите за персонал е в размер на 33 882,9 хил. лв. Към 31.12.2017 г. са изплатени 33 962 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,2% от заложените в годишен план средства и 1,0% от отчетените разходи и трансфери - всичко. Превишението на годишния план е във връзка с отчетените суми за сметка на СБКО на персонала, с характер на възнаграждение, в размер на 268 хил. лв., които са планирани в издръжка на административните дейности, съгласно ПМС № 374 от 22.12.2016 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2017 г., където с тези средства се формира остатък от издръжката. С тези средства са изплатени разходите за заплати, други възнаграждения и плащания за персонала и свързаните с тях задължителни осигурителни вноски от работодатели. За сравнение, извършените към 31.12.2016 г. разходи за персонал представляват също 1,0% от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2016 г.

2. Издръжка на административните дейности

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства за издръжка на административните дейности са в размер на 11 140 хил. лв. През годината, в съответствие с решение на НС на НЗОК, средствата бяха намалени с 1 105,5 хил. лв. за сметка на увеличение на здравноосигурителните плащания, на основание на чл.115 от ЗПФ.

В резултат на намалението годишният план на разходите за издръжка на административните дейности е в размер на 10 034,5 хил. лв.

Към 31.12.2017 г. са изплатени 9 763,3 хил. лв., което представлява изпълнение от 97,3% от заложените в годишен план средства и 0,3% от отчетените разходи и трансфери - всичко. С тези средства са изплатени разходи за материали, вода, горива и енергия, външни услуги, текущи ремонти, командировки, застраховки, договорни санкции и неустойки, съдебни обезщетения и разноски, данъци, такси, лихви и други.

За сравнение, извършените към 31.12.2016 г. разходи за издръжка на административните дейности заемат същия дял от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2016 г. - 0,3%.

3. Здравноосигурителни плащания (включително отчетените, като трансфери към ведомствени болници средства, съгласно Указания на МФ ДР №1/05.01.2017 г., относно изпълнението на държавния бюджет и на сметките за средства от ЕС за 2017 г.)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 3 032 000,5 хил. лв. През годината, съгласно решения на НС на НЗОК, средствата бяха увеличени с 465 381,7 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение с 341 381,6 хил. лв. за сметка на средствата от резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи;

- увеличение с 4 936 хил. лв. за сметка на намалението на разходите за персонал, издръжка на административните дейности и разходите за придобиване на нефинансови активи, по реда на чл.115 от ЗПФ;

- увеличение със 119 000 хил. лв. от преизпълнението на приходите, по реда на §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

- увеличение с 64,1 хил. лв. по реда на §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

След извършените промени, годишният план е в размер на 3 497 382,2 хил. лв. (в т.ч. 82 286,8 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Изплатените към 31.12.2017 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 3 497 381,6 хил. лв. (в т.ч. 82 286,8 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план средства. В сравнение с 2016 г. се отчита увеличение от 274 025,1 хил. лв. или с 8,5%.

По видове здравноосигурителни плащания изпълнението е както следва:

3.1. Здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 200 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК остатъкът от средства към 31.12.2017 г. в размер от 1 097,3 хил. лв., е насочен с вътрешно-компенсирани промени по реда на чл.115 от ЗПФ към здравноосигурителни плащания с отчетен недостиг на средства.

В резултат на промените, годишният план на здравноосигурителни плащания за ПИМП за 2017 г. възлиза на 198 902,7 хил. лв. (в т.ч. 51,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. за ПИМП са изплатени 198 902,6 хил. лв. (в т.ч. 51,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план средства и представляват 5,7% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 12 024,8 хил. лв. или с 6,4%.

През 2017 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на ПИМП дейност за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. оказана на регистрираните при тях 5 986 хил. ЗОЛ (средномесечен брой). Спрямо заплатената през 2016 г. дейност ПИМП за периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г. се отчита:

- общо намаление на броя ЗОЛ със 79,5 хил. лица или с 1,3%, в следствие на намалението с 83,8 хил. лица или с 2,5% на ЗОЛ във възрастова група от 18- до 65-годишна възраст и с 3,3 хил. лица или с 0,3% във възрастова група до 18 години и увеличение със 7,6 хил. лица или с 0,5% във възрастова група 65 и повече години – продължава тенденцията на застаряване на ЗОЛ – делът на ЗОЛ на и над 65-годишна възраст нараства от 23,9% през 2016 г. на 24,3% през 2017 г.;

- общо увеличение с 1 91,2 хил. лв. или с 1,2% на разхода за капитационното заплащане на изпълнителите на ПИМП, за регистрираните при тях ЗОЛ, във връзка с

Кратък годишен отчет за изпълнение на бюджета на НЗОК за 2017 година

увеличението от 01.01.2017 г. на капитационното заплащане за ЗОЛ от възрастови групи до 18 години и на 65 и повече години. Делът на капитационното плащане от общото плащане на изпълнителите на ПИМП намалява на 47,9% спрямо 50,4% през 2016 г.;

- увеличение в отчетените обеми се наблюдава само при дейностите по диспансерно наблюдение – общо с 276,7 хил. прегледа или с 6,6% и при профилактичните прегледи на лица над 18 г. – с 5,1 хил. имунизации или с 0,2%;

- при останалите видове дейности най-голямо е намалението на профилактичните прегледи прегледа на лица до 18 г. по програма "Детско здравеопазване" – със 110,2 хил. прегледа или с 3,7%, при дейностите по изпълнение на задължителни имунизации и реимунизация на лица от 0 до 18 г. – с 0,9 хил. имунизации или с 15,5% и на лица над 18 г. – с 5,9 хил. имунизации или с 2,7%,

- общият ръст на плащанията към изпълнителите на ПИМП се дължи основно на ръста на разходите за диспансерно наблюдение – с 6 211,7 хил. лв. или с 14,9% и на ръста на разходите за профилактичните прегледи на лица над 18 г. – с 4 358,7 хил. лв. или с 18,8%, като следствие от увеличението в отчетените обеми на тези дейности, така и на увеличението от 01.01.2017 г. на техните цени. С промените в сила от 01.01.2017 г. Наредба №2/2016 г. в заплащането на дейностите на ПИМП по диспансерно наблюдение на ЗОЛ се обособяват три групи диспансерни прегледи - на ЗОЛ с едно заболяване, на ЗОЛ с две заболявания, на ЗОЛ с повече от две заболявания; вместо двете групи до 31.12.2016 г. - на ЗОЛ с едно заболяване и на ЗОЛ с повече от едно заболяване.

В приложение 2 към отчета е показана съпоставка по видове дейности в ПИМП на отчетените обеми и заплатените стойности през 2017 г. и 2016 г.

3.2. Здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) (СИМП)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 211 400 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата са увеличени със 7 270,9 хил. лв. за сметка на средствата от резерв, като остатъкът от средства към 31.12.2017 г. в размер от 16,7 хил. лв., е насочен с вътрешно-компенсирани промени по реда на чл.115 от ЗПФ към здравноосигурителни плащания с отчетен недостиг на средства.

В резултат на промените, годишният план на здравноосигурителни плащания за СИМП за 2017 г. възлиза на 218 654,2 хил. лв. (в т.ч. 619,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. за СИМП са изплатени 218 654,2 хил. лв. (в т.ч. 619,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план средства и представляват 6,3% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания за СИМП се отчита ръст с 13 143,9 хил. лв. или с 6,4%.

През 2017 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на СИМП дейност за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. Общо през периода са заплатени 20 062,5 хил. специализирани дейности, което е с 1 356 хил. дейности или с 7,2% повече от заплатените през 2016 г. дейности на изпълнителите на СИМП за периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г. По видове специализирани дейности, заплатени през 2017 г. спрямо заплатените през 2016 г., се отчита:

- увеличение в заплатените обеми: физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) - с 1 230,4 хил. дейности повече или с 21,2%; първични посещения – с 93,2 хил. прегледа повече или с 1,4%; вторични посещения – с 65,9 хил. прегледа

повече или с 2,1%; експертизна дейност – с 64,7 хил. прегледа повече или с 6,2%; високоспециализирани дейности – с 16,7 хил. дейности повече или с 2,3% (най-голямо е увеличението при ехокардиография, лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани, електромиография);

- намаление на прегледите по повод: диспансерно наблюдение – със 102,4 хил. прегледа по-малко или с 12,9%; профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ – с 13,4 хил. прегледа по-малко или с 3,9%; комплексно диспансерно /амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания – с 2,2 хил. прегледа по-малко или с 9,1%.

- в структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на СИМП – 165 079,3 хил. лв. или 75,5% се формират от специализираните прегледи (първични и вторични) по повод остри състояния (през 2016 г. делът е бил 76,8%); увеличава се делът на физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) – 7,5% от плащанията за СИМП през 2017 г. спрямо 6,4% през 2016 г. и на експертната дейност – 3,3% от плащанията за СИМП през 2017 г. спрямо 2,8% през 2016 г.; намалява делът на високоспециализираните дейности – 7,2% от плащанията за СИМП през 2017 г. спрямо 7,5% през 2016 г. и прегледите по повод диспансерно наблюдение – 4,0% от плащанията за СИМП през 2016 г., спрямо 4,1% през 2015 г.;

- с НРД за медицинските дейности за 2017 г., от 01.04.2017 г. се увеличени цените на първичните посещения, на профилактичните прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по „Педиатрия“, на профилактичните прегледи по програма „Майчино здравеопазване“, на профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. от рискови групи, на специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболявания и на специализирания физиотерапевтичен преглед.

В приложение 2 към отчета е показана съпоставка по видове дейности в СИМП на отчетените обеми и заплатените стойности през 2017 г. и 2016 г.

3.3. Здравноосигурителни плащания за дентална помощ (ДП)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 147 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата са увеличени с 12 877,4 хил. лв. за сметка на средствата от резерв, като остатъкът от средства към 31.12.2017 г. в размер от 19,5 хил. лв., е насочен с вътрешно-компенсирани промени по реда на чл.115 от ЗПФ към здравноосигурителни плащания с отчетен недостиг на средства.

В резултат на промените, годишният план на здравноосигурителни плащания за ДП за 2017 г. възлиза на 159 857,9 хил. лв.

Към 31.12.2017 г. са изплатени 159 857,8 хил. лв. или 100,0% от заложените в годишен план за 2017 г. средства и представляват 4,6% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания. От тях 14 445 хил. лв. са за заплащане на дейност м.ноември 2016 г., отложено за извършване през м.януари 2017 г. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 42 010,7 хил. лв. (вкл. 14 445 хил. лв. за заплащане на дейност м.ноември 2016 г., отложено за извършване 2017 г.) или с 35,6%.

За съпоставими 12-месечни периоди (м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. спрямо м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г.) се отчита ръст на разходите с 13 120,6 хил. лв. или с 9,9%. Основно ръстът се дължи на увеличаване от м.септември 2016 г. на заплащания брой дентални дейности за ЗОЛ над 18 г. възраст – до 3 дейности спрямо заплащаните до 31.08.2016 г. - до 2 дейности.

Общо за 12-месечния период м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус по реда на НРД за денталните дейности са обхванати 1 493,7 ЗОЛ над 18 години или 31,4% от ЗОЛ над 18 години,

Кратък годишен отчет за изпълнение на бюджета на НЗОК за 2017 година

като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,4 дентални дейности. За сравнение през периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус по реда на НРД за денталните дейности са обхванати 1 518,7 ЗОЛ над 18 години или 31,4% от ЗОЛ над 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2 дентални дейности.

Общо за 12-месечния период м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус по реда на НРД за денталните дейности са обхванати 350,7 ЗОЛ до 18 години или 28,6% от ЗОЛ до 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,9 дентални дейности. За сравнение през периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус по реда на НРД за денталните дейности са обхванати 361,5 ЗОЛ до 18 години или 29,4% от ЗОЛ до 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,9 дентални дейности.

В структурата на разходите на НЗОК за заплащане на денталната помощ (за съпоставими 12-месечни периоди) се отчита увеличение на дела на разходите за ЗОЛ над 18 години – 75,2% от общия разходи спрямо 71,6% през периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г., като съответно дялът на плащанията на НЗОК за ЗОЛ до 18 години намалява на 24,4% спрямо 28,1%.

През 2017 г. цените на дейностите в ДП са запазени на нивата от 2016 г.

В приложение 2 към отчета е показана съпоставка по видове дейности в ДП на отчетените обеми и стойности, подлежащи на заплащане през 2017 г. и 2016 г.

3.4. Здравноосигурителни плащания за медико-диагностична дейност (МДД)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 77 500 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата са увеличени с 1 921,9 хил. лв., в т.ч.

- с 836,3 хил. лв. за сметка на средствата от резерв

- с 1 085,6 хил. лв. от вътрешно-компенсирани промени, по реда на чл.115 от ЗПФ.

В резултат на увеличението, годишният план на здравноосигурителни плащания за МДД за 2017 г. възлиза на 79 421,9 хил. лв. (в т.ч. 571,6 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. са изплатени 79 421,8 хил. лв. (в т.ч. 571,6 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план за 2017 г. средства и представляват 2,3% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 5 006,3 хил. лв. или с 6,7%.

През 2017 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на МДД дейност за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. Общо през периода са заплатени 21 223,9 хил. медико-диагностични изследвания, което е с 891,8 хил. изследвания или с 4,4% повече от заплатените през 2016 г. дейности на изпълнителите на МДД за периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г. По видове МДД, заплатени през 2017 г. спрямо заплатените през 2016 г., се отчита:

- общо увеличение на обемите изследвания от специалности: Клинична лаборатория - със 734,9 хил. изследвания повече или с 4,1% (основно в следствие на включването в пакета по Наредба 2/2016 г. на изследване LDL – холестерол); Образна диагностика – със 103,1 хил. изследвания повече или с 6,8%; Клинична микробиология – с 37,7 хил. изследвания повече или с 6,6%; Обща и клинична патология – с 14,7 хил. изследвания повече или със 7,3%; Вирусология – с 2,5 хил. изследвания повече или с 3,2%;

- общо намаление на обемите изследвания само при специалност Имунохематология – с 1,3 хил. изследвания по-малко или с 3%;

- в структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на МДД разпределението по специалности на изследванията се запазва спрямо 2016 г. – 41 993,9 хил. лв. или 52,9% се формират от изследвания от специалност Клинична лаборатория; 29 480,1 хил. лв. или 37,1% се формират от изследвания от специалност Образна диагностика; изследванията от останалите специалности формират 10% от плащанията или 7 947,7 хил. лв.

- с НРД за медицинските дейности за 2017 г. от 01.04.2017 г. са увеличени цените на медико-диагностични изследвания: Химично изследване на урина с течни реактиви (рН, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв); LDL – холестерол; Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST; Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG).

В приложение 2 към отчета е показана съпоставка по видове МДД на отчетените обеми и заплатените стойности през 2017 г. и 2016 г.

3.5. Здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, в т.ч.:

3.5.1. лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, са в размер на 573 006 хил. лв. С решения на НС на НЗОК тези средства бяха увеличени общо със 124 680,3 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение със 120 140 хил. лв. за сметка на средствата от резерва на НЗОК,
- увеличение с 5 255,9 хил. лв. от преизпълнението на приходите, на основание §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.
- намаление със 715,5 хил. лв. с вътрешно-компенсирани промени, по реда на чл.115 от ЗПФ.

В резултат на увеличението, годишният план на здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната за 2017 г. възлиза на 697 686,3 хил. лв.

Общата стойност на отчетения разход към 31.12.2017 г. е в размер на 697 686,3 хил. лв. или 100,0% от заложените в годишен план за 2017 г. средства и представляват 19,9% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2016 г. разход се отчита ръст с 82 242,6 хил. лв. или с 13,4%.

Съгласно чл. 45, ал. 10 от ЗЗО, за лекарствени продукти (ЛП), за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват ЛП на други притежатели на разрешение за употреба (ПРУ), както и за тези с ново международно непатентно наименование, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС, по чл. 262, ал. 6, т. 1 от ЗЛПХМ (Приложение 1 на ПЛС-предоставяни от аптеки), НЗОК и ПРУ ежегодно провеждат задължително централизирано договаряне на отстъпки при условия, по ред и по критерии, определени в Наредба 10 от 2009 г.

Съгласно § 17 от ПЗР на Наредба 10 от 2009 г., НЗОК спира да заплаща за ЛП по чл. 45, ал. 10 от ЗЗО, за които не са договорени отстъпки.

Отстъпката по чл. 21, ал. 1, т. 1 от Наредба 10 от 2009 г. под формата на възстановяване на разходи (компенсация) следва да е в общ размер на не по-малко от 10 на сто от разходите на НЗОК за съответно тримесечие за ЛП по чл. 45, ал. 10 от ЗЗО на един ПРУ, разпределена изцяло в полза на НЗОК.

Договорената отстъпка се предоставя след приключване на всяко тримесечие от ПРУ чрез директно плащане на НЗОК след подписване на протокол придружен със справка за количествата от лекарствените продукти, заплатени от НЗОК през съответния период, предоставен от НЗОК в 30-дневен срок от изтичане на отчетния период. Съгласно сключените договори с ПРУ за 2016 и 2017 г. за четвъртото тримесечие на годината отстъпките се възстановяват авансово заедно с отстъпките за 3то тримесечие на база прогнозна стойност. След изтичане на четвъртото тримесечие на годината, НЗОК изготвя справка за количествата от лекарствените продукти, заплатени от НЗОК през съответния период, изравнителните суми се заплащат, заедно със сумите за първо тримесечие на следващата година.

Общата стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО, предоставени на ЗОЛ през 2017 г., е 526 684,7 хил. лв., което е със 115 128,2 хил. лв. или с 28% повече спрямо 2016 г. Общата стойност на ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО, предоставени от аптеките през 2017 г., представлява 62,9% от общата стойност на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, заплащани на аптеките, спрямо 56,5% през 2016 г.

Общата стойност на дължимите за тези разходи отстъпки по сключените договори с ПРУ по реда на Наредба № 10 от 2009 г., е 125 307,2 хил. лв. или в размер на 23,8% от разходите за ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО. Общата стойност на дължимите през 2017 г. отстъпки е нараснала с 64 867,6 хил. лв. и със 107,3% спрямо тази за 2016 г.

След приспадане на дължимите отстъпки нетната обща стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО възлиза на 401 377,5 хил. лв., което е с 50 260,6 хил. лв. или с 14,3% повече спрямо 2016 г.

Постъпилите през 2017 г. отстъпки за ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО, по реда на чл.21, ал.1, т.1 от Наредба №10 от 2009, съгласно сключените договори с ПРУ, са в размер на 131 722,2 хил. лв., което е със 72 177 хил. лв. или със 121,2% повече спрямо 2016 г. Съгласно §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. постъпилите отстъпки са отчетени в намаление на извършените от НЗОК здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната.

В приложение 2 към отчета са представени показатели, свързани с изпълнението на Раздел "Условия, критерии и ред за провеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 1 и 2 от ЗЛПХМ" на Наредба № 10 от 2009 г., за 2016 г. и 2017 г.

Извършените от НЗОК през 2017 г. здравноосигурителни плащания по договори по чл.45, ал.15 от ЗЗО с притежателите на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти (аптеки), за предоставени на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, са в размер на 829 408,5 хил. лв. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст със 128 039,9 хил. лв. или с 18,3%.

През 2017 г. са заплатени продукти за домашно лечение, предоставени на ЗОЛ в периода 16.11.2016 г. - 31.10.2017 г., 89% от предоставените в периода 01-15.11.2016 г., подлежащи на плащане през 2016 г., но отложени за заплащане през 2017 г. на стойност 28 919 хил. лв. и 14% от предоставените в периода 01-15.11.2017 г. на стойност 5 254,0 хил. лв. или са заплатени 24,03 отчетни 15-дневни периода. Останалите 31 708,2 хил. лв. от стойността на предоставените от аптеките продукти в периода 01-15.11.2017 г. са отложени за заплащане през 2018 г.

Извършените през 2016 г. разходи за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение, са за предоставените на ЗОЛ продукти в периода 16.11.2015 г. – 31.10.2016 г., 50% от предоставените в периода 01-15.11.2015 г. и 10% от предоставените в периода 01-15.11.2016 г., или за 23,6 отчетни 15-дневни периода.

През периодите, подлежащи на заплащане през 2017 г. (16.11.2016 г. – 15.11.2017 г.) аптеките са предоставяли лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, на 1 530,8 хил. ЗОЛ, което е с 4 хил. ЗОЛ или с 0,3% по-малко обхванати лица спрямо съпоставимите периоди (16.11.2015 г. – 15.11.2016 г.), подлежащи на заплащане през 2016 г.

Годишният ръст на разходи за 12-месечните съпоставими периоди, подлежащи на заплащане през 2017 г. спрямо 2016 г. е с 128 039,9 хил. лв. или с 18,3% и се дължи основно на:

- непрекъснатите промени в номенклатурата и стойностите на лекарствените продукти, включени в ПЛС, заплащан от НЗОК;
- разширяване на обхвата на прилаганата терапия;
- увеличаване на броя на болните с едно и повече заболявания, за чието домашно лечение НЗОК заплаща, което е пряко свързано с тенденциите на застаряване на населението и нарастване на дела на ЗОЛ над 65 години;
- увеличаване на броят на болните с редки заболявания, обърнали се към системата, в резултат на научния прогрес и увеличените възможности на диагностиката, демографските и др. процеси.

Основната част (90,7%) от разхода за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение за периодите, подлежащи за плащане през 2017 г., е по седем анатомо-терапевтични групи: група L – “Антинеопластични и имуномодулиращи средства” (за лечение на артрит, множествена склероза, онкологични заболявания и хепатит) – 157 371,2 хил. лв. или 18,9%; група А – “Храносмилателна система и метаболизъм” (основно за лечение на захарен диабет) – 145 312,1 хил. лв. или 17,4%; група J – „Антиинфекциозни средства за системно приложение“ (за лечение на хронични вирусни хепатити, фиброза и цироза на черния дроб) – 127 404,1 хил. лв. или 15,3%; група R – „Дихателна система“ (основно за лечение на астма и хронична обструктивна белодробна болест) – 91 563,7 хил. лв. или 11,0%; група С – “Сърдечно-съдова система” (основно за лечение на хипертонии) – 81 962,9 хил. лв. или 9,8%; група В – „Кръв и кръвообразуващи органи“ – 77 673,3 хил. лв. или 9,3% и група N – „Нервна система“ – 74 472,3 хил. лв. или 8,9%. И през периодите, подлежащи на заплащане през 2016 г., тези продукти са формирали основния дял от разхода (89,8%).

В приложение 2 към отчета е показана съпоставка по анатомотерапевтични групи на продукта на заплатените от НЗОК стойности и брой ЗОЛ, на които аптеките са предоставили лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, подлежащи на заплащане през 2017 г. и 2016 г. --

3.5.2. лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, са в размер на 225 565,6 хил. лв. С решения на НС на НЗОК тези средства бяха увеличени общо с 62 573,8 хил. лв., в т.ч.:

- с 62 098 хил. лв. за сметка на средствата от резерва на НЗОК,
- с 475,8 хил. лв. от вътрешно-компенсирани промени, по реда на чл.115 от ЗПФ.

В резултат на увеличението, годишният план на здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги за 2017 г. възлиза на 288 139,4 хил. лв. (в т.ч. 6 631,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Общата стойност на отчетения разход към 31.12.2017 г. е в размер на 288 139,4 хил. лв. (в т.ч. 6 631,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план за 2017 г. средства и представляват 8,2% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2016 г. разход се отчита намаление с 1 595,1 хил. лв. или с 0,6%.

Съгласно чл. 45, ал. 19 от ЗЗО, за ЛП, за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват ЛП на други ПРУ, както и за тези с ново международно непатентно наименование, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС, по чл. 262, ал. 6, т. 2 от ЗЛПХМ (Приложение 2 на ПЛС- за лечение на онкологични заболявания в БМП), НЗОК и ПРУ ежегодно провеждат задължително централизирано договаряне на отстъпки при условия, по ред и по критерии, определени в Наредба 10 от 2009 г.

Съгласно § 17 от ПЗР на Наредба 10 от 2009 г., НЗОК спира да заплаща за ЛП по чл. 45, ал. 19 от ЗЗО, за които не са договорени отстъпки.

Отстъпката по чл. 21, ал. 1, т. 1 от Наредба 10 от 2009 г. под формата на възстановяване на разходи (компенсация) следва да е в общ размер на не по-малко от 10 на сто от разходите на НЗОК за съответно тримесечие за ЛП по чл. 45, ал. 19 от ЗЗО на един ПРУ, разпределена изцяло в полза на НЗОК.

Договорената отстъпка се предоставя след приключване на всяко тримесечие от ПРУ чрез директно плащане на НЗОК след подписване на протокол придружен със справка за количествата от лекарствените продукти, заплатени от НЗОК през съответния период, предоставен от НЗОК в 30-дневен срок от изтичане на отчетния период. Съгласно сключените договори с ПРУ за 2016 и 2017 г. за четвъртото тримесечие на годината отстъпките се възстановяват авансово заедно с отстъпките за 3то тримесечие на база прогнозна стойност. След изтичане на четвъртото тримесечие на годината, НЗОК изготвя справка за количествата от лекарствените продукти, заплатени от НЗОК през съответния период, изравнителните суми се заплащат, заедно със сумите за първо тримесечие на следващата година.

Общата стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО, предоставени на ЗОЛ през 2017 г., е 336 139,8 хил. лв., което е с 68 238,4 хил. лв. или с 25,5% повече спрямо 2016 г. Общата стойност на ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО, приложени от изпълнители на БМП през 2017 г., представлява 92,3% от общата стойност на

лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, спрямо 90,7% през 2016 г.

Общата стойност на дължимите за тези разходи отстъпки по сключените договори с ПРУ по реда на Наредба № 10 от 2009 г., е 41 276,5 хил. лв. или в размер на 12,3% от разходите за ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО. Общата стойност на дължимите през 2017 г. отстъпки е нараснала с 14 500,6 хил. лв. и с 54,2% спрямо тази за 2016 г.

След приспадане на дължимите отстъпки нетната обща стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО възлиза на 294 863,3 хил. лв., което е с 53 737,8 хил. лв. или с 22,3% повече спрямо 2016 г.

Постъпилите през 2017 г. отстъпки за ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО, по реда на чл.21, ал.1, т.1 от Наредба №10 от 2009, съгласно сключените договори с ПРУ, са в размер на 39 551,4 хил. лв., което е с 13 171,8 хил. лв. или със 49,9% повече спрямо 2016 г. Съгласно §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. постъпилите отстъпки са отчетени в намаление на извършените от НЗОК здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП.

В приложение 2 към отчета са представени показатели, свързани с изпълнението на Раздел "Условия, критерии и ред за провеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 1 и 2 от ЗЛПХМ" на Наредба № 10 от 2009 г., за 2016 г. и 2017 г.

Извършените от НЗОК през 2017 г. здравноосигурителни плащания по договори с изпълнители на болнична медицинска помощ (БМП), за приложени лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, са в размер на 327 690,8 хил. лв. (в т.ч. 6 631,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 37 956,3 хил. лв. или с 13,1%.

С тези средства са заплатени лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги продукти, приложени от изпълнителите на БМП при клинични пътеки (КП) или амбулаторни процедури (АП), оказани на 32 681 ЗОЛ в периода м.декември 2016 г. – м.октомври 2017 г. (или 11 месеца на прилагане), съгласно договореното с НРД за медицинските дейности за 2017 г. удължаване на сроковете за заплащане на приложените ЛП в БМП – до края на втория месец, следващ отчетния. През съпоставимия период м.декември 2015 г. – м.октомври 2016 г., заплатен през 2016 г., лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания са приложени от изпълнителите на БМП на 31 680 ЗОЛ, което представлява увеличение за 2017 г. с хиляда пациента или с 3,2%.

Продуктите за лекарствена терапия на злокачествени заболявания, прилагани в болничната медицинска помощ, се определят от ПЛС – Приложение 2. Злокачествените заболявания (солидни тумори и онкохематологични заболявания) са посочени в Наредба 40/2004 г. за определяне на основния пакет от дейности заплащан от НЗОК. С изменението в Наредба 10 (в сила от 14.8.2015г.) са дефинирани условията и редът, по които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 2 ЗЛПХМ, приложими при лечението на злокачествените заболявания в болничната медицинска помощ. Лекарствените продукти, прилагани в болничната помощ и заплащани от НЗОК извън цената на клиничните пътеки и амбулаторните процедури, заплащани от НЗОК за онкологични заболявания са включени в „Списък на противотуморните лекарствени продукти за лечение по амбулаторни процедури № 6 "Системно лекарствено лечение-при злокачествени

солидни тумори и хематологични заболявания" и № 7 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки № 240, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250.1, 250.2, 251.1, 251.2 и 252, на необходимите еритро- и гранулоцитните колонистимулиращи фактори и бифосфонати“ (Списъка).

Съгласно приетите от Надзорния съвет на НЗОК Правила по реда на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2016 г. и 2017 г. дейностите (амбулаторни процедури и клинични пътеки) за онкологични заболявания и свързаните с тях ЛП се заплащат на изпълнителите на БМП извън месечните стойности определяни на ЛЗ за БМП.

Запазва се тенденцията на разширяване на предлагането за ЗОЛ на лекарствена терапия при злокачествени заболявания по сключени договори за болнична медицинска помощ с НЗОК. През 2016 г. 40 лечебни заведения в 16 области са оказвали лекарствена терапия при злокачествени заболявания по сключени договори за болнична медицинска помощ с НЗОК. През 2017 г. по договор с НЗОК работят 41 лечебни заведения в 16 области, като нов договорен партньор на НЗОК за тези дейности е УМБАЛ Дева Мария ЕООД от м.05.2017 г.

В приложение 2 към отчета е показана съпоставка по изпълнители на БМП на заплатените от НЗОК стойности и брой ЗОЛ, на които изпълнителите на БМП са приложили лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, през 2016 г. и 2017 г.

3.6. Здравноосигурителни плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ (МИ)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 80 000 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата са увеличени с 18 420 хил. лв. за сметка на средствата от резерв, като остатъкът от средства към 31.12.2017 г. в размер от 274,8 хил. лв., е насочен с вътрешно-компенсирани промени по реда на чл.115 от ЗПФ към здравноосигурителни плащания с отчетен недостиг на средства.

В резултат годишният план е в размер на 98 145,2 хил. лв. (в т.ч. 3 474,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. са изплатени 98 145,1 хил. лв. (с включени 3 474,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от годишния план и представляват 2,8% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст със 17 919,5 хил. лв. или с 22,3%.

През 2017 г. със средствата са заплатени отчетените от изпълнителите на БМП МИ, приложени при дейност за периода м.декември 2016 г. – м.октомври 2017 г. (или 11 месеца на прилагане), съгласно договореното с НРД за медицинските дейности за 2017 г. удължаване на сроковете за заплащане на приложените МИ в БМП – до края на втория месец, следващ отчетния и МИ, приложени при дейност м.ноември 2016 г. на стойност 8 525,8 хил. лв., отложени за заплащане от 2016 г. Със средствата от 80 225,6 хил. лв. през 2016 г. са заплатени отчетените от изпълнителите на БМП МИ, приложени при дейност за периода м.декември 2015 г. – м.октомври 2016 г..

За съпоставими 11-месечни периоди (м.декември 2016 г. – м.октомври 2017 г. спрямо м.декември 2015 г. – м.октомври 2016 г.) се отчита ръст на разходите с 9 277,4 хил. лв. или с 11,6%. Общо за периода м.декември 2016 г. – м.октомври 2017 г. са заплатени 64 919 МИ, приложени при дейности в БМП, което е с 5 099 МИ или с 8,5% повече от заплатените за периода м.декември 2016 г. – м.октомври 2017 г. МИ на изпълнителите на БМП. По групи МИ, за съпоставими 11-месечни периоди, се отчита:

Кратък годишен отчет за изпълнение на бюджета на НЗОК за 2017 година

- общо увеличение на обемите МИ от всички групи, с изкл. на група „Съдова протеза за гръдна аорта“, при които се отчита намаление с 16 МИ или 5,9%, група „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ – намаление с 24 МИ или 1,4% и група „Постоянен кардиостимулатор“ – намаление с 43 МИ или 1,2%. Най-голямо увеличение на броя приложени МИ се отчита при групи „Съдов стент“ – с 3 526 МИ или с 11,8% и при група „Медицински изделия за спинална хирургия“ – със 761 МИ или с 202,9%;

- в структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на БМП – основен дял (77%) заемат МИ от групи „Съдов стент“ (46,2%), „Сърдечна клапна протеза“ – 10,9%, „Ставна протеза за тазобедрена става“ – 10,5% и „Постоянен кардиостимулатор“ – 9,6%. През периодите, заплатени 2016 г. делът на тези групи МИ, от разходите на НЗОК е бил 79,4%.

- от 01 април 2017 г. в списъка МИ, заплащани от НЗОК в полза на ЗОЛ, извън стойността на клиничните пътеки и амбулаторните процедури, по реда на „Наредба за условията и реда за съставяне на списък на медицински изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат“ бяха включени нови групи МИ: група „Импланти за невростимулация“ и група „Медицински изделия, прилагани при онкологични терапии“. За седемте месеца, подлежащи на заплащане през 2017 г. (от 01.04. – 31.10.2017 г.) няма отчетено прилагане на МИ от 2те нови групи.

- най-голямо увеличение на разхода на НЗОК се формира от отчетените МИ от: група „Съдов стент“ – с 4 353,6 хил. лв. или с 11,8%; група „Медицински изделия за спинална хирургия“ – с 1 979,5 хил. лв. или с 207,3% и група „Транскатетърни клапни протези“ – с 1 204,8 хил. лв. или с 43,2%.

- средната цена, заплащана от НЗОК през 2017 г. за МИ е най-висока в група „Устройство за механично подпомагане на циркулацията (изкуствено сърце)“ – 160 000 лв. за МИ (спрямо пределна цена от 50 000 лв. през 2016 г., по която няма отчетено МИ); в група „Транскатетърни клапни протези“ – 49 885 лв. за МИ (спрямо 49 751 лв. през 2016 г.) и група „Кохлеарни имплантни системи“ – 23 400 лв. за МИ (спрямо 30 545 лв. през 2016 г.). Най-голямо намаление на средната цена, заплатена от НЗОК се отчита при МИ от група „Кохлеарни имплантни системи“ – със 7 145 лв. или с 23,4%.

В приложение 2 към отчета е показана съпоставка по групи МИ на отчетените обеми и стойности, подлежащи на заплащане през 2017 г. и 2016 г.

3.7. Здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ (БМП)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 1 457 528,9 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 238 021,5 хил. лв., в т.ч.:

- със 119 739 хил. лв. за сметка на средствата от резерва на НЗОК,
- с 4 538,4 хил. лв. с вътрешно-компенсирани промени, по реда на чл.115 от ЗПФ,
- със 113 744,1 хил. лв. от преизпълнението на приходите, на основание §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

В резултат на промените годишният план е в размер на 1 695 550,4 хил. лв. (в т.ч. 70 816,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. за болнична медицинска помощ са изплатени 1 695 550,3 хил. лв. (в т.ч. 70 816,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план средства и представляват 48,5% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2016 г.

плащания за болнична медицинска помощ се отчита увеличение с 81 994,8 хил. лв. или с 5,1%.

През 2017 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на БМП дейност за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. Общо през периода са заплатени общо 3 253,3 хил. дейности, което е със 153,8 хил. дейности или с 5,0% повече от заплатените през 2016 г. дейности за периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г. Съгласно номенклатурата на дейностите по Наредба № 2 от 2016 г. и съпоставимостта ѝ с номенклатурата по Наредба № 40 от 2004 г., по видове дейности, заплатени през 2017 г. спрямо заплатените през 2016 г., се отчита:

- заплатените случаи по КП (медицински дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа) са 1 922,8 хил. случая на обща стойност от 1 451 814,7 хил. лв., което представлява увеличение на заплатени обеми с 10,7 хил. случая или с 0,6% и увеличение в стойността с 58 981 хил. лв. или с 4,2%.

- заплатените клинични процедури (КПр са медицински дейности с продължителност до 24 часа по отношение на пациента самостоятелно и/или преди, по време на или след болнично лечение по КП) са 215,6 хил. процедури на обща стойност от 68 884,4 хил. лв., което представлява увеличение на заплатени обеми с 18,4 хил. процедури или с 9,3% и увеличение в стойността със 7 744,6 хил. лв. или с 12,7%.

- заплатените АПр (медицински дейности по отношение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение) са 1 114,8 хил. процедури на обща стойност от 175 087 хил. лв., което представлява увеличение на заплатени обеми със 125,6 хил. процедури или с 12,8% и увеличение в стойността с 15 083,6 хил. лв. или с 9,5%.

Основен дял от увеличението (97 хил. дейности или 63,1% от увеличението на обемите дейности и 45 990,3 хил. лв. или 56,4% от ръста на разходите) се формира от дейностите, които по реда на Правилата по чл.4 от ЗБНЗОК за 2017 г. за контролиране на плащанията към изпълнителите на БМП, се заплащат извън месечните стойности, определящи финансовата рамка по индивидуалните договори на изпълнителите с НЗОК. Това са дейности за хемодиализа, за раждане и новородени, за интензивно лечение, за онкологични заболявания, за радиохирургия и роботизирана радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания, за позитронно-емисионна компютърна томография (РЕТ/СТ) и за лечение и рехабилитация при тежко протичащи, хронично инвалидизиращи заболявания в детската възраст с необходимост от продължителна специализирана рехабилитация – ДЦП и нервно-мускулни увреждания (определени като номенклатура КП, КПр и АПр в Приложение 1 на Правилата по чл.4 от ЗБНЗОК за 2017 г.) От тези дейности най-голям ръст отчитат дейностите по лъчелечение е радиохирургия – увеличение на разхода с 16 734,2 хил. лв. или с 47,9% и позитронно-емисионна компютърна томография (РЕТ/СТ) - увеличение на разхода с 7 831,3 хил. лв. или с 42,3%.

От дейностите, които по реда на Правилата по чл.4 от ЗБНЗОК за 2017 г. за контролиране на плащанията към изпълнителите на БМП, се заплащат в рамките на месечните стойности, най-висок ръст на разходите са формирали дейностите по специалност „Кардиология“ – за които през 2017 г. са заплатени 215 129,9 хил. лв. или 12,7% от плащанията към изпълнителите на БМП, което е с 6 202,8 хил. лв. или с 3% повече от 2016 г.; специалност „Гастроентерология“ – заплатени 124 121,5 хил. лв. или 7,3% от плащанията, което е с 5 128,4 хил. лв. или с 4,3% повече от 2016 г.; специалност „Неонатология“ – заплатени 48 261,2 хил. лв. или 2,9% от плащанията, което е с 4 520,6 хил. лв. или с 10,3% повече от 2016 г.; специалност „Кардиохирургия“ – заплатени 65 144,7 хил. лв. или 3,8% от плащанията, което е с 4 145,1 хил. лв. или с

6,8% повече от 2016 г.; специалност „Хирургия“ – заплатени 138 446,5 хил. лв. или 8,2% от плащанията, което е с 3 305,8 хил. лв. или с 2,4% повече от 2016 г.

Основните фактори, които влияят в процеса на нарастване на здравноосигурителните плащания на НЗОК за БМП са:

1. Продължаващата тенденция на застаряване на ЗОЛ и свързаната с това по-висока необходимост от медицинска помощ. От друга страна по-ниските доходи на лицата в тази възрастова група водят до негативната тенденция свързана с незакупуване и неприлагане на предписаното извънболнично лечение на заболяванията, в следствие на което нараства потребността от болнично лечение;

2. Продължаващата тенденция на разширяване предлагането на болнична помощ за ЗОЛ – разкриване и лицензиране както на нови лечебни заведения, така и на нови структури, капацитет и технологии в съществуващите лечебни заведения.

3. Въвеждането в алгоритъма на дейностите, заплащани от НЗОК, на новите високотехнологични и високоспециализирани методи и терапии, които предвид изискваните ресурси се заплащат на по-високи цени от НЗОК. Освен това във връзка с по-добрата си медицинска ефективност те са предпочитани за прилагане, както от пациентите, така и медицинските специалисти, което води до бързо увеличаване на отчитаните обеми.

4. Предвид организацията здравноосигурителните плащания на НЗОК за основния пакет здравни дейности, със средствата за направление болнична помощ се заплащат и дейностите които не предполагат болнично лечение, като например АПр, осъществявани по договори както с лечебни заведения за болнична помощ, така и за извънболнична помощ. Заплащането за АПр в размер от 175 087 хил. лв., формира 10,3% от здравноосигурителните плащания за БМП през 2017 г.

В приложение 2 към отчета е показана съпоставка по видове дейности в БМП съгласно номенклатурата на Наредба № 2 от 2016 г. и съпоставимостта ѝ с номенклатурата на дейностите по Наредба № 40 от 2004 г., на отчетените и заплатени обеми и стойности през 2017 г. и 2016 г.

3.8. Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 60 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 1 024,2 хил. лв., в т.ч.:

- с 960,1 хил. лв. с вътрешно-компенсирани промени, по реда на чл.115 от ЗПФ и
- с 64,1 хил. лв. от целеви субсидии от МЗ по реда §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

В резултат на промените годишният план на средствата, определени за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност са в размер на 61 024,2 хил. лв. (в т.ч. 122 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Отчетените през 2017 г. разходи са в размер на 61 024,2 хил. лв. (в т.ч. 122 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план средства и представляват 1,7% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания. Прямо извършения към 31.12.2016 г. разход се отчита ръст с 21 277,7 хил. лв. или с 53,5%.

По направление на плащанията по правилата за координация на системите за социална сигурност, извършените разходи са както следва:

- Заплатена медицинска помощ, оказана на територията на Р България от договорни партньори на НЗОК за осигурени в други държави лица, на стойност от 5 466,4 хил. лв. (в т.ч. 122 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) за 4,8 хил. случая. Прямо 2016 г. разходите отчитат ръст от 1 315,5 хил. лв. или 31,7%.

- Възстановените през 2017 г. разходи на НЗОК от други държави по изпратени от НЗОК искове са в размер на 2 145,9 хил. лв., което представлява 42% от неприключената стойност към 01.01.2017 г. по изпратените от НЗОК искове към другите държави за възстановяване на разходи на НЗОК, за медицинска помощ получена на територията на България от техни осигурени лица.

- Възстановени разходи на ЗОЛ за заплатена от тях медицинска помощ при престой в друга държава, на стойност 435,3 хил. лв. по 140 заявления на ЗОЛ.

- Плащания по постъпили искове от други държави за получени на тяхна територия обезщетения в натура от ЗОЛ, осигурени в НЗОК, на стойност 57 268,4 хил. лв., което представлява 25% от неприключената легова равностойност към 01.01.2017 г. по постъпилите искове от други държави. През всяка от годините от приемането на България в ЕС годишните суми на платените задължения по исковете на другите държави са по-ниски от стойността на постъпилите през годината искове, което се дължи на недостатъчни бюджетни средства в периода на календарната година и е причина за непрестанно нарастване на стойността на задълженията към другите държави. Тези темпове на нарастване на задълженията на Република България по правилата за координация на системите за социална сигурност значително надвишават финансовите възможности на НЗОК, като към 31.12.2017 г. общата стойност на неприключените искове от другите държави възлиза на 259 111,3 хил. лв., от които просрочени, в рамките на утвърдения годишен размер на бюджетните средства за здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност помощ, са суми в размер на 119 467 хил. лв.

В приложение 2 към отчета са представени показатели, свързани с финансовите ангажименти на НЗОК за периода на прилагане на правилата за координация на системите за социална сигурност (2007 г. – 2017 г.)

4. Плащания от трансфери от МЗ по чл. 1, ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2017 г.

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 24 000 хил. лв.

Към 31.12.2017 г. са изплатени 23 652,4 хил. лв. (в т.ч. 97,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 98,6% от заложените средства в ЗБНЗОК за 2017 г. Със средствата са заплатени дейности и продукти предоставени в периода м.ноември 2016 г. – м.август 2017 г. (или 10 месеца на дейност). Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита намаление със 710,5 хил. лв. или с 2,9%, като през 2016 г. са заплатени дейности и продукти предоставени в периода м.ноември 2015 г. – м.октомври 2016 г. (или 12 месеца на дейност).

По направления на плащанията от трансфери от МЗ разпределението е както следва:

4.1. Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ – приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 2 180 хил. лв. Към 31.12.2017 г. са изплатени 2 000,3 хил. лв. (в т.ч. 48 лв. трансфер за ведомствени болници) или 91,8% от заложените средства в ЗБНЗОК за 2017 г. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 1 315,8 хил. лв. или със 192,2%. Въпреки по-малкия период на дейност, заплатен през 2017 г., високият ръст на разходите се дължи на включването от 01.03.2017 г. на заплащане по „Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 – 2021 г.“ Средномесечният разход за периодите на заплащане по двете програми, в размер на 366,3 хил. лв., представлява нарастване на разхода с 317,7 хил. лв. или със 753,7% спрямо средномесечния разход през 2016 г. за заплащане само по „Националната

програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2012-2016 г.“

4.2. Дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение – приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 1 740 хил. лв. Към 31.12.2017 г. са изплатени 1 735,3 хил. лв. (в т.ч. 74,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 99,7% от заложените средства в ЗБНЗОК за 2017 г. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 64,1 хил. лв. или с 3,8%. Средномесечният разход за периодите на дейност, заплатени през 2017 г., в размер на 173,5 хил. лв. е по-висок с 34,3 хил. лв. или с 24,6% спрямо средномесечния разход за периодите на дейност, заплатени през 2016 г., на което се дължи и отчетения ръст в разходите през 2017 г., въпреки по-малкия заплатен период на дейност.

4.3. Дейности за здравно неосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33 – приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 4 680 хил. лв. С решение на НС на НЗОК за вътрешно-компенсирани промени средствата бяха намалени с 635 хил. лв. Годишният план е в размер на 4 045 хил. лв. Към 31.12.2017 г. са изплатени 4 009,1 хил. лв. или 99,1% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита намаление с 696 хил. лв. или с 14,8%. Средномесечният разход за периодите на дейност, заплатени през 2017 г., в размер на 400,9 хил. лв. е по-висок с 8,8 хил. лв. или с 2,2% спрямо средномесечния разход за периодите на дейност, заплатени през 2016 г.

4.4. Плащания за сумите по чл. 37, ал. 6 от 33О – приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 15 400 хил. лв. С решение на НС на НЗОК за вътрешно-компенсирани промени средствата бяха увеличени с 635 хил. лв. за сметка на средствата за дейности за здравно неосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33. Годишният план е в размер на 16 035 хил. лв. (в т.ч. 23,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Към 31.12.2017 г. са изплатени 15 907,7 хил. лв. (в т.ч. 23,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 99,2% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита намаление с 1 394,4 хил. лв. или с 8,1%. Средномесечният разход за периодите на дейност, заплатени през 2017 г., в размер на 1 541,3 хил. лв. е по-висок с 58,3 хил. лв. или с 3,9% спрямо средномесечния разход за периодите на дейност, заплатени през 2016 г.

5. Разходи за придобиване на нефинансови активи

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 6 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха намалени с 3 473,5 хил. лв., за сметка на увеличение на здравноосигурителните плащания, по реда на чл.115 от ЗПФ. Годишният план е в размер на 2 526,5 хил. лв. Към 31.12.2017 г. са изплатени 2 520,1 хил. лв. или 99,7% от заложените в годишен план средства. От общия разход 2,2 хил. лв. са за основен ремонт на дълготрайни материални активи; 567,3 хил. лв. са за придобиване на дълготрайни материални активи (придобиване на компютри и хардуер, друго оборудване, машини и съоръжения и стопански инвентар) и 1 950,6 хил. лв. за придобиване на нематериални дълготрайни активи (програмни продукти).

6. Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи

Приетият със ЗБНЗОК за 2017 г. резерв е в размер на 341 381,6 хил. лв.

С решения на НС на НЗОК средствата са освободени и разпределени за здравноосигурителни плащания, както следва:

- със 7 270,9 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за СИМП,
- с 12 877,4 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за ДП,
- с 836,3 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за МДД,
- със 182 238 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, в т.ч. със 120 140 хил. лв. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната и с 62 098 хил. лв. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги,
- с 18 420 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за медицински изделия прилагани в БМП,
- със 119 739 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за БМП.

7. Предоставени трансфери на НАП по чл. 24, т. 6 от ЗЗО и към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 4 054 хил. лв. През годината средствата бяха увеличени с отчетените като трансфери средства, заплащани по договори, сключени между разпоредители с бюджет и НЗОК (ведомствени болници), в размер на 82 384,5 хил. лв., на основание §4 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. и указания на МФ ДР № 1 от 05.01.2017 г.

За целите на анализа в таблиците от приложение 1 средствата са в размер на 4 054 хил. лв. предоставен трансфер към НАП. Приспаднати са средствата, отчетени като трансфер за ведомствени болници, в размер на 82 384,5 хил. лв., които са включени в отчета на здравноосигурителните плащания и плащанията от трансфери от Министерството на здравеопазването по чл. 1, ал. 1, ред. 3 от ЗБНЗОК за 2017 г.

Към 31.12.2017 г. са изплатени 4 054 хил. лв. на НАП за такса за обслужване събирането на здравноосигурителни вноски, дължими за 2016 г. и 2017 г. до размера на заложените в ЗБНЗОК за 2017 г. средства.

III. Бюджетно салдо – дефицит (-) / излишък (+)

Съгласно ЗБНЗОК за 2017 г. (ДВ бр. 98 от 2016 г.) бюджетът на НЗОК за 2017 г. е приет с балансирано бюджетно салдо. В резултат на отчетените към 31.12.2017 г. разходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 571 333,3 хил. лв., спрямо отчетените приходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 581 495,3 хил. лв. се формира положително бюджетно салдо (излишък) в размер на 10 162,1 хил. лева.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица 1

№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ с включен трансфер към ведомствени болници	Параграф	ЗБНЗОК 2016 г.	Годишен план 2016 г. 30.12.2016г.	Отчет към 31.12.2016 г. след писмо на МФ	ЗБНЗОК 2017 г.	Годишен план 2017 г. 29.12.2017г. т.7 и т.8 от РД-НС-04-126/19.12.2017	Отчет към 31.12.2017 г. след писмо на МФ	Разлика отчет 2017 г. - отчет 2016 г. в лева	Изменение отчет 2017 г. - отчет 2016 г. в %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (к9-к6)	11 (к10/к6)
I.	ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		3 204 749 000	3 298 466 123	3 298 608 393	3 452 816 000	3 571 880 112	3 581 495 340	282 886 947	8,6%
I.1.	Здравноосигурителни приходи		3 166 199 000	3 256 329 300	3 257 760 137	3 413 816 000	3 529 316 151	3 538 237 127	280 476 990	8,6%
I.1.1.	Здравноосигурителни вноски	Ю-00	2 121 000 000	2 211 130 300	2 212 561 137	2 279 730 000	2 395 230 151	2 404 151 127	191 589 990	8,7%
I.2.	Трансфери за здравно осигуряване	31-10	1 045 199 000	1 045 199 000	1 045 199 000	1 134 086 000	1 134 086 000	1 134 086 000	88 887 000	8,5%
2.	Неденъчни приходи		14 550 000	17 274 000	16 315 150	15 000 000	18 499 849	19 194 101	2 878 951	17,6%
3.	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването, в т.ч.:	61-01	24 000 000	24 862 823	24 533 106	24 000 000	24 064 112	24 064 112	-468 994	-1,9%
3.1.	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (33); за дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение; дейности по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33 и за сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравето	61-01	24 000 000	24 362 823	24 363 706	24 000 000	24 000 000	24 000 000	-363 706	-1,5%
3.2.	Други трансфери от МЗ, съгласно §3 от ПЗР на ЗБНЗОК	61-01		500 000	500 000		64 112	64 112	-435 888	
3.3.	Възстановени неусвоени целеви средства, предоставени по реда на §2 от	61-01			-330 599		0	0	330 599	
	РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		3 204 749 000	3 298 466 123	3 296 984 001	3 452 816 000	3 571 880 112	3 571 333 259	274 349 258	8,3%
	РАЗХОДИ		3 201 065 000	3 294 782 123	3 293 300 001	3 448 762 000	3 567 826 112	3 567 279 259	273 979 258	8,3%
I.1.	Текущи разходи		2 877 445 000	3 291 077 469	3 289 595 920	3 101 380 400	3 565 299 607	3 564 759 195	275 163 275	8,4%
	Административни разходи		44 197 000	42 830 672	41 876 639	45 379 900	43 917 400	43 725 261	1 848 622	4,4%
I.1.1.	Разходи за персонал		32 509 000	32 051 971	32 029 217	34 239 900	33 882 900	33 961 990	1 932 773	6,0%
I.1.2.	Издръжка на административните дейности		11 688 000	10 778 701	9 847 422	11 140 000	10 034 500	9 763 271	-84 151	-0,9%
I.1.3.	Здравноосигурителни плащания	39-00	2 809 248 000	3 223 883 974	3 223 356 458	3 032 000 500	3 497 382 207	3 497 381 569	274 025 111	8,5%
I.1.3.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	39-01	180 017 000	186 893 112	186 877 830	200 000 000	198 902 690	198 902 628	12 024 798	6,4%
I.1.3.2.	Специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)	39-02	201 542 000	205 529 155	205 510 216	211 400 000	218 654 210	218 654 158	13 143 942	6,4%
I.1.3.3.	Дентална помощ	39-03	123 000 000	117 851 273	117 847 117	147 000 000	159 857 852	159 857 786	42 010 669	35,6%
I.1.3.4.	Медико-диагностична дейност	39-04	70 441 000	74 415 896	74 415 456	77 500 000	79 421 910	79 421 784	5 006 328	6,7%
I.1.3.5.	Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги в т.ч. лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната	39-05	750 926 000	905 201 282	905 178 204	798 571 600	985 825 751	985 825 651	80 647 447	8,9%
I.1.3.5.1.	в т.ч. за домашно лечение на територията на страната	39-05	540 926 000	615 466 777	615 443 730	573 006 000	697 686 338	697 686 289	82 242 559	13,4%
I.1.3.5.1.1.	в т.ч. стойност на възстановените разходи от ПР У, съгласно Наредба Ю/2009				701 368 565		529 408 464	128 639 899	18,3%	
I.1.3.5.1.2.	в т.ч. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	210 000 000	289 734 505	289 734 474	225 565 600	288 139 413	288 139 362	-1 595 112	-0,6%
I.1.3.5.2.1.	в т.ч. които НЗОК заплаща по изпълнителите на БМП извън стойността на оказваните медицински услуги				289 734 474		327 690 808	37 956 334	13,1%	
I.1.3.5.2.2.	в т.ч. стойност на възстановените разходи от ПР У, съгласно Наредба Ю/2009, по Приложение 2 от ПЛС						-39 551 446			
I.1.3.6.	Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ	39-07	80 000 000	80 225 602	80 225 573	80 000 000	98 145 153	98 145 088	17 919 515	22,3%
I.1.3.7.	Болнична медицинска помощ	39-06	1 343 322 000	1 613 767 654	1 613 555 568	1 457 528 900	1 695 550 429	1 695 550 323	81 994 755	5,1%
I.1.3.8.	Други здравноосигурителни плащания	39-10	60 000 000	40 000 000	39 746 494	60 000 000	61 024 212	61 024 151	21 277 657	53,5%
I.1.3.8.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказвана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност	39-10	60 000 000	40 000 000	39 746 494	60 000 000	61 024 212	61 024 151	21 277 657	53,5%
I.1.4.	Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването, по ал. 1, ред 3, за:	42-19	24 000 000	24 362 823	24 362 823	24 000 000	24 000 000	23 652 365	-710 458	-2,9%
I.1.4.1.	Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от 33		2 712 000	684 473	684 473	2 180 000	2 180 000	2 000 293	1 315 820	192,2%
I.1.4.2.	Дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение		1 288 000	1 671 193	1 671 193	1 740 000	1 740 000	1 735 326	64 133	3,8%
I.1.4.3.	Дейности за здравно неосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33		5 000 000	4 705 072	4 705 072	4 680 000	4 045 000	4 009 077	-695 995	-14,8%
I.1.4.4.	Суми по чл. 37, ал. 6 от 330		15 000 000	17 302 085	17 302 085	15 400 000	16 035 000	15 907 669	-1 394 416	-8,1%
I.2.	Придобиване на нефинансови активи		7 000 000	3 704 654	3 704 081	6 000 000	2 526 505	2 520 064	-1 184 017	-32,0%
I.3.	Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи	00-98	316 620 000	0	0	341 381 600	0	0	0	
2.	Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от 330	61-02	3 684 000	3 684 000	3 684 000	4 054 000	4 054 000	4 054 000	370 000	10,0%
III.	Дефицит/излишък		0	0	1 624 392	0	0	10 162 081	8 537 688	525,6%

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
Таблица 2

№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ с включен трансфер към ведомствени болници	Пара-граф	ЗБНЗОК 2017 г.	Промени по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (резерв)	Промени по реда на чл.115 от ЗПФ и съгласно т.7 и т.8 от решение № РД-НС-04-126/19.12.2017г. (вътрешно-компенсиран промени)	Промени по реда на §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. (препълнене на приходите)	Промени по реда на §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. (Целеви субсидии МЗ)	Общо промени по бюджета на НЗОК за 2017 г. (с включен трансфер към ведомствени болници)	Годишен план, съгласно извършените промени (с включен трансфер към ведомствени болници)
1	2	3	4	5	6	7	8	9 (к5+к6+к7+к8)	10 (к4+к9)
I.	ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		3 452 816 000	0	0	119 000 000	64 112	119 064 112	3 571 880 112
I.1.	Здравноосигурителни приходи		3 413 816 000	0	0	115 500 151	0	115 500 151	3 529 316 151
I.1.1.	Здравноосигурителни вноски	10-00	2 279 730 000			115 500 151		115 500 151	2 395 230 151
I.2.	Трансфери за здравно осигуряване	31-10	1 134 086 000					0	1 134 086 000
2.	Неданъчни приходи		15 000 000			3 499 849		3 499 849	18 499 849
3.	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването, в т.ч.:	61-01	24 000 000	0	0	0	64 112	64 112	24 064 112
3.1.	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (ЗЗ); за дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение; дейности по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ и за сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравето	61-01	24 000 000				0	0	24 000 000
3.2.	Други трансфери от МЗ, съгласно §3 от ПЗР на ЗБНЗОК	61-01	0				64 112	64 112	64 112
II.	РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		3 452 816 000	0	0	119 000 000	64 112	119 064 112	3 571 880 112
II.	РАЗХОДИ		3 448 762 000	0	0	119 000 000	64 112	119 064 112	3 567 826 112
II.1.	Текущи разходи		3 101 380 400	341 381 600	3 473 495	119 000 000	64 112	463 919 207	3 563 299 607
	Административни разходи		45 219 900	0	1 462 500	0	0	-1 462 500	4 3 917 400
II.1.1.	Разходи за персонал		34 239 900		-357 000			-357 000	33 882 900
II.1.2.	Издръжка на административните дейности		11 140 000		-1 105 500			-1 105 500	10 034 500
II.1.3.	Здравноосигурителни плащания	39-00	3 032 000 500	341 381 600	4935 995	119 000 000	64 112	463 381 707	3 497 382 207
II.1.3.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	39-01	200 000 000		-1 097 310			-1 097 310	198 902 690
II.1.3.2.	Специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)	39-02	211 400 000	7 270 910	-16 700			7 254 210	218 654 210
II.1.3.3.	Дентална помощ	39-03	147 000 000	12 877 352	-19 500			12 857 852	159 857 852
II.1.3.4.	Медико-диагностична дейност	39-04	77 500 000	836 300	1 085 610			1 921 910	79 421 910
II.1.3.5.	Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	798 571 600	182 238 030	-239 750	5 255 871	0	187 254 151	985 825 751
II.1.3.5.1.	Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната	39-05	573 006 000	120 140 000	-715 533	5 255 871		124 680 338	697 686 338
II.1.3.5.2.	в т.ч. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	225 565 600	62 098 030	475 783			62 573 813	288 139 413
II.1.3.6.	Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ	39-07	80 000 000	18 420 000	-274 847			18 145 153	98 145 153
II.1.3.7.	Болнична медицинска помощ	39-06	1 457 528 900	119 739 008	4 538 392	113 744 129		238 021 529	1 695 550 429
II.1.3.8.	Други здравноосигурителни плащания	39-10	60 000 000	0	960 100	0	64 112	1 024 212	61 024 212
II.1.3.8.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност	39-10	60 000 000		960 100		64 112	1 024 212	61 024 212
II.1.4.	Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал.1, ред 3, за:	42-19	24 000 000	0	0	0	0	0	24 000 000
II.1.4.1.	Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл.		2 180 000					0	2 180 000
II.1.4.2.	Дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно		1 740 000					0	1 740 000
II.1.4.3.	Дейности за здравно неосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ		4 680 000		-635 000			-635 000	4 045 000
II.1.4.4.	Суми по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО		15 400 000		635 000			635 000	16 035 000
II.2.	Придобиване на нефинансови активи		6 000 000		-3 473 495			-3 473 495	2 526 505
II.3.	Резерв, изключително за непредвидени и неотложни разходи	00-98	341 381 600	-341 381 600				-341 381 600	0
2.	Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО	61-02	4 054 000					0	4 054 000
III.	Дефицит/излишък		0	0	0	0	0	0	0

Г О Д И Ш Е Н
О Т Ч Е Т
ЗА
ИЗПЪЛНЕНИЕТО
НА
БЮДЖЕТА
НА
НАЦИОНАЛНАТА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА
КАСА

ЗА
2017 година

Съдържание

I. УВОД	4
II. ИЗПЪЛНЕНИЕ НА БЮДЖЕТА НА НЗОК ПО ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ – ВСИЧКО	8
1. ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПРИХОДИ.....	9
1.1. Приходи от здравноосигурителни вноски	11
1.2. Трансфери за здравно осигуряване	14
2. НЕДАНЪЧНИ ПРИХОДИ.....	15
3. ПОЛУЧЕНИ ТРАНСФЕРИ ОТ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (МЗ)	16
III. ИЗПЪЛНЕНИЕ НА БЮДЖЕТА НА НЗОК ПО РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ – ВСИЧКО	19
1. РАЗХОДИ ЗА ПЕРСОНАЛ.....	24
2. ИЗДРЪЖКА НА АДМИНИСТРАТИВНИТЕ ДЕЙНОСТИ	26
3. ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ.....	29
3.1. Първична извънболнична медицинска помощ.....	33
3.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)	44
3.3. Дентална помощ	69
3.4. Медико-диагностична дейност.....	80
3.5. Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, в т.ч.:	92
3.5.1. Здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната	92
3.5.2. Лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.....	108
3.6. Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ	116
3.7. Болнична медицинска помощ.....	125
3.8. Медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност	152
4. ПЛАЩАНИЯ ОТ ТРАНСФЕРИ ОТ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПО ЧЛ.1, АЛ.1, РЕД 3 ОТ ЗБНЗОК ЗА 2017 Г.	161
5. ПРИДОБИВАНЕ НА НЕФИНАНСОВИ АКТИВИ	163
6. РЕЗЕРВ, ВКЛЮЧИТЕЛНО ЗА НЕПРЕДВИДЕНИ И НЕОТЛОЖНИ РАЗХОДИ	165

7. ПРЕДОСТАВЕНИ ТРАНСФЕРИ НА НАЦИОНАЛНАТА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ ПО ЧЛ. 24, Т. 6 ОТ ЗЗО И КЪМ БЮДЖЕТНИ ОРГАНИЗАЦИИ, СКЛЮЧИЛИ ДОГОВОРИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ С НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА	166
IV. БЮДЖЕТНО САЛДО (ДЕФИЦИТ / ИЗЛИШЪК)	167
V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	167

I. УВОД

Законът за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) за 2017 г. е разработен при спазване на заложените в закона за публичните финанси:

- Фискални правила и ограничения;
 - Процедури и отговорности на бюджетния процес;
 - Изисквания за структурата и съдържанието на бюджетните документи,
- разработени като Решения и Указания от Министерство на финансите за прилагането на бюджетната процедура за 2017 г.

ЗБНЗОК 2017 г. беше приет от XLIII Народно събрание на 30.11.2016 г. и обнародван в ДВ, бр. 98 от 2016 г.

Отчетът за изпълнение на бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за 2017 г. е изготвен при съблюдаване на следните основни принципи:

□ Единство на бюджета за всички приходи и разходи, които са отчетени в бюджета съобразно законовите разпоредби, като бюджетните операции отразяват резултатите от финансовата дейност на НЗОК през 2017 г.

□ Специфичност на разходите – всяка сума се отчита съобразно дейността и се оценява резултатът 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 оперативните цели на НЗОК.

Формулираните оперативни цели бяха насочени към подобряване на ефективността при управление на бюджетните средства на здравноосигурителните плащания, във връзка с осигуряване на навременна здравна помощ на здравноосигурените лица. Резултатите се наблюдаваха на база определената структура на целите.

В ЗБНЗОК за 2017 г., обн. ДВ бр. 98 от 2016 г., са заложили приходи и трансфери - всичко в размер на 3 452 816 хил. лв. и разходи и трансфери - всичко в размер на 3 452 816 хил. лв.

В хода на бюджетната година периодично се извършваха анализи за 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 неусвоени или недостиг на средства по бюджета на НЗОК. Във връзка с очерталите се тенденции и очаквания и с цел осигуряване на плащанията по всички

видове здравноосигурителни плащания, през годината бяха извършени промени по бюджета на НЗОК.

На основание чл. 15, ал. 1, т. 7 и чл. 26, ал. 2 от ЗЗО и чл. 116 от ЗПФ Надзорният съвет (НС) на НЗОК освободи 341 381,6 хил. лв. от резерва, включително за непредвидени и неотложни разходи и ги пренасочи за извършване на здравноосигурителни плащания.

На основание чл. 115 от ЗПФ, Надзорният съвет на НЗОК е приемал вътрешно - компенсирани промени между показателите на разходи и трансфери - всичко, които са в рамките на утвърдения бюджет. В резултат 357 хил. лв. от разходите за персонал, 1 105,5 хил. лв. от средствата за издръжка на административните дейности и 3 473,5 хил. лв. от разходите за придобиване на нефинансови активи бяха пренасочени за здравноосигурителни плащания.

На основание §1 от Преходни и заключителни разпоредби (ПЗР) на ЗБНЗОК за 2017 г., Надзорният съвет на НЗОК разпредели 119 000 хил. лв. от произпълнението на приходите за здравноосигурителни плащания.

При прилагане на §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. Надзорният съвет на НЗОК увеличи средствата от получени трансфери от МЗ с 64,1 хил. лв. от постъпили целеви субсидии по чл.23, ал.1, т.9 от ЗЗО, със съответното увеличение на други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (чл.1, ал.2, ред 1.1.3.8.1.), без да се нарушава балансът по бюджета на НЗОК.

През годината 82 384,5 хил. лв. от средствата, заложи в бюджета за здравноосигурителни плащания и плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по чл.1, ал.1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2017 г., бяха отчетени като трансфери, съгласно Указания на МФ, относно изпълнението на държавния бюджет за 2017 г., ДР № 1 от 15.01.2017 г., които изискват средствата, заплащани по договори, сключени между разпоредители с бюджет и НЗОК да се отчитат като трансфери по чл.1, ал.2, ред 2 от ЗБНЗОК за 2017 г., за сметка на намаление на разходите за здравноосигурителни плащания и плащанията от трансфери от Министерството на здравеопазването по чл.1, ал.1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2017 г. В резултат на утвърдени компенсирани промени от Управителя на НЗОК, съгласно §4 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г., тези средства бяха заложи като годишен план на Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО и към

бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК, за сметка на намаление на съответните здравни плащания.

Годишният план отразява всички настъпили през годината промени по ЗБНЗОК за 2017 г.

Национална здравноосигурителна каса

Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2017 година							
№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ по ЗБНЗОК за 2017 г. (в хил. лв.)	§§	ЗБНЗОК 2017 г. ДВ бр. 98 от 2016 г.	Годишен план 2017 г.	Отчет 2017 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2017 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2017 г.
1	2	3	4	5	6	7	8
I	ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		3 452 816,0	3 571 880,1	3 581 495,3	103,7 %	100,3 %
1.	Здравноосигурителни приходи		3 413 816,0	3 529 316,2	3 538 237,1	103,6 %	100,3 %
1.1.	Здравноосигурителни вноски	10-00	2 279 730,0	2 395 230,2	2 404 151,1	105,5 %	100,4 %
1.2.	Трансфери за здравно осигуряване	31-10	1 134 086,0	1 134 086,0	1 134 086,0	100,0 %	100,0 %
2.	Неданъчни приходи		15 000,0	18 499,8	19 194,1	128,0 %	103,8 %
3.	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването, в т.ч.:	61-01	24 000,0	24 064,1	24 064,1	100,3 %	100,0 %
3.1.	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (ЗЗ); за дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение; дейности по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ и за сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)	61-01	24 000,0	24 000,0	24 000,0	100,0 %	100,0 %
3.2.	Други трансфери от МЗ, съгласно §3 от ПЗР на ЗБНЗОК	61-01	0,0	64,1	64,1		100,0 %
II	РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		3 452 816,0	3 571 880,1	3 571 333,3	103,4 %	100,0 %
1.	РАЗХОДИ		3 448 762,0	3 485 441,7	3 484 894,8	101,0 %	100,0 %
1.1.	Текущи разходи		3 101 380,4	3 482 915,1	3 482 374,7	112,3 %	100,0 %
1.1.1.	Разходи за персонал		34 239,9	33 882,9	33 962,0	99,2 %	100,2 %
1.1.2.	Издръжка на административните дейности		11 140,0	10 034,5	9 763,3	87,6 %	97,3 %
1.1.3.	Здравноосигурителни плащания	39-00	3 032 000,5	3 415 095,5	3 415 094,8	112,6 %	100,0 %
1.1.3.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	39-01	200 000,0	198 851,3	198 851,2	99,4 %	100,0 %
1.1.3.2.	Специализирана първична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)	39-02	211 400,0	218 035,1	218 035,0	103,1 %	100,0 %
1.1.3.3.	Дентална помощ	39-03	147 000,0	159 857,9	159 857,8	108,7 %	100,0 %
1.1.3.4.	Медино-диагностична дейност	39-04	77 500,0	78 850,3	78 850,2	101,7 %	100,0 %
1.1.3.5.	Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	798 571,6	979 194,4	979 194,3	122,6 %	100,0 %
1.1.3.5.1.	в т.ч. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната	39-05	573 006,0	697 686,3	697 686,3	121,8 %	100,0 %
1.1.3.5.2.	в т.ч. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	225 565,6	281 508,1	281 508,0	124,8 %	100,0 %
1.1.3.6.	Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ	39-07	80 000,0	94 670,7	94 670,6	118,3 %	100,0 %
1.1.3.7.	Болнична медицинска помощ	39-06	1 457 528,9	1 624 733,7	1 624 733,6	111,5 %	100,0 %
1.1.3.8.	Други здравноосигурителни плащания	39-10	60 000,0	60 902,2	60 902,1	101,5 %	100,0 %
1.1.3.8.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност	39-10	60 000,0	60 902,2	60 902,1	101,5 %	100,0 %
1.1.4.	Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3, за:	42-19	24 000,0	23 902,3	23 554,7	98,1 %	98,5 %
1.1.4.1.	Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ		2 180,0	2 180,0	2 000,2	91,8 %	91,8 %
1.1.4.2.	Дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение		1 740,0	1 665,5	1 660,8	95,4 %	99,7 %
1.1.4.3.	Дейности за здравно неосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ		4 680,0	4 045,0	4 009,1	85,7 %	99,1 %
1.1.4.4.	Суми по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО		15 400,0	16 011,9	15 884,5	103,1 %	99,2 %
1.2.	Придобиване на нефинансови активи		6 000,0	2 526,5	2 520,1	42,0 %	99,7 %
1.3.	Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи	00-98	341 381,6	0,0	0,0	0,0 %	#DIV/0!
2.	Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.б от ЗЗО и към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК	61-02	4 054,0	86 438,5	86 438,5	2132,2 %	100,0 %
III	Бюджетно салдо (I - II)		0,0	0,0	10 162,1		

II. ИЗПЪЛНЕНИЕ НА БЮДЖЕТА НА НЗОК ПО ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ – ВСИЧКО

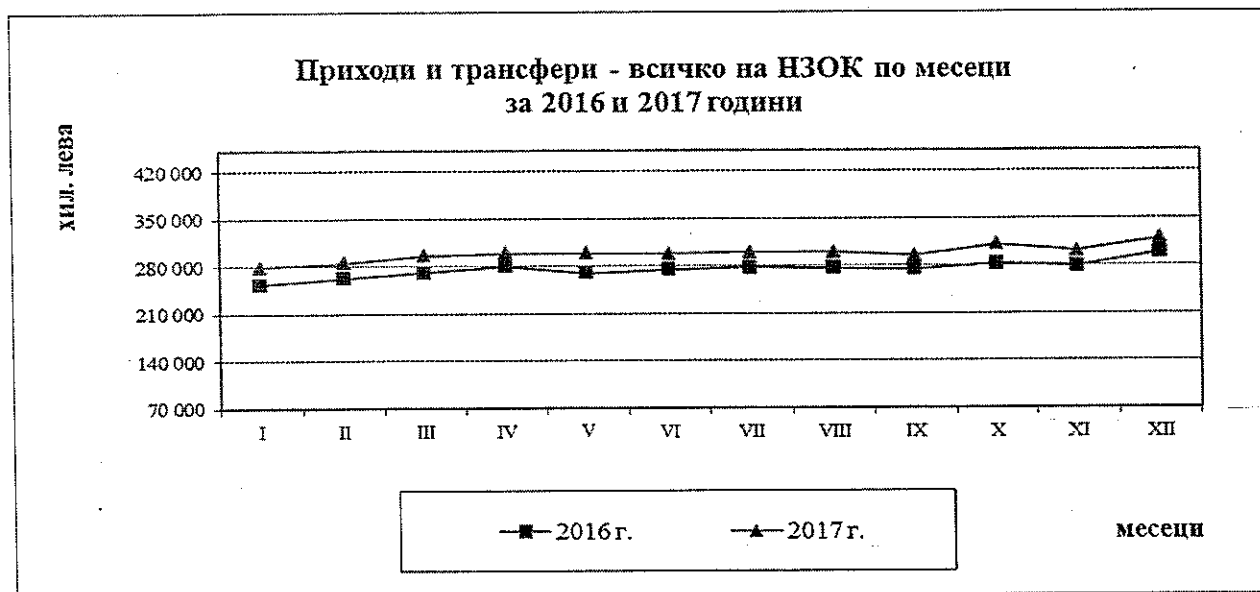
Приетите със Закона за бюджета на НЗОК (ЗБНЗОК) за 2017 г., ДВ бр. 98 от 2016 г., приходи и трансфери - всичко са в размер на 3 452 816 хил. лв. В резултат на увеличените приходи към 31.12.2017 г., съгласно §1 и при прилагане на §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г., годишният план на приходите и трансферите - всичко е в размер на 3 571 880,1 хил. лв., което е със 119 064,1 хил. лв. повече от предвидените в ЗБНЗОК за 2017 г.

Към 31.12.2017 г. отчетените приходи и трансфери - всичко са в размер на 3 581 495,3 хил. лв., което представлява изпълнение от 103,7% спрямо заложените 3 452 816 хил. лв. в ЗБНЗОК за 2017 г. и 100,3% спрямо предвидените 3 571 880,1 хил. лв. в годишен план средства.

Приходи и трансфери - всичко през 2017 г. отбелязват увеличение с 282 886,9 хил. лв. (8,6%) спрямо предходната 2016 г.

Ръст на приходите през 2017 г., спрямо тези през предходната 2016 г., се наблюдава при всички основни параграфи, които формират здравноосигурителните приходи, както и в общия размер на неданъчните приходи. Най-голямо е увеличението на приходите от здравноосигурителни вноски (8,7%) – 191 590 хил. лв., трансфери за здравно осигуряване (8,5%) – 88 887 хил. лв. и общия размер на неданъчните приходи (17,6%) – 2 879 хил. лв. спрямо 2016 г.

Графиката илюстрира сравнението на ежемесечната динамика на приходите и трансферите - всичко на НЗОК през 2016 и 2017 г.



Национална здравноосигурителна каса

Следващата таблица показва изпълнението на ЗБНЗОК за 2017 г. в частта на приходи и трансфери – всичко.

Изпълнение на бюджета по приходи и трансфери - всичко на НЗОК за 2017 година							
№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ (в хил. лв.)	§§	ЗБНЗОК 2017 г. ДВ бр. 98 от 2016 г.	Годишен план 2017 г.	Отчет 2017 г.	% на изпълнение спрамо ЗБНЗОК 2017 г.	% на изпълнение спрамо годишен план 2017 г.
1	2	3	4	5	6	7	8
	I. ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		3 452 816,0	3 571 880,1	3 581 495,3	103,7%	100,3%
	1. Здравноосигурителни приходи		3 413 816,0	3 529 316,2	3 538 237,1	103,6%	100,3%
	1.1. Здравноосигурителни вноски	10-00	2 279 730,0	2 395 230,2	2 404 151,1	105,5%	100,4%
	1.1.1. Здравноосигурителни вноски за работници и служители от работодатели	10-01		1 355 493,7	1 366 091,6		100,8%
	1.1.2. Здравноосигурителни вноски от работници и служители (лична вноска)	10-02		801 490,8	799 813,9		99,8%
	1.1.3. Здравноосигурителни вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица)	10-04		148 395,7	148 395,7		100,0%
	1.1.4. Здравноосигурителни вноски за други категории лица	10-07		89 850,0	89 850,0		100,0%
	1.2. Трансфери за здравно осигуряване	31-10	1 134 086,0	1 134 086,0	1 134 086,0	100,0%	100,0%
	2. Неданъчни приходи		15 000,0	18 499,8	19 194,1	128,0%	103,8%
	2.1. Приходи и доходи от собственост	24-00		6,5	6,5		100,0%
	2.1.1. Приходи от наеми на имущество	24-05		6,4	6,4		100,0%
	2.1.2. Приходи от лихви по текущи банкови сметки	24-08		0,0	0,0		100,0%
	2.2. Глоби, санкции и наказателни лихви	28-00		18 236,0	18 923,4		103,8%
	2.2.1. Глоби, санкции, неустойки, наказателни лихви, обезщетения и начети	28-02		3 236,0	3 524,3		108,9%
	2.2.2. Наказателни лихви за данъци, мита и осигурителни вноски	28-09		15 000,0	15 399,1		102,7%
		36-00					
	2.3. Други приходи	37-00		257,4	264,3		102,7%
		40-00					
	3. Получени трансфери от Министерството на здравеопазването, в т.ч.:	61-01	24 000,0	24 064,1	24 064,1	100,3%	100,0%
	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (ЗЗ); за дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение; дейности по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ и за сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)	61-01	24 000,0	24 000,0	24 000,0	100,0%	100,0%
	3.2. Други трансфери от МЗ, съгласно §3 от ПЗР на ЗБНЗОК	61-01		64,1	64,1		100,0%

1. ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПРИХОДИ

Заложените в ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 3 413 816 хил. лв. На основание §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г., Надзорният съвет на НЗОК разпредели 115 500,2 хил. лв. от преизпълнението на приходите от здравноосигурителни вноски за здравноосигурителни плащания. В резултат годишният план е в размер на 3 529 316,2 хил. лв.

Национална здравноосигурителна каса

Отчетените здравноосигурителни приходи за 2017 г. са в размер на 3 538 237,1 хил. лв., което представлява изпълнение от 103,6% спрямо заложените 3 413 816 хил. лв. в ЗБНЗОК за 2017 г. или 124 421,1 хил. лв. повече и 100,3% спрямо планираните 3 529 316,2 хил. лв. в годишен план средства или 8 921 хил. лв. повече.

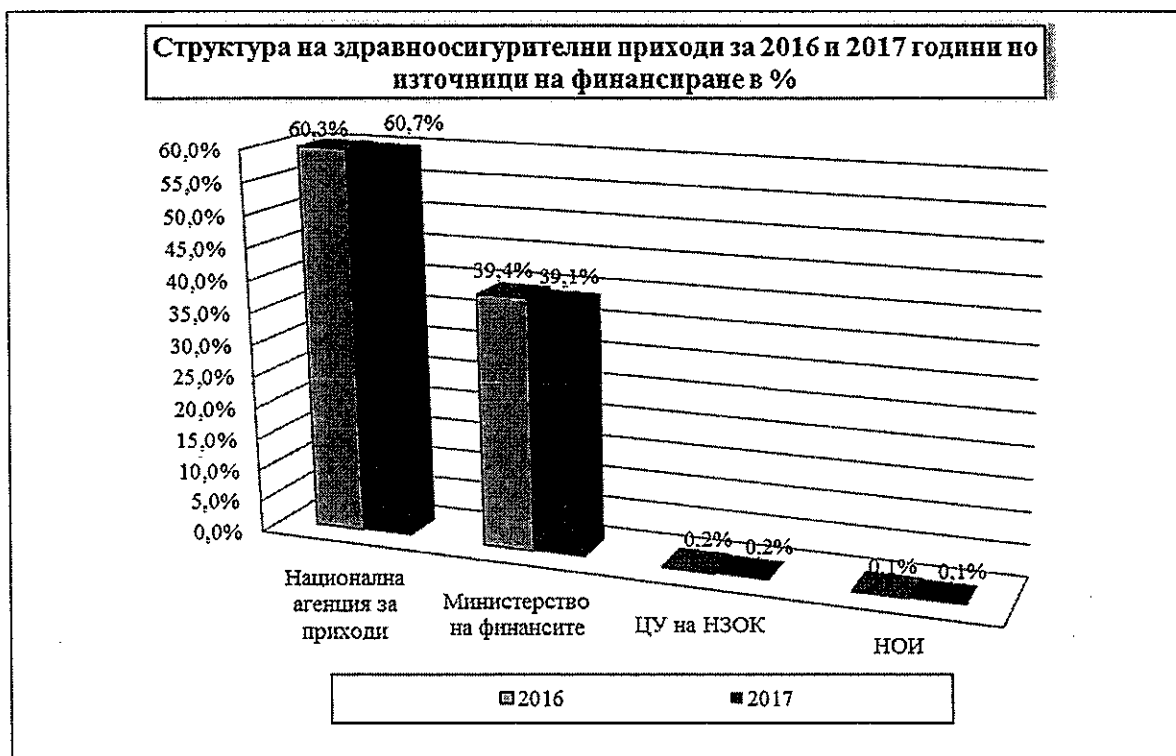
През 2017 г. здравноосигурителните приходи са нараснали с 8,6% или с 280 477 хил. лв. в сравнение с отчетените 3 257 760,1 хил. лв. през 2016 г.

Здравноосигурителните приходи представляват 98,8% от отчетените приходи и трансфери – всичко към 31.12.2017 г.

Графиката илюстрира сравнението на ежемесечната динамика на здравноосигурителните приходи през 2016 и 2017 години.



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



1.1. Приходи от здравноосигурителни вноски

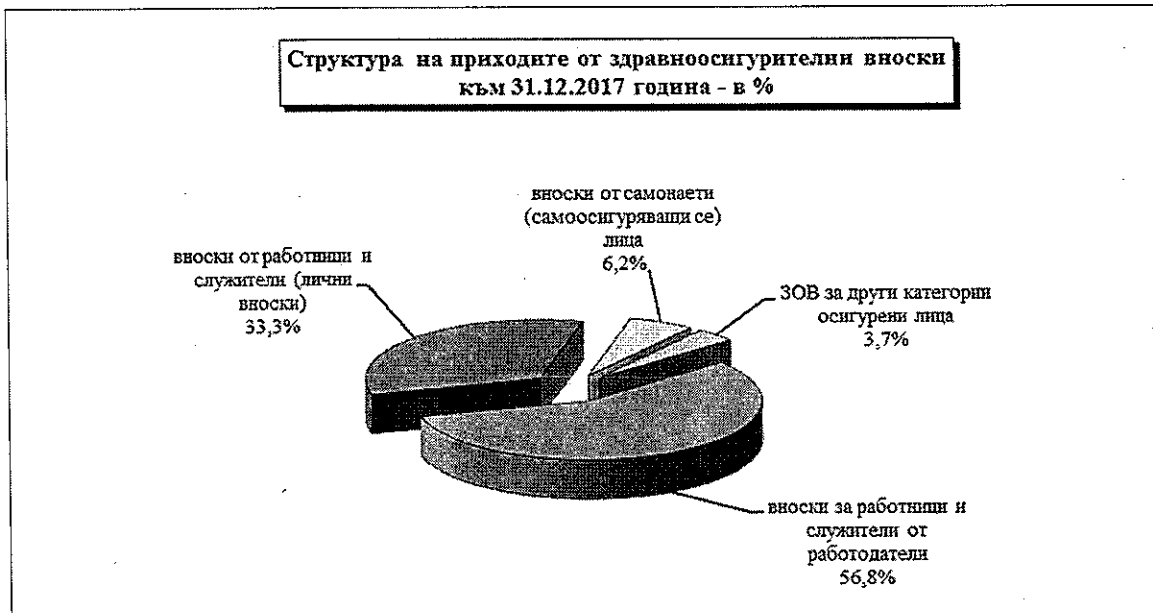
Отчетените приходи от здравноосигурителни вноски за 2017 г. са в размер на 2 404 151,1 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,4% спрямо заложените 2 395 230,2 хил. лв. в годишен план средства или с 8 921 хил. лв. повече.

През отчетната 2017 г. приходите от здравноосигурителни вноски са нараснали с 8,7%, което е със 191 590 хил. лв. повече спрямо отчетените 2 212 561,1 хил. лв. през предходната 2016 година.

Приходите от здравноосигурителни вноски към 31.12.2017 г. съставляват 67,9% от здравноосигурителните приходи и 67,1% от приходите и трансферите – всичко.

На основание чл.2 от ЗБНЗОК за 2017 г. здравноосигурителната вноска е определена в размер на 8%. Разпределението на здравноосигурителните вноски между осигуряващия и осигурения в съотношение 60:40, е както следва: 4,8% за сметка на осигуряващия, 3,2% за сметка на осигуреното лице и 8% за сметка на самоосигуряващото се лице.

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



Вноски за работници и служители от работодатели

Отчетените приходи от вноски за работници и служители от работодатели за 2017 г. са в размер на 1 366 091,6 хил. лв.

През отчетната 2017 г. приходите от вноски за работници и служители от работодатели са нараснали с 8,4%, което е със 105 740,9 хил. лв. повече спрямо отчетените 1 260 350,7 хил. лв. през предходната 2016 година.

Приходите от здравноосигурителни вноски за работници и служители от работодатели към 31.12.2017 г. съставляват 56,8% от събраните здравноосигурителни вноски.

Върху размера на постъпленията през 2017 г. оказват влияние ръстът на средната работна заплата и броят на наети лица. По предварителни данни на Националния статистически институт през четвъртото тримесечие на 2017 г. общите разходи на работодателите за един отработен час от наетите от тях лица нарастват с 12,2% спрямо четвъртото тримесечие на 2016 година. По предварителни данни на Националния статистически институт наетите лица по трудово и служебно правоотношение към края на декември 2017 г. намаляват с 1,5% и достигат 2,28 милиона. През четвъртото тримесечие на 2017 г. средната брутна месечна работна заплата нараства с 5,6% спрямо третото тримесечие на 2017 г. и достига 1 095 лева.

Минималните осигурителни прагове по основните икономически дейности и групи професии нарастват средно с 2,6% през 2017 г. в сравнение с 2016 г. За 2017 г. не са договорени минималните осигурителни доходи, а са запазени нивата от 2016 г. Средното увеличение се дължи на новия размер на минималната работна заплата - 460 лв.

Вноски от работници и служители - лична вноска

Отчетените приходи от вноски от работници и служители - лична вноска за 2017 г. са в размер на 799 813,9 хил. лв.

През отчетната 2017 г. приходите от вноски от работници и служители - лична вноска, са нараснали с 9,1%, което е с 66 433,9 хил. лв. повече спрямо отчетените 733 379,9 хил. лв. през предходната 2016 година.

Приходите от здравноосигурителни вноски от работници и служители - лична вноска към 31.12.2017 г. съставляват 33,3% от събраните здравноосигурителни вноски.

Осигурителният доход за работниците и служителите включва всички възнаграждения, включително начислените и неизплатени, и неначислените възнаграждения и други доходи от трудова дейност. Осигуряването на работниците и служителите е върху определените брутни месечни възнаграждения, но върху не по - малко от минималния осигурителен доход, определен със Закона за бюджета на ДОО за съответната година, а за лицата, за които минималните осигурителни доходи не се прилагат - не по-малко от минималната работна заплата за страната и не повече от максималния месечен размер на осигурителния доход.

Вноски от самонаети (самоосигуряващи се)

Отчетените приходи от здравноосигурителни вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица) за 2017 г. са в размер на 148 395,7 хил. лв.

През отчетната 2017 г. приходите от вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица), са нараснали с 11,1%, което е с 14 878,1 хил. лв. повече спрямо отчетените 133 517,6 хил. лв. през предходната 2016 година.

Приходите от здравноосигурителни вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица), към 31.12.2017 г. съставляват 6,2% от събраните здравноосигурителни вноски.

Самоосигуряващи се лица по смисъла на Кодекса за социално осигуряване (КСО) са: лицата, регистрирани като упражняващи свободни професии и/или занаятчийска дейност; лицата, упражняващи трудова дейност, като еднолични търговци, собственици или съдружници в търговски дружества и физическите лица - членове на неперсонифицирани

дружества и земеделските стопани и тютюнопроизводители, регистрирани по съответния ред (чл. 4, ал. 3, т. 1, т. 2, т. 4 от КСО).

Размерът на здравноосигурителната вноска за самонаети (самоосигуряващи се лица) се определя като процент от дохода, върху който се дължат вноските. Той се определя всяка година със Закона за бюджета на НЗОК и за 2017 г. е 8%.

През 2017 г. се увеличава диференцираният минимален месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица. Размерът на този доход е съобразно облагаемия доход за самоосигуряващите се лица за 2015 г., съответно на 460 лв., 500 лв., 550 лв. и 600 лв.

За 2017 г. размерът на минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица, се определя съобразно облагаемия им доход за 2015 г. като самоосигуряващи се лица, както следва:

до 5 400 лв. – 460 лв.;

от 5 401,01 до 6500 лв. – 500 лв.;

от 6 501,01 лв. до 7500 лв. – 550 лв.;

над 7 500 лв. – 600 лв.

Вноски от други категории осигурени лица

Отчетените приходи от здравноосигурителни вноски за други категории осигурени лица за 2017 г. са в размер на 89 850 хил. лв.

През отчетната 2017 г. приходите от вноски за други категории осигурени лица са нараснали с 5,3%, което е с 4 537,1 хил. лв. повече спрямо отчетените 85 312,9 хил. лв. през предходната 2016 година.

Приходите от здравноосигурителни вноски за други категории осигурени лица, към 31.12.2017 г. съставляват 3,7% от събраните здравноосигурителни вноски.

В този параграф са включени вноски от лица извън посочените в чл. 4, ал. 3, т. 1, 2 и 4 от Кодекса за социално осигуряване (КСО), неподлежащи на здравно осигуряване на друго основание по Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), но осигурителният им доход за тези лица за здравно осигуряване е обвързан с минималния месечен осигурителен доход за самоосигуряващите се лица, който за 2017 г. е определен в размер на 460 лв.

1.2. Трансфери за здравно осигуряване

Получените трансфери за здравно осигуряване за 2017 г. са в размер на 1 134 086 хил. лв., което е изпълнение от 100% спрямо приетите 1 134 086 хил. лв. със

ЗБНЗОК за 2017 г. и спрямо годишния план. Получените към 31.12.2017 г. трансфери за здравно осигуряване са с 88 887 хил. лв. повече в сравнение с предходната 2016 г. Това е в резултат увеличаване на частта от осигурителния доход, върху който държавата внася здравни вноски за лицата, осигурявани за сметка на държавния бюджет от 55 на сто през 2016 г. с 5 на сто годишно от всяка следваща година до достигане на минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица по реда на чл.40, ал.4а от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО).

Трансферите за здравно осигуряване за 2017 г. съставляват 32,1% от отчетените здравноосигурителни приходи по бюджета на НЗОК за 2017 г.

2. Неданъчни приходи

Заложените в ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 15 000 хил. лв. На основание §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г., Надзорният съвет на НЗОК разпредели 3 499,8 хил. лв. от изпълнението на приходите за здравноосигурителни плащания. В резултат годишният план е в размер на 18 499,8 хил. лв.

Отчетените данъчни приходи за 2017 г. са в размер на 19 194,1 хил. лв., което представлява изпълнение от 128% спрямо заложените 15 000 хил. лв. в ЗБНЗОК за 2017 г. и изпълнение от 103,8% спрямо планираните 18 499,8 хил. лв. в годишен план средства. През 2017 г. постъпленията от данъчните приходи са се увеличили със 17,6% спрямо отчетените 16 315,2 хил. лв. през предходната 2016 г., което представлява увеличение с 2 879 хил. лв. в абсолютен размер. Данъчните приходи включват: приходи и доходи от собственост; приходи от глоби, санкции и наказателни лихви и други приходи.

Отчетените приходи и доходи от собственост за 2017 г. са в размер на 6,5 хил. лв. През 2017 г. средствата са с 2,6 хил. лв. по-малко спрямо отчетените 9,1 хил. лв. през предходната 2016 година.

Отчетените приходи от глоби, санкции и наказателни лихви за 2017 г. са 18 923,4 хил. лв., което представлява изпълнение от 103,8% спрямо планираните 18 236 хил. лв. в годишния план средства. През отчетната 2017 година приходите от глоби, санкции и наказателни лихви бележат ръст от 18%, или 2 887,1 хил. лв. в абсолютен размер, в сравнение с отчетените 16 036,3 хил. лв. през предходната 2016 година.

За други приходи за 2017 г. в годишния план са заложили 257,4 хил. лв., а отчетените средства са 264,3 хил. лв. През 2017 г. се отчита намаление в постъпленията от други приходи с 2% или с 5,5 хил. лв. спрямо отчетените 269,8 хил. лв. през предходната 2016 г.

3. ПОЛУЧЕНИ ТРАНСФЕРИ ОТ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (МЗ)

3.1. Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (ЗЗ); за дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение; дейности по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ и за сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 24 000 хил. лв. Към 31.12.2017 г. получените трансфери за извършване на плащания са в размер на 24 000 хил. лв.

3.2. Други трансфери от МЗ, съгласно §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

По реда на §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. в годишния план за 2017 г. са заложили средства, в размер на 64,1 хил. лв., от постъпили целеви субсидии по чл.23, ал.1, т.9 от ЗЗО, със съответното увеличение на други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (чл.1, ал.2, ред 1.1.3.8.1.), без да се нарушава балансът по бюджета на НЗОК.

Лица с нарушени здравноосигурителни права

Към 31.12.2017 г. неосигурените лица са 18,8% от структурата на общо лицата, водени като задължително здравно осигурени или в абсолютна стойност те представляват 1 382 хиляди души, или са с 9 966 души по - малко което представлява намаление от 0,7% в сравнение със същия отчетен период на 2016 г.



Най-висок е делът на неосигурените лица в РЗОК Кърджали – 27,1%, РЗОК Разград – 25,9%, РЗОК Добрич и РЗОК Търговище – 25,4%, РЗОК Пазарджик – 24,5%, и РЗОК Силистра – 24,2%.

Най-нисък е делът на неосигурените лица в РЗОК София-град – 13,6%, РЗОК София област – 14,5%, РЗОК Смолян – 14,7%, РЗОК Перник – 15,2%, и РЗОК Габрово – 15,3%.

Изводи:

□ Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери - всичко към 31.12.2017 г. възлиза на 3 581 495,3 хил. лв. и представлява изпълнение от 103,7% спрямо заложените 3 452 816 хил. лв. със ЗБНЗОК за 2017 г. и 100,3% от заложените в годишен план за 2017 година средства.

□ Здравноосигурителните приходи към 31.12.2017 г. са в размер на 3 538 237,1 хил. лв., което представлява изпълнение от 103,6% спрямо заложените 3 413 816 хил. лв. със ЗБНЗОК за 2017 г. и 100,3% от заложените 3 529 316,2 хил. лв. в годишен план. Здравноосигурителните приходи – в т.ч. здравноосигурителни вноски и трансфери за здравно осигуряване - съставляват 98,8% от приходи и трансфери - всичко.

□ Приходите от здравноосигурителни вноски към 31.12.2017 г. са в размер на 2 404 151,1 хил. лв., което представлява изпълнение от 105,5% спрямо заложените 2 279 730 хил. лв. със ЗБНЗОК за 2017 г. и 100,4% от заложените 2 395 230,2 хил. лв. в годишен план. Приходите от здравноосигурителни вноски съставляват 67,9% от здравноосигурителните приходи на НЗОК.

□ Трансферите за здравно осигуряване към 31.12.2017 г. са в размер на 1 134 086 хил. лв. или 100% от заложените в ЗБНЗОК за 2017 г. средства и съставляват 32,1% от здравноосигурителните приходи на НЗОК.

□ Неданъчните приходи към 31.12.2017 г. са в размер на 19 194,1 хил. лв., което представлява изпълнение от 128% спрямо заложените 15 000 хил. лв. със ЗБНЗОК за 2017 г. и 103,8% от заложените 18 499,8 хил. лв. в годишен план.

□ Получените трансфери от Министерството на здравеопазването са в общ размер на 24 064,1 хил. лв., в т.ч.: 24 000 хил. лв. за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (ЗЗ); за дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение; дейности по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ и за сумите по чл. 37, ал.

6 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) и 64,1 хил. лв. за други трансфери от МЗ, съгласно §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

III. ИЗПЪЛНЕНИЕ НА БЮДЖЕТА НА НЗОК ПО РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ – ВСИЧКО

№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ по ЗБНЗОК за 2017 г. (в хил. лв.)	§§	ЗБНЗОК 2017 г. ДВ бр. 98 от 2016 г.	Годишен план 2017 г.	Отчет 2017 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2017 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2017 г.
1	2	3	4	5	6	7	8
II.	РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		3 452 816,0	3 571 880,1	3 571 333,3	103,4 %	100,0 %
I.	РАЗХОДИ		3 448 762,0	3 485 441,7	3 484 894,8	101,0 %	100,0 %
1.1.	Текущи разходи		3 101 380,4	3 482 915,1	3 482 374,7	112,3 %	100,0 %
1.1.1.	Разходи за персонал		34 239,9	33 882,9	33 962,0	99,2 %	100,2 %
1.1.2.	Издръжка на административните дейности		11 140,0	10 034,5	9 763,3	87,6 %	97,3 %
1.1.3.	Здравноосигурителни плащания	39-00	3 032 000,5	3 415 095,5	3 415 094,8	112,6 %	100,0 %
1.1.3.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	39-01	200 000,0	198 851,3	198 851,2	99,4 %	100,0 %
1.1.3.2.	Специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)	39-02	211 400,0	218 035,1	218 035,0	103,1 %	100,0 %
1.1.3.3.	Дентална помощ	39-03	147 000,0	159 857,9	159 857,8	108,7 %	100,0 %
1.1.3.4.	Медико-диагностична дейност	39-04	77 500,0	78 850,3	78 850,2	101,7 %	100,0 %
1.1.3.5.	Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	798 571,6	979 194,4	979 194,3	122,6 %	100,0 %
1.1.3.5.1.	в т.ч. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната	39-05	573 006,0	697 686,3	697 686,3	121,8 %	100,0 %
1.1.3.5.1.1.	в т.ч. възстановителни разходи от ГРУ за ЛП по Приложение 1 от ПЛС				829 408,5		
1.1.3.5.1.2.	в т.ч. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	225 565,6	281 508,1	281 508,0	124,8 %	100,0 %
1.1.3.5.2.1.	в т.ч. заплащане на изпитвателите на БМП				321 059,5		
1.1.3.5.2.2.	в т.ч. възстановителни разходи от ГРУ за ЛП по Приложение 2 от ПЛС				-39 551,4		
1.1.3.6.	Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ	39-07	80 000,0	94 670,7	94 670,6	118,3 %	100,0 %
1.1.3.7.	Болнична медицинска помощ	39-06	1 457 528,9	1 624 733,7	1 624 733,6	111,5 %	100,0 %
1.1.3.8.	Други здравноосигурителни плащания	39-10	60 000,0	60 902,2	60 902,1	101,5 %	100,0 %
1.1.3.8.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност	39-10	60 000,0	60 902,2	60 902,1	101,5 %	100,0 %
1.1.4.	Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3, за:	42-19	24 000,0	23 902,3	23 554,7	98,1 %	98,5 %
1.1.4.1.	Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ		2 180,0	2 180,0	2 000,2	91,8 %	91,8 %
1.1.4.2.	Дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение		1 740,0	1 665,5	1 660,8	95,4 %	99,7 %
1.1.4.3.	Дейности за здравно неосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ		4 680,0	4 045,0	4 009,1	85,7 %	99,1 %
1.1.4.4.	Суми по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО		15 400,0	16 011,9	15 884,5	103,1 %	99,2 %
1.2.	Придобиване на нефинансови активи		6 000,0	2 526,5	2 520,1	42,0 %	99,7 %
1.3.	Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи	00-98	341 381,6	0,0	0,0	0,0 %	
2.	Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО и към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК	61-02	4 054,0	86 438,5	86 438,5	2132,2 %	100,0 %
2.1.	Предоставени трансфери на НАП по чл. 24, т.6 от ЗЗО		4 054,0	4 054,0	4 054,0	100,0 %	100,0 %
2.2.	Предоставени трансфери на бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК			82 384,5	82 384,5		100,0 %
2.2.1.	в т.ч. по §39-00 за здравноосигурителни плащания:			82 286,8	82 286,8		100,0 %
2.2.1.1.	по §39-01 за първична извънболнична медицинска помощ			51,4	51,4		100,0 %
2.2.1.2.	по §39-02 за специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)			619,1	619,1		100,0 %
2.2.1.3.	по §39-04 за медико-диагностична дейност			571,6	571,6		100,0 %
2.2.1.4.	по §39-05 за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги			6 631,4	6 631,4		100,0 %
2.2.1.5.	по §39-07 за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ			3 474,5	3 474,5		100,0 %
2.2.1.6.	по §39-06 за болнична медицинска помощ			70 816,7	70 816,7		100,0 %
2.2.1.7.	по §39-10 за други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност			122,0	122,0		100,0 %
2.2.2.	в т.ч. по §42-19 за Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК			97,7	97,7		100,0 %
2.2.1.	в т.ч. лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ			0,0	0,0		100,0 %
2.2.2.	в т.ч. дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение			74,5	74,5		100,0 %
2.2.3.	в т.ч. суми по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО			23,1	23,1		100,0 %

В следващата таблица, за целите на анализа, изпълнението на разходната част по бюджета на НЗОК за 2017 г. е показано като в годишния план и отчета по отделните здравноосигурителни плащания и плащания от трансфери от МЗ по чл. 1, ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2017 г. са включени отчетените като трансфери към ведомствени болници средства, съгласно Указания на МФ, относно изпълнението на държавния бюджет за 2017 г., ДР № 1 от 05.01.2017 г., в размер на 82 384,5 хил. лв. С утвърдени компенсирани промени от Управителя на НЗОК, съгласно §4 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г., тези средства периодично бяха прехвърляни в увеличение на средствата за „Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО и към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК“, за сметка на намаление на съответните здравни плащания.

Посочените средства за предоставен трансфер към НАП са в размер на 4 054 хил. лв. и са за такса за обслужване събирането на здравноосигурителни вноски. От параграфа са приспаднати отчетените като трансфер за ведомствени болници средства, в размер на 82 384,5 хил. лв., които са включени в отчета на здравноосигурителните плащания и плащанията от трансфери от Министерството на здравеопазването по чл. 1, ал. 1, ред. 3 от ЗБНЗОК за 2017 г.

Национална здравноосигурителна каса

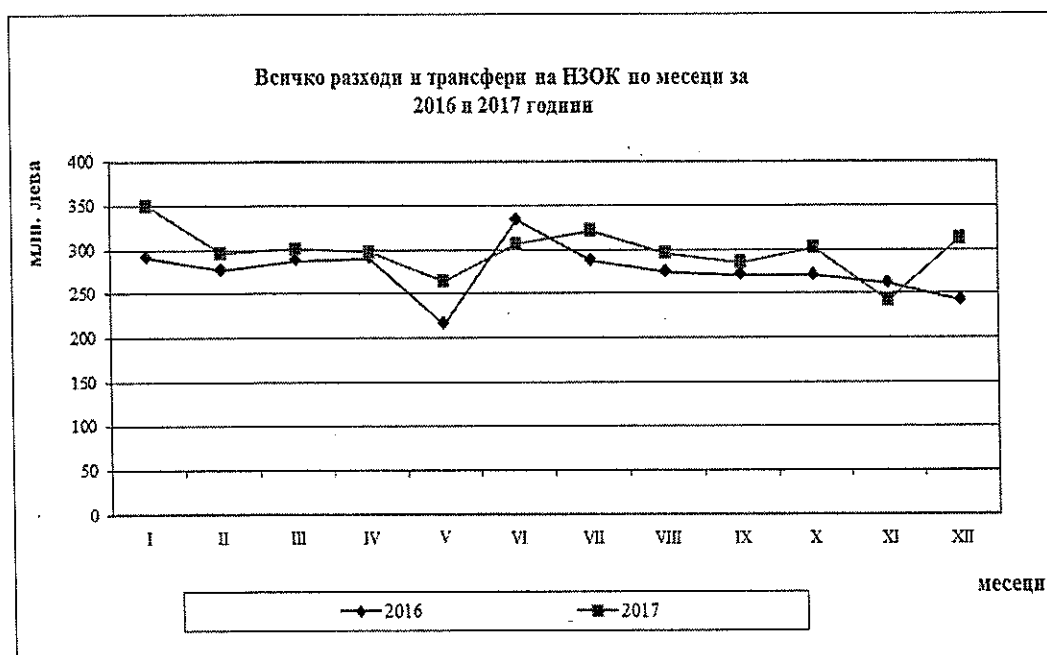
Отчет за изпълнението на разходната част по бюджета на НЗОК за 2017 година, с включен трансфер към бюджетни организации (ведомствени болници), сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК									
№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ (мл. лв.) с включен трансфер към бюджетни организации (ведомствени болници)	§§	ЗБНЗОК 2017 г. ДВ бр. 98 от 2016 г.	Годишен план 2017 г. с включен трансфер	в т.ч. трансфер включен в год. план	Отчет 2017 г. с включен трансфер	в т.ч. трансфер включен в отчета	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2017 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2017 г.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
П.	РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО		3 452 816,0	3 571 880,1	0,0	3 571 333,3	0,0	103,4%	100,0%
1.	РАЗХОДИ		3 448 762,0	3 567 826,1	82 384,5	3 567 279,3	82 384,5	103,4%	100,0%
1.1.	Текущи разходи		3 101 380,4	3 565 299,6	82 384,5	3 564 759,2	82 384,5	114,9%	100,0%
1.1.1.	Разходи за персонал		34 239,9	33 882,9	0,0	33 962,0	0,0	99,2%	100,2%
1.1.2.	Издръжка на административните дейности		11 140,0	10 034,5	0,0	9 763,3	0,0	87,6%	97,3%
1.1.3.	Здравноосигурителни плащания	39-00	3 032 000,5	3 497 382,2	82 286,8	3 497 381,6	82 286,8	115,3%	100,0%
1.1.3.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	39-01	200 000,0	198 902,7	51,4	198 902,6	51,4	99,5%	100,0%
1.1.3.2.	Специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)	39-02	211 400,0	218 654,2	619,1	218 654,2	619,1	103,4%	100,0%
1.1.3.3.	Дентална помощ	39-03	147 000,0	159 857,9	0,0	159 857,8	0,0	108,7%	100,0%
1.1.3.4.	Медико-диагностична дейност	39-04	77 500,0	79 421,9	571,6	79 421,8	571,6	102,5%	100,0%
1.1.3.5.	Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	798 571,6	985 825,8	6 631,4	985 825,7	6 631,4	123,4%	100,0%
1.1.3.5.1.	в т.ч. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната	39-05	573 006,0	697 686,3	0,0	697 686,3	0,0	121,8%	100,0%
1.1.3.5.1.1.	в т.ч. заплащане на аптеки				0,0	829 408,5	0,0		
1.1.3.5.1.2.	в т.ч. възстановени разходи от ПРУ за ЛП по Приложение 1 от ППС				0,0	-131 722,2	0,0		
1.1.3.5.2.	в т.ч. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	225 565,6	288 139,4	6 631,4	288 139,4	6 631,4	127,7%	100,0%
1.1.3.5.2.1.	в т.ч. заплащане на изпълнителите на БМП				0,0	327 690,8	6 631,4		
1.1.3.5.2.2.	в т.ч. възстановени разходи от ПРУ за ЛП по Приложение 2 от ППС				0,0	-39 551,4	0,0		
1.1.3.6.	Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ	39-07	80 000,0	98 145,2	3 474,5	98 145,1	3 474,5	122,7%	100,0%
1.1.3.7.	Болнична медицинска помощ	39-06	1 457 528,9	1 695 550,4	70 816,7	1 695 550,3	70 816,7	116,3%	100,0%
1.1.3.8.	Други здравноосигурителни плащания	39-10	60 000,0	61 024,2	122,0	61 024,2	122,0	101,7%	100,0%
1.1.3.8.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност	39-10	60 000,0	61 024,2	122,0	61 024,2	122,0	101,7%	100,0%
1.1.4.	Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3, за:	42-19	24 000,0	24 000,0	97,7	23 652,4	97,7	98,6%	98,6%
1.1.4.1.	Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ		2 180,0	2 180,0	0,0	2 000,3	0,0	91,8%	91,8%
1.1.4.2.	Дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение		1 740,0	1 740,0	74,5	1 735,3	74,5	99,7%	99,7%
1.1.4.3.	Дейности за здравнонеосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ		4 680,0	4 045,0	0,0	4 009,1	0,0	85,7%	99,1%
1.1.4.4.	Суми по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО		15 400,0	16 035,0	23,1	15 907,7	23,1	103,3%	99,2%
1.2.	Придобиване на нефинансови активи		6 000,0	2 526,5	0,0	2 520,1	0,0	42,0%	99,7%
1.3.	Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи	00-98	341 381,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	
2.	Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО	61-02	4 054,0	4 054,0	0,0	4 054,0	0,0	100,0%	100,0%

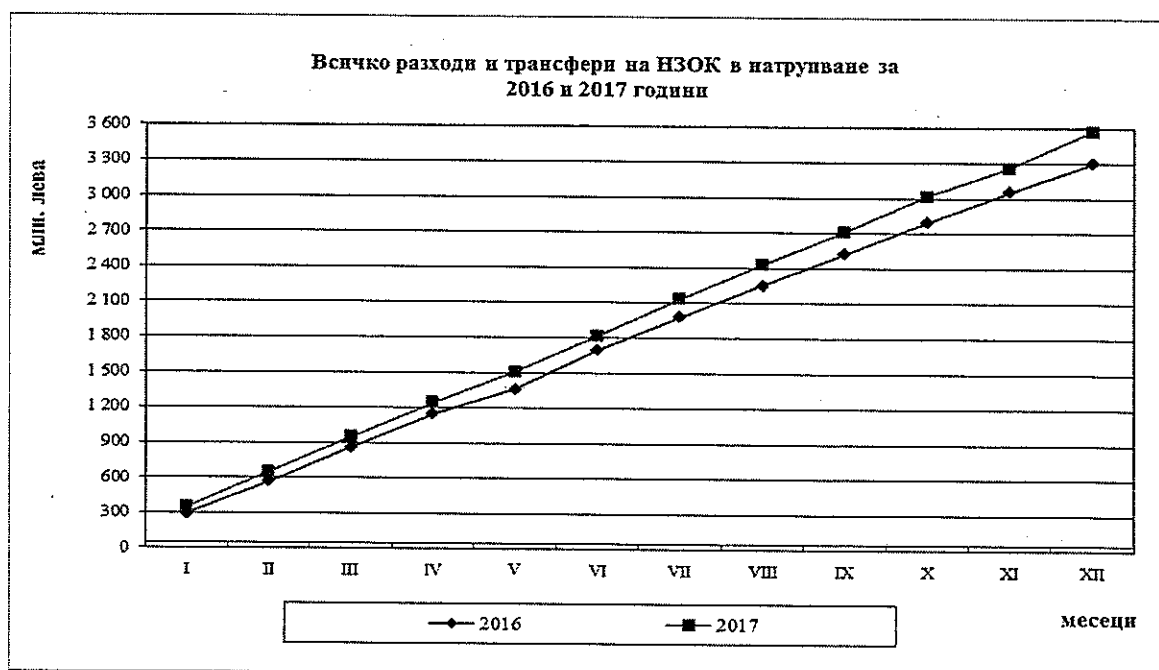
Със Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г. (ДВ бр. 98 от 2016 г.) е приет общ размер на разходи и трансфери - всичко от 3 452 816 хил. лв.

На основание §1 и §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. размерът на разходи и трансфери – всичко е увеличен със 119 064,1 хил. лв. – от тях 119 000 хил. лв. от преизпълнението на приходите и увеличение от 64,1 хил. лв. по реда на §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. от постъпили целеви субсидии по чл.23, ал.1, т.9 от ЗЗО за други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност. В резултат на увеличението годишният план на разходи и трансфери – всичко е в размер на 3 571 880,1 хил. лв.

За отчетната 2017 г. разходваните средства, в т.ч. трансфери, възлизат на 3 571 333,3 хил. лв. или 103,4% от предвидените със ЗБНЗОК и 100,0% от предвидените в годишен план средства. За сравнение през 2016 г. са разходвани 3 296 984 хил. лв. или през текущата година е отчетено увеличение от 8,3% (274 349,3 хил. лв. в абсолютна стойност).

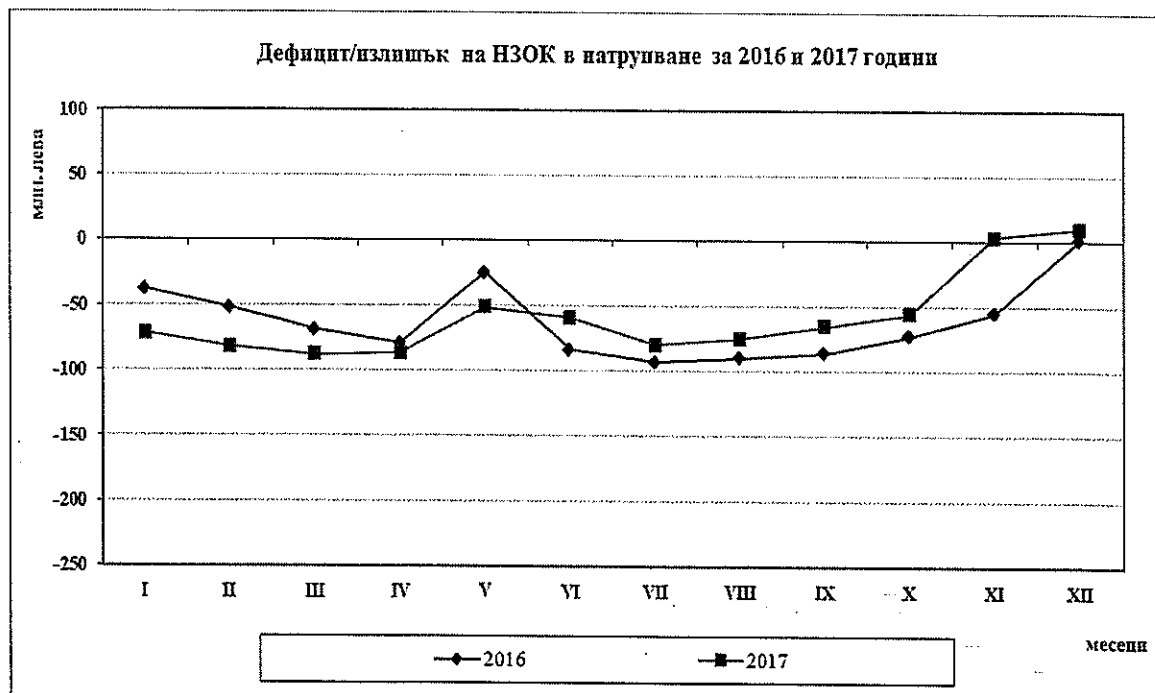
Графиките илюстрират динамиката на разходите и трансферите – всичко на НЗОК (по месеци и в натрупване) през 2016 и 2017 години в млн. лв.





В сумата на разходите и трансферите за 2017 г. са включени предоставени трансфери в размер на 86 438,5 хил. лв. (в т.ч. към НАП – 4 054 хил. лв. и към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК – 82 384,5 хил. лв.).

Графиката илюстрира движението на бюджетното салдо (дефицит/излишък), в натрупване, по бюджета на НЗОК за 2016 и 2017 години в млн. лв.



През отчетния период средствата са усвоени в следните основни направления:

Разходи за персонал – 33 962 хил. лв., представляващи 1,0% от извършените разходи и трансфери – всичко.

Издържка на административните дейности – 9 763,3 хил. лв., представляващи 0,3% от извършените разходи и трансфери – всичко.

Здравноосигурителни плащания – 3 497 381,6 хил. лв. (вкл. 82 286,8 хил. лв. предоставени трансфери към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК), представляващи 97,9% от извършените разходи и трансфери – всичко.

Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2017 г. – 23 652,4 хил. лв. (вкл. 97,7 хил. лв. предоставени трансфери към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК), представляващи 0,7% от извършените разходи и трансфери – всичко.

Придобиване на нефинансови активи – 2 520,1 хил. лв., представляващи 0,1% от извършените разходи и трансфери – всичко.

Предоставени трансфери на НАП по чл. 24, т. 6 от ЗЗО – 4 054 хил. лв., представляващи 0,1% от извършените разходи и трансфери – всичко.

1. РАЗХОДИ ЗА ПЕРСОНАЛ

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи за персонал са в размер на 34 239,9 хил. лв. и представляват 1% от приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. (ДВ бр. 98 от 2016 г.) разходи и трансфери - всичко.

През годината на основание чл. 115 от ЗПФ, Надзорният съвет на НЗОК прие вътрешно-компенсирани промени по показателите на разходите по бюджета на НЗОК за 2017 г. и пренасочи 357 хил. лв. от средствата за разходи за персонал към здравноосигурителни плащания. След приетите промени, разходите за персонал са в размер на 33 882,9 хил. лв. в годишен план и представляват 0,9% от годишния план на разходи и трансфери - всичко.

Към 31.12.2017 г. отчетените разходи за персонал са в размер на 33 962 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,2% от заложените в годишен план средства и 1% от отчетените разходи и трансфери - всичко. За сравнение, извършените през 2016 г. разходи за персонал представляват също 1% от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2016 г.

Средствата по елементи са отчетени, както следва:

□ 25 174,7 хил. лв. за заплати и възнаграждения на персонала, нает по трудови и служебни правоотношения, което представлява 99,4% спрямо годишния план. Тези разходи представляват 0,7% от общите разходи и трансфери и 74,1% от разходите за персонал. За сравнение през 2016 г. отчетените средства заемат същия дял от общите разходи и трансфери и са 74,5% от разходите за персонал;

□ 2 172,7 хил. лв. за други възнаграждения и плащания за персонала, което представлява 112,6% спрямо годишния план. 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 268 хил. лв., които се предвиждат в рамките на средствата за издръжка (Постановление № 374 на МС от 22.12.2016 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2017 г., чл.40). От общо отчетените 2 172,7 хил. лв., 268 хил. лв. са планирани в параграф 10-00 „Издръжка“. Остатъкът от 1 904,7 хил. лв. е в рамките на планираните 1 929,6 хил. лв. в годишен план. Тези разходи представляват 0,1% от общите разходи и трансфери и 6,4% от разходите за персонал. За сравнение отчетените през 2016 г. заемат същия дял - 0,1% от общите разходи и трансфери и са 6,6% от разходите за персонал;

□ 6 614,6 хил. лв. за осигурителни вноски за сметка на работодателя, което представлява 99,7% спрямо годишния план. Тези разходи представляват 0,2% от общите разходи и трансфери и 19,5% от разходите за персонал. За сравнение отчетените през 2016 г. заемат същия дял - 0,2% от общите разходи и трансфери и 18,9% от разходите за персонал.

Национална здравноосигурителна каса

Разходи за персонал на НЗОК към 31.12.2017 година										хил. лв.
ПОКАЗАТЕЛИ		Годишен план 2017 година			Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2017 г.			Изпълнение спрямо годишен план		
		НЗОК	ЦУ	РЗОК	НЗОК	ЦУ	РЗОК	НЗОК	ЦУ	РЗОК
	Разходи за персонал	33 882,9	6 693,1	27 189,8	33 962,0	6 657,2	27 304,8	100,2%	99,5%	100,4%
1	Залати и възнаграждения за персонала, нает по трудови и служебни правоотношения	25 320,1	4 805,0	20 515,1	25 174,7	4 772,4	20 402,3	99,4%	99,3%	99,5%
2	Други възнаграждения и плащания за персонала	1 929,6	423,8	1 505,8	2 172,7	420,6	1 752,1	112,6%	99,2%	116,4%
3	Задължителни осигурителни вноски от работодатели	6 633,1	1 464,2	5 168,9	6 614,6	1 464,1	5 150,4	99,7%	100,0%	99,6%

*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 268 хил. лв., които се предвиждат в рамките на средствата за издръжка (Постановление № 374 на МС от 22.12.2016 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2017 г., чл.40). От общо отчетените 2 172,7 хил. лв., 268 хил. лв. са планирани в параграф 10-00 „Издръжка“. Остатъкът от 1 904,7 хил. лв. е в рамките на планираните 1 929,6 хил. лв. в годишен план.

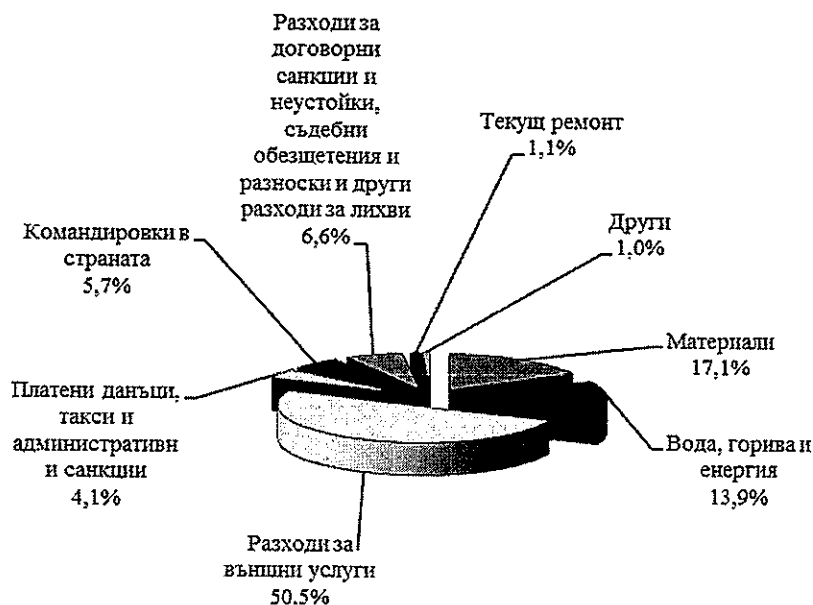
2. ИЗДРЪЖКА НА АДМИНИСТРАТИВНИТЕ ДЕЙНОСТИ

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи за издръжка на административните дейности са в размер на 11 140 хил. лв. и представляват 0,3% от приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. (ДВ бр. 98 от 2016 г.) разходи и трансфери - всичко.

През годината на основание чл. 115 от ЗПФ, Надзорният съвет на НЗОК прие вътрешно - компенсирани промени по показателите на разходите по бюджета на НЗОК за 2017 г. и пренасочи 1 105,5 хил. лв. от средствата за издръжка на административните дейности към здравноосигурителни плащания. След приетите промени, разходите за издръжка на административните дейности са в размер на 10 034,5 хил. лв. в годишен план и представляват 0,3% от годишния план на разходи и трансфери – всичко.

Към 31.12.2017 г. са изплатени 9 763,3 хил. лв., което представлява изпълнение от 97,3% от заложените в годишен план средства и 0,3% от отчетените разходи и трансфери - всичко. За 2017 г. извършените разходи за издръжка на административни дейности запазват същия дял от 0,3%, отчетен през 2016 г.

Структура на отчетените разходи за издръжка на административните дейности на НЗОК към 31.12.2017г.



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

□ 4 929,6 хил. лв. за външни услуги, като от тях 84,9% са усвоени от ЦУ на НЗОК. Високият дял на разходите на Централно управление, в сравнение с тези на регионалните поделения се дължи на факта, че някои от най-големите разходи за системата на НЗОК по този параграф се поемат основно на централно ниво - такива са разходите за физическа охрана и техническа поддръжка на охранителна система, поддръжка и актуализация на софтуер, поддръжка на хардуер, изработване и доставка на европейски здравноосигурителни карти, разходи за интернет. По този параграф са отчетени разходите на НЗОК за наеми, абонаментно поддържане на техниката, телефонни услуги, пощенски и куриерски услуги, трудова медицина и профилактични медицински прегледи и други;

□ 1 666,3 хил. лв. за материали, като от тях 40,2% са усвоени от ЦУ на НЗОК. По параграфа се отчитат разходите за закупуване на очила за компютри; за консумативи и резервни части за хардуер, за техника, за служебни автомобили, за поддръжка на сградите и офисите; изработка и доставяне на здравноосигурителни книжки в 28 - те РЗОК (поемат се от ЦУ на НЗОК); канцеларски и хигиенни материали; офис оборудване и други;

□ 1 356 хил. лв. за вода, горива и енергия. От тях: 60,8% за електроенергия; 20,2% за топлоенергия; 14,7% за гориво и 4,3% за вода;

□ 619,4 хил. лв. за разходи за договорни санкции и неустойки, съдебни обезщетения и разноски;

Национална здравноосигурителна каса

- 559,5 хил. лв. за командировки в страната;
- 402,2 хил. лв. платени данъци, такси и административни санкции;
- 107,4 хил. лв. за текущ ремонт;
- 60,5 хил. лв. за застраховки
- 29 хил. лв. други разходи за лихви;
- 33,5 хил. лв. за други разходи в рамките на издръжката на административните дейности, в т.ч. разходи за храна, други финансови услуги и краткосрочни командировки в чужбина.

Разходи за издръжка на административните дейности на НЗОК към 31.12.2017 година									хил. лв.
ПОКАЗАТЕЛИ	Годишен план 2017 година			Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2017 г.			Изпълнение спрямо годишен план		
	НЗОК	ЦУ	РЗОК	НЗОК	ЦУ	РЗОК	НЗОК	ЦУ	РЗОК
Издръжка на административните дейности, в т.ч.:	10 034,5	6 193,2	3 841,3	9 763,3	6 179,0	3 584,3	97,3%	99,8%	93,3%
Издръжка	9 602,8	6 012,6	3 590,2	9 332,1	5 998,7	3 333,4	97,2%	99,8%	92,8%
Храна	22,4	20,8	1,6	22,3	20,7	1,6	99,5%	99,5%	99,6%
Материали	1 666,5	670,3	996,2	1 666,3	670,2	996,1	100,0%	100,0%	100,0%
Вода, горива и енергия	1 356,3	215,0	1 141,3	1 356,0	214,9	1 141,1	100,0%	99,9%	100,0%
Разходи за външни услуги	4 929,9	4 186,0	743,9	4 929,6	4 185,9	743,7	100,0%	100,0%	100,0%
Текущ ремонт	107,6	6,7	101,0	107,4	6,5	100,8	99,8%	98,0%	99,9%
Командировки в страната	559,8	359,5	200,2	559,5	359,4	200,1	99,9%	100,0%	99,9%
Краткосрочни командировки в чужбина	3,1	3,1	0,0	3,0	3,0	0,0	96,7%	96,7%	0,0%
Разходи за застраховки	60,6	60,6	0,0	60,5	60,5	0,0	99,8%	99,8%	
Други финансови услуги	8,3	8,3	0,0	8,2	8,2	0,0	98,7%	98,7%	100,0%
Други разходи за СБКО (тук се отчитат разходите за СБКО, неотчетени по други позиции на ЕБКО)	268,3	12,6	255,6	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	0,0%
Разходи за договорни санкции и неустойки, съдебни обезщетения и разноски	619,8	469,6	150,2	619,4	469,5	149,9	99,9%	100,0%	99,8%
Други разходи, неklasифицирани в другите параграфи и подпараграфи	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	0,0%
Платени данъци, такси и административни санкции	402,6	159,4	243,2	402,2	159,2	243,0	99,9%	99,9%	99,9%
Платени държавни данъци, такси, наказателни лихви и административни санкции	30,1	14,0	16,0	29,8	13,9	15,9	99,2%	99,2%	99,1%
Платени общински данъци, такси, наказателни лихви и административни санкции	372,5	145,4	227,2	372,4	145,2	227,1	100,0%	99,9%	100,0%
Други разходи за лихви	29,1	21,2	7,9	29,0	21,1	7,9	99,5%	99,4%	99,7%
Други разходи за лихви към местни лица	29,1	21,2	7,9	29,0	21,1	7,9	99,5%	99,4%	99,7%

3. ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 3 032 000,5 хил. лв. или 87,8% от приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи и трансфери - всичко. През годината, с решения на ИС на НЗОК, средствата бяха увеличени с 465 381,7 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение с 341 381,6 хил. лв. за сметка на средствата от резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи на основание чл.15, ал.1, т.7 и чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ;

- увеличение с 4 936 хил. лв. за сметка на намалението на разходите за персонал, издръжка на административните дейности и разходите за придобиване на нефинансови активи, по реда на чл. 115 от ЗПФ;

- увеличение със 119 000 хил. лв. от изпълнението на приходите, по реда на §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. и

- увеличение с 64,1 хил. лв. по реда на §3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

След извършените промени, годишният план е в размер на 3 497 382,2 хил. лв. (в т.ч. 82 286,8 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 97,9% от годишния план на разходи и трансфери - всичко на НЗОК за 2017 г.

През годината, с утвърдени компенсирани промени от Управителя на НЗОК по реда на §4 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. и Указания на МФ ДР № 1 от 05.01.2017 г., здравноосигурителните плащания бяха периодично намалявани с отчетените като трансфери средства, в общ размер на 82 286,8 хил. лв. със съответното увеличение на средствата за „Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т.6 от ЗЗО и към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК“. Съгласно Указания на МФ, относно изпълнението на държавния бюджет и на сметките за средства от Европейския съюз за 2017 г., ДР № 1 от 05.01.2017 г., средствата, заплащани по договори, сключени между разпоредители с бюджет и НЗОК се отчитат като трансфери по чл.1, ал.2, т.2 от ЗБНЗОК за 2017 г. Съгласно §4 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. Управителят на НЗОК ежесечно, след отчитане на извършените по този ред здравноосигурителни плащания по чл.1, ал.2, ред 1.1.3. и плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по чл.1, ал.2, ред 1.1.4., утвърждава компенсирани промени между показателите по чл.1, ал.2, ред 1.1.3., ред 1.1.4. и по чл.1, ал.2, ред 2 от ЗБНЗОК за 2017 г.

За целите на анализа в годишния план и отчета по отделните здравноосигурителни плащания са включени отчетените като трансфери към ведомствени болници средства, съгласно Указания на МФ ДР № 1 от 05.01.2017 г., относно изпълнението на държавния бюджет за 2017 г. и на сметките за средства от Европейския съюз за 2017 г., в общ размер на 82 286,8 хил. лв.

Изплатените към 31.12.2017 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 3 497 381,6 хил. лв. (в т.ч. 82 286,8 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100% от заложените в годишен план средства и 97,9% от извършените през 2017 г. общо разходи и трансфери на НЗОК. В сравнение с 2016 г. се отчита увеличение от 274 025,1 хил. лв. или с 8,5%.

Съгласно чл. 53 и чл. 54 от ЗЗО, осъществяването на дейностите, предвидени в ЗЗО, по предоставяне на здравноосигурените лица на пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (видовете медицинска помощ, по чл. 45 от ЗЗО), се определя посредством Национални рамкови договори (НРД) между НЗОК и Българският лекарски съюз (БЛС) и между НЗОК и Българският зъболекарски съюз (БЗС). В случаите когато в закона за бюджета на НЗОК за годината се предвижда финансиране на нови дейности, лекарствени продукти и медицински изделия, за които в действащите НРД не се съдържат изискванията за реда за оказване, те се определят с решение на Надзорния съвет на НЗОК.

Съгласно чл.54, ал.6 от ЗЗО до НРД за 2017 г. влизат в сила на 01 април 2017 г. и заменят Решение № РД-НС-04-24-1/29 март 2016 г. по чл.54, ал.9 и чл.59а, ал.6 от ЗЗО на Надзорния съвет на НЗОК, за настъпилите промени в действащото законодателство, с което бяха допълнени и изменени съдържащите се в НРД за медицински дейности 2015 г. изисквания по чл.55, ал.2 от ЗЗО и НРД за денталните дейности за 2016 г.

Пакетът здравни дейности, гарантиран с бюджета на НЗОК през 2017 г. е определен с Наредба № 2 на МЗ от 25.03.2016 г.

Условията и редът за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 и т. 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ, се определят с наредба, издадена от министъра на здравеопазването, по предложение на Надзорния съвет на НЗОК (Наредба от № 10 на МЗ от 24.03.2009 г.)

В изпълнение на тези актове, през 2017 г. НЗОК осигурява на здравноосигурените лица здравни дейности, гарантирани със средствата по ЗБНЗОК за 2017 г. като извършва здравноосигурителни плащания към договорните партньори, оказващи здравните дейности по пакета, като:

- медицинска помощ от пакета по Наредба 2 от 2016 г. се отчита и заплаща през месеца, следващ месеца на оказването ѝ;

- лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, и медицинските изделия, приложени в болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – до края на втория месец, следващ оказването ѝ;

- лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение – до 30 календарни дни след последния отчетен ден на отчетната 15 - дневка, в която са предоставени.

Конкретните заплатени през 2017 г. периоди на предоставяне на медицинската и дентална помощ и лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, са описани по-долу при разглеждане на видовете здравноосигурителни плащания.

В параграф Други здравноосигурителни плащания на НЗОК са плащанията за медицинска помощ, оказана по правилата за координация на системите за социална сигурност (ПКСС), които включват Регламенти на ЕС и двустранни спогодби. Извършените по този ред плащания зависят от вида и обхвата на правата на обезщетенията в натура, които осигуреното лице е имало при получаване на помощта, осигурителния пакет на държавата на оказване на помощта, начините и срокове на заплащане на изпълнителите на помощта в тази държава, както и начините и сроковете по ПКСС за заявяване и възстановяване от НЗОК на съответната помощ.

Национална здравноосигурителна каса

Основни показатели по отчета за изпълнението на бюджета в частта на здравноосигурителните плащания (с включен трансфер към бюджетни организации) на НЗОК към 31.12.2017 г. в хил. лв.

№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ (хил. лв.) с включен трансфер към бюджетни организации (ведомствени болници)	ЗБНЗОК 2017 г. ДВ бр. 98 от 2016 г.	Годишен план 2017 г.	Отчет 2017 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2017 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2017 г.	Структура на разхода по отчет	Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2016 г.	Ръст на разхода 2017 г. спрямо 2016 г. в %	Разлика 2017 г. спрямо 2016 г. в хил. лв.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1.3.	Здравноосигурителни плащания	39-00	3 032 000,5	3 497 382,2	3 497 381,6	115,3%	100,0%	100,0%	3 223 356,5	8,5%	274 025,1
1.1.3.1.	Първична извънболнична медицинска помощ	39-01	200 000,0	198 902,7	198 902,6	99,5%	100,0%	5,7%	186 877,8	6,4%	12 024,8
1.1.3.2.	Специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)	39-02	211 400,0	218 654,2	218 654,2	103,4%	100,0%	6,3%	205 510,2	6,4%	13 143,9
1.1.3.3.	Детална помощ	39-03	147 000,0	159 857,9	159 857,8	108,7%	100,0%	4,6%	117 847,1	35,6%	42 010,7
1.1.3.4.	Медико-диагностична дейност	39-04	77 500,0	79 421,9	79 421,8	102,5%	100,0%	2,3%	74 415,5	6,7%	5 006,3
1.1.3.5.	Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за в т.ч. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната	39-05	798 571,6	985 825,8	985 825,7	123,4%	100,0%	28,2%	905 178,2	8,9%	80 647,4
1.1.3.5.1.	в т.ч. заплащане на аптеки	39-05	573 006,0	697 686,3	697 686,3	121,8%	100,0%	70,8%	615 443,7	13,4%	82 242,6
1.1.3.5.1.1.	в т.ч. възстановени разходи от ПРУ за ЛП по Приложение 1 от ПЛС		0,0	0,0	829 408,5			118,9%	701 368,6	18,3%	128 039,9
1.1.3.5.1.2.	в т.ч. лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	39-05	225 565,6	288 139,4	288 139,4	127,7%	100,0%	29,2%	289 734,5	-0,6%	-1 595,1
1.1.3.5.2.1.	в т.ч. заплащане на изпълнителите на БМП		0,0	0,0	327 690,8			113,7%	289 734,5	13,1%	37 956,3
1.1.3.5.2.2.	в т.ч. възстановени разходи от ПРУ за ЛП по Приложение 2 от ПЛС		0,0	0,0	-39 551,4			-13,7%	0,0		-39 551,4
1.1.3.6.	Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ	39-07	80 000,0	98 145,2	98 145,1	122,7%	100,0%	2,8%	80 225,6	22,3%	17 919,5
1.1.3.7.	Болнична медицинска помощ	39-06	1 457 528,9	1 695 550,4	1 695 550,3	116,3%	100,0%	48,5%	1 613 555,6	5,1%	81 994,8
1.1.3.8.	Други здравноосигурителни плащания	39-10	60 000,0	61 024,2	61 024,2	101,7%	100,0%	1,7%	39 746,5	53,5%	21 277,7
1.1.3.8.1.	в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност	39-10	60 000,0	61 024,2	61 024,2	101,7%	100,0%	1,7%	39 746,5	53,5%	21 277,7

3.1. Първична извънболнична медицинска помощ

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи за ПИМП са в размер на 200 000 хил. лв. В резултат на извършените промени на основание на чл. 115 от ЗПФ и вътрешно-компенсирани промени от Управителя на НЗОК, съгласно решение на НС на НЗОК, годишният план на здравноосигурителни плащания за ПИМП за 2017 г. възлиза на 198 902,7 хил. лв. (в т.ч. 51,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. за ПИМП са изплатени 198 902,6 хил. лв. (в т.ч. 51,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 5,7% от всички отчетени здравноосигурителни плащания и 100% от заложените в годишен план средства за ПИМП. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 12 024,8 хил. лв. или с 6,4%. Договорени бяха по-високи цени на прегледите по програма „Детско здравеопазване“.

През 2017 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на ПИМП дейност за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г., оказана на регистрираните 5 986 хил. ЗОЛ (средномесен брой). Спрямо заплатената през 2016 г. дейност ПИМП за периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г. (*Приложение ПИМП, Таблица 50*) се отчита:

- общо намаление на броя ЗОЛ със 79,5 хил. лица или с 1,3%, в следствие на намалението с 83,8 хил. лица или с 2,5% на ЗОЛ във възрастова група от 18 - до 65 - годишна възраст и с 3,3 хил. лица или с 0,3% във възрастова група до 18 години и увеличение със 7,6 хил. лица или с 0,5% във възрастова група 65 и повече години – продължава тенденцията на застаряване на ЗОЛ – делът на ЗОЛ на и над 65 - годишна възраст нараства от 23,9% през 2016 г. на 24,3% през 2017 г.;

- общо увеличение с 1 91,2 хил. лв. или с 1,2% на разхода за капитационното заплащане на изпълнителите на ПИМП, за регистрираните при тях ЗОЛ, във връзка с увеличението от 01.01.2017 г. на капитационното заплащане за ЗОЛ от възрастови групи до 18 години и на 65 и повече години. Делът на капитационното плащане от общото плащане на изпълнителите на ПИМП намалява на 47,9% спрямо 50,4% през 2016 г.;

- увеличение в отчетените обеми се наблюдава само при дейностите по диспансерно наблюдение – общо с 276,7 хил. прегледа или с 6,6% и при профилактичните прегледи на лица над 18 г. – с 5,1 хил. имунизации или с 0,2%;

- при останалите видове дейности най-голямо е намалението на профилактичните прегледи прегледа на лица до 18 г. по програма "Детско здравеопазване" – със 110,2 хил. прегледа или с 3,7%, при дейностите по изпълнение на задължителни имунизации и

реимунизация на лица от 0 до 18 г. – с 0,9 хил. имунизации или с 15,5% и на лица над 18 г. – с 5,9 хил. имунизации или с 2,7%,

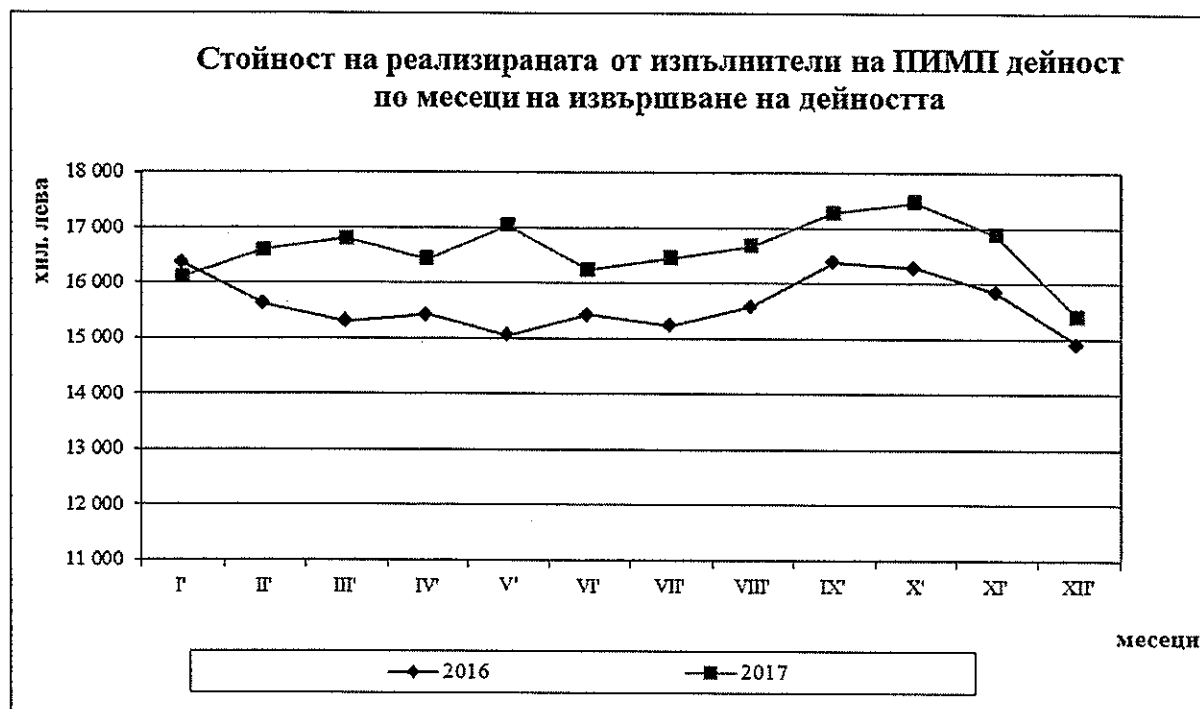
- общият ръст на плащанията към изпълнителите на ПИМП се дължи основно на ръста на разходите за диспансерно наблюдение – с 6 211,7 хил. лв. или с 14,9% и на ръста на разходите за профилактичните прегледи на лица над 18 г. – с 4 358,7 хил. лв. или с 18,8%, като следствие от увеличението в отчетените обеми на тези дейности, така и на увеличението от 01.01.2017 г. на техните цени. С промените в сила от 01.01.2017 г. Наредба № 2/2016 г. в заплащането на дейностите на ПИМП по диспансерно наблюдение на ЗОЛ се обособяват три групи диспансерни прегледи - на ЗОЛ с едно заболяване, на ЗОЛ с две заболявания, на ЗОЛ с повече от две заболявания; вместо двете групи до 31.12.2016 г. - на ЗОЛ с едно заболяване и на ЗОЛ с повече от едно заболяване.

Графиката илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход за 2017 г. в съпоставка с 2016 и 2015 години.



Средномесечният разход за първична извънболнична медицинска помощ за 2017 г. формиран на годишна база по месеци на извършване на дейността е 16 615 хил. лв. (Приложение ПИМП, Таблица 27).

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



Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за извършена дейност по НРД 2017 през 2017 г. възлиза на 277 лв., а през 2016 г. на 257 лв. Този показател за 2017 г. е най-висок в: РЗОК Търговище – 324 лв., РЗОК Велико Търново – 319 лв. и РЗОК Монтана – 318 лв., а най-нисък в: РЗОК София град – 246 лв., РЗОК Габрово – 255 лв., РЗОК Стара Загора – 259 лв. (Приложение ПИМП, Таблица 27).

През 2017 г. средномесечно са отчели дейност 3 695 практики с 4 275 общопрактикуващи лекари (ОПЛ), а през 2016 г. 3 747 практики, като 4 342 ОПЛ са тези, които са отчитали дейност годината. Спрямо 2016 г., броят лекари за 2017 г. е с 67 бр. по-малко. Продължава наложилата се тенденция за намаление на броя на лекарите - изпълнители на ПИМП. (Приложение ПИМП, Таблицы 23, 25).

Средномесечният доход на един ОПЛ формиран на годишна база по месеци на извършване на дейността през 2017 г. е 3 886 лв., а през 2016 г. е 3 602 лв., като най-висок е в РЗОК Разград – 6 141 лв., в РЗОК Търговище – 6 036 лв. и в РЗОК Кърджали – 5 396 лв., а най-нисък е в РЗОК Плевен – 3 113 лв., РЗОК Стара Загора – 3 280 лв. и РЗОК София град – 3 391 лв. 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, заплащане за осигуряване на

постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на ЗОЛ, брой диспансеризирани ЗОЛ, които фактори от своя страна са определящи за степента на натовареност (*Приложение ПИМП, Таблица 27*).

Средномесечният брой ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права, обслужвани от един ОПЛ през 2016 г. е 1 399 ЗОЛ, като през отчетния период на 2017 г. техният брой се увеличава на – 1 401 ЗОЛ. Най-нисък този показател е в РЗОК Плевен – 1 079 ЗОЛ, РЗОК Добрич – 1 148 ЗОЛ и РЗОК Видин – 1229 ЗОЛ, а най-висок е в РЗОК Разград – 2 065 ЗОЛ, РЗОК Кърджали – 1 956 ЗОЛ и РЗОК Търговище – 1 864 ЗОЛ (*Приложение ПИМП, Таблица 24*).

Съгласно Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. на Надзорния съвет на НЗОК по чл.54,ал.9 от ЗЗО и разпоредбите на НРД за медицинските дейности за 2017 г. се заплаща извършената от изпълнителите на ПИМП дейност по следните елементи:

Медицинско обслужване на ЗОЛ, включено в регистъра на ОПЛ;

Профилактична дейност по програма „Детско здравеопазване“;

Профилактично наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“;

Диспансерно наблюдение;

Профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г., имунизации на ЗОЛ над 18 г.;

Допълнително заплащане за работа при неблагоприятни условия;

Посещение (преглед) на ЗОЛ от друг здравен район

Заплащане за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката.

Медицинско обслужване на ЗОЛ, включени в регистъра на ОПЛ (Капитационно заплащане).

През 2017 г. заплатените средства за капитация са в размер на 95 239 хил. лв. или 47,9% от общия разход за ПИМП.

Съгласно Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. на Надзорния съвет на НЗОК и разпоредбите на НРД за медицинските дейности за 2017 г. се запазват възрастовите групи и заплащането за капитация за 2016 г. и 2017 г. както следва:

Възрастова група	2016 г.	2017 г.
ЗОЛ до 18-годишна възраст	1,30 лв.	1,37 лв.
ЗОЛ от 18- до 65-годишна възраст	1,05 лв.	1,05 лв.
ЗОЛ над 65-годишна възраст	1,40 лв.	1,47 лв.

Средномесечният разход за капитация за 2017 г. (за дейността извършена през 2017г.) е в размер на 7 289 хил. лв., за 2016 г. – 7 191 хил. лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 11*).

В зависимост от възрастовата структура, средствата за капитация са разпределени както следва: (*Приложение ПИМП, Таблица 1*).

Възрастова група	Разход хил. лв.	Структура %
□ Капитация всичко	87 334	100,0
□ ЗОЛ до 18-годишна възраст	20 090	23,0
□ ЗОЛ от 18- до 65-годишна възраст	41 643	47,7
□ ЗОЛ над 65-годишна възраст	25 601	29,3

Средномесечният разход за капитация на 100 ЗОЛ за 2017 г. е в размер на 121,7 лв., а за 2016 г. е 118,4 лв. С най-голям разход са РЗОК Видин – 124,5 лв.; РЗОК Монтана и РЗОК Силистра – 123,8 лв. и РЗОК Плевен – 123,5 лв., а най-малък разход е РЗОК София-град – 119,9 лв.; РЗОК Смолян – 120,3 лв. и РЗОК Благоевград – 120,9 лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 11*).

Средномесечният доход на ОПЛ отчетен по сключени договори от капитация през 2016 г. е 1,66 хил. лв., а за 2017 г. възлиза на 1,71 хил. лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 11*).

За 2016 г. (за дейността извършена през 2016 г.) средствата за капитация съставляват 46% от стойността на извършената в ПИМП дейност, за 2017 г. този дял намалява на – 44%, като най-висок е в РЗОК София град – 49%; РЗОК Габрово – 48%, РЗОК Силистра и РЗОК Стара Загора – 47%, най-нисък в РЗОК Търговище и РЗОК Велико Търново – 38%, РЗОК Монтана – 39% и РЗОК Видин – 40% (*Приложение ПИМП, Таблица 11*). Намалението се дължи преди всичко на намалението на ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права.

Профилактична дейност по програма „Детско здравеопазване“

Заплатените средства по програма „Детско здравеопазване“ възлизат на 22 480 хил. лв. и съставляват 11,3% от изразходваните средства за ПИМП (*Приложение ПИМП, Таблицы 1 и 2*).

От 01.04.2017 г. с НРД 2017 е договорено увеличаване на цените на профилактичните прегледите за лица от 0 до 1 г. (от 10 лв. на 10,50 лв.) и за лица от 1 до 7 г. (от 9 лв. на 9,50 лв.).

Средномесечният доход на ОПЛ по програма „Детско здравеопазване“ през 2016 г. от 434 лв., се увеличава през 2017 г. на 437 лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 11*).

През отчетния период за 2017 г. средномесечният брой регистрирани ЗОЛ от 0 до 1 - годишна възраст е 58 хиляди броя ЗОЛ (*Приложение ПИМП, Таблица 4*).

Средномесечният брой профилактични прегледи за 100 ЗОЛ от 0 до 1 - годишна възраст през 2017 г. е 82,6 броя прегледи, а за 2016 г. е 82,8 броя прегледи. Най - малко прегледи за извършената дейност през 2017 г. отчитат в РЗОК Видин – 52,2 броя прегледи, РЗОК Габрово – 55,5 броя прегледи и РЗОК Кюстендил – 67,3 броя прегледи, а най-голям брой прегледи от 0 до 1 - годишна възраст отчитат РЗОК Смолян – 92,2 броя прегледи; РЗОК София област – 91,6 броя прегледи и РЗОК Пловдив – 90,8 броя прегледи. (*Приложение ПИМП, Таблица 12*).

През отчетния период за профилактични прегледи от 0 до 1 - годишна възраст са изразходвани 5 960 хил. лв. или 26,5% от средствата по програма „Детско здравеопазване“ (*Приложение ПИМП, Таблица 1*).

През отчетния период на 2017 г. средномесечният брой регистрирани ЗОЛ от 1 - до 2 - годишна възраст е 63,6 хиляди броя ЗОЛ (*Приложение ПИМП, Таблица 5*).

Средномесечният брой профилактични прегледи за 100 ЗОЛ от 1 - до 2 - годишна възраст през 2017 г. е 25,5 броя прегледи, а за 2016 г. е 25,3 броя прегледи. За извършената дейност през 2017 г. най-малко прегледи отчитат в РЗОК Габрово – 16,7 броя прегледи и РЗОК Видин – 16,8 броя прегледи, а най-голям брой прегледи от 1 - до 2 - годишна възраст отчитат РЗОК Перник – 28,8 броя прегледи, РЗОК София област – 28,6 броя прегледи; и РЗОК Пловдив – 27,9 броя прегледи (*Приложение ПИМП, Таблица 13*).

През отчетния период за профилактични прегледи от 1 - до 2 - годишна възраст са изразходвани 1 814 хил. лв. или 8,1% от средствата за програма „Детско здравеопазване“ (*Приложение ПИМП, Таблица 1*).

Средномесечният брой регистрирани ЗОЛ от 2 - до 7 - годишна възраст за отчетния период за 2017 г. е 335 хиляди броя ЗО. (*Приложение ПИМП, Таблица 6*).

Средномесечният брой профилактични прегледи за 100 ЗОЛ от 2 - до 7 - годишна възраст през 2017 г. е 12,58 броя прегледи., а за 2016 г. е 12,62 броя прегледи. За извършената дейност през 2017 г. най-малко прегледи се отчитат в РЗОК Видин – 8,68 броя прегледи, РЗОК Габрово – 9,41 броя прегледи и РЗОК Шумен – 10,44 броя прегледи, а най - голям брой прегледи от 2 - до 7 - годишна възраст отчитат София област – 14,10 броя прегледи, РЗОК Ямбол – 14,03 броя прегледи и РЗОК Перник – 13,98 броя прегледи (*Приложение ПИМП, Таблица 14*).

За профилактични прегледи от 2 - до 7 - годишна възраст през отчетния период са изразходвани 4 762 хил. лв. или 21,2% от средствата по програма „Детско здравеопазване“ (Приложение ПИМП, Таблица 1).

Средномесечният брой регистрирани ЗОЛ от 7 - до 18 - годишна възраст за периода през 2017 г. е 770,2 хиляди броя ЗОЛ (Приложение ПИМП, Таблица 7).

Средномесечният брой профилактични прегледи за 100 ЗОЛ от 7 - до 18 - годишна възраст за 2017 г. е 6,89 броя прегледи, а за 2016 г. е 6,83 броя прегледи. За дейността извършена през 2017 г. най-малко прегледи се отчитат в РЗОК Шумен – 5,82 броя прегледи, РЗОК Кърджали – 6,00 броя прегледи и РЗОК Габрово – 6,02 броя прегледа, а най - голям брой прегледи от 7 - до 18 - годишна възраст отчитат РЗОК Перник – 7,43 броя прегледи, РЗОК Кюстендил и РЗОК София област – 7,38 броя прегледи и РЗОК Пловдив – 7,35 броя прегледи (Приложение ПИМП, Таблица 15).

През отчетният период за профилактични прегледи от 7 - до 18 - годишна възраст са изразходвани 5 771 хиляди лева или 25,7% от средствата по програма „Детско здравеопазване“.

Като дейност по програма „Детско здравеопазване“ за задължителни имунизации и реимунизации през 2017 г. са заплатени 4 173 хил. лв. за 920 хиляди имунизации. Средномесечният разход за имунизации през 2016 г. е в размер на 380 хил. лв. при 345 хил. лв. през 2017 г. (Приложение ПИМП, Таблици 1,16(1) и 38)

Профилактично наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“

През отчетния период заплатените средства по програмата възлизат на 32,4 хил. лв. и съставляват 0,02% от разходваните средства за ПИМП (Приложение ПИМП, Таблици 1 и 2).

Средномесечният разход за дейността по програма „Майчино здравеопазване“ през 2017 г. е в размер на 2,7 хил. лв., а през 2016 г. е 3,1 хил. лв. Ниската стойност на разходите за профилактичното наблюдение на бременните и майките се дължи основно на направения избор на ЗОЛ, наблюдението на бременността да се извършва от лекар - специалист по „акушерство и гинекология“ (Приложение ПИМП, Таблици 1 и 39).

Дейност по диспансерно наблюдение

През отчетния период за диспансерно наблюдение са заплатени общо 47 762 хил. лв. или 24 % от средствата за ПИМП, от тях 20 832 хил. лв. за дейност по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване, 17 060 хил. лв. за дейност по диспансерно наблюдение

на ЗОЛ с две заболявания и 9 869 хил. лв. за дейност по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания (*Приложение ПИМП, Таблици 1*).

От 01.01.2017 г. е определено за изпълнителите на ПИМП различно заплащане на диспансерните прегледи по три различни цени, в зависимост от броя на заболяванията - с едно заболяване, с две заболявания и с повече от две заболявания. Въвеждането на диференцирано заплащане и увеличението на цените на преглед на ЗОЛ с две заболявания (от 10,50 лв. на 11,40 лв.) и повече от две заболявания (от 10,50 лв. на 13,30 лв.) доведе до нарастване на броя на диспансерните ЗОЛ от двете най-големи социалнозначими групи кардиологичните и ендокринните заболявания.

Средномесечният доход на ОПЛ по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване по месец на извършване на дейността възлиза на 404 лв. за периода през 2017 г. и 402 лв. за 2016 г. Най-висок доход от тази дейност през 2017 г. се отчита в РЗОК Разград – 864 лв., РЗОК Търговище – 739 лв. и РЗОК Русе – 716 лв., а най - нисък в РЗОК София град – 272 лв., РЗОК Пазарджик – 319 лв. и РЗОК Плевен – 321 лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 40(1)*).

Средномесечният доход на ОПЛ по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания по месец на извършване на дейността възлиза на 325 лв. за периода през 2017 г. и 402 лв. за 2016 г. Най-висок доход от тази дейност през 2017 г. се отчита в РЗОК Търговище – 643 лв., РЗОК Разград – 585 лв. и РЗОК Русе – 489 лв., а най - нисък в РЗОК Кюстендил – 172 лв., РЗОК София град – 241 лв. и РЗОК Сливен – 244 лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 40(2)*).

Средномесечният доход на ОПЛ по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания по месец на извършване на дейността възлиза на 207 лв. за 2017 г. Най - висок доход от тази дейност през 2017 г. се отчита в РЗОК Търговище – 326 лв., РЗОК Враца – 317 лв. и РЗОК Монтана – 312 лв., а най - нисък в РЗОК Кюстендил – 86 лв., РЗОК Добрич – 125 лв. и РЗОК Хасково – 132 лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 40(3)*).

Профилактични прегледи на лица над 18 години

През отчетния период са заплатени общо 27 583 хил. лв. или 13,87 % от разходваните средства за ПИМП (*Приложение ПИМП, Таблици 1 и 2*). Средно за страната 38% от ЗОЛ над 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на годишен профилактичен преглед.

Средномесечният разход за този вид дейност през 2017 г. възлиза на 193 хил. лв., а през 2016 г. е в размер на 193,5 хил. лв. (*Приложение ПИМП, Таблици 20*).

Средномесечният доход на ОПЛ за профилактична дейност над 18 години (по месец на извършване на дейността) през 2017 г. е 542 лв., а през 2016 г. 446 лв. Увеличението се дължи

на по високата цена за 2017 г. спрямо 2016 г. на този вид дейност (*Приложение ПИМП, Таблица 41 и 49*).

Средномесечният брой прегледи на 1 000 ЗОЛ над 18 години при изпълнители на ПИМП през 2017 г. се увеличава – 41 прегледа, а през 2016 г. са 40 прегледа. Този показател е най-висок в РЗОК Търговище – 57,01 прегледа, РЗОК Велико Търново – 55,33 прегледа и РЗОК Пловдив – 53,24 прегледа; най - нисък в РЗОК Силистра – 22,8 прегледа, РЗОК Стара Загора – 29,8 прегледа и РЗОК Габрово – 29,9 прегледа (*Приложение ПИМП, Таблица 20*).

По време на профилактичния преглед, с цел профилактика на социалнозначимите заболявания при ЗОЛ над 18 години, ОПЛ формират групи от лица с рискови фактори за развитие от заболяване като отразяват резултатите в „Карта за оценка на рискови фактори за развитие от заболяване“.

Имунизации за лица над 18 години

През 2017 г. за 211 хиляди имунизации на лица над 18 - годишна възраст съгласно Имунизационният календар на Република България, са заплатени 961 хил. лв., като средномесечният разход за имунизации на лица над 18 –г одишна възраст е в размер на 79,1 хил. лв. Цената заплащана за поставяне на 1 брой имунизация за всеки вид е в размер на 4,50 лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 1, Таблица 16(2) и Таблица 38(2)*).

Инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони

През отчетния период са заплатени общо 21,3 хил. прегледа на обща стойност от 119,2 хил. лв. През 2017 г. заплащането за извършено посещение на ЗОЛ с регистрация в друг здравен район се запазва на цена от 5,50 лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 1и 21*).

Неблагоприятни условия на работа

През отчетния период за неблагоприятни условия на работа са заплатени общо 4 739 хил. лв. или 2,4% от разходваните средства за ПИМП, при оптималния размер на плащанията за практики определени като неблагоприятни за годината в размер на 5 000 хил. лв. за 2017 г. 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 в трудно достъпни райони на територията на страната и малки населени места.

Средномесечният брой практики, на които са заплатени средства за работа при неблагоприятни условия през 2017 г. са 818, при регистрирани 1 074 такива за цялата страна (*Приложение ПИМП, Таблица 29*).

Средномесечният доход на практика за този вид дейност е 477 лв. през 2017 г., а за 2016 г. е 452 лв., като за 2017 г. най-висок е в РЗОК Габрово – 934 лв., РЗОК Кърджали – 784 лв. и РЗОК Монтана – 718 лв., а най - нисък в РЗОК София град – 227 лв., РЗОК Варна – 243 лв. и РЗОК София област – 252 лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 29*).

Заплащане за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката

Заплатените средства през 2017 г. за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката на ЗОЛ възлизат на 7 906 хил. лв. и съставляват 3,97% от изразходваните средства за ПИМП (*Приложение ПИМП, Таблицы 1 и 2*).

Средномесечният разход за този вид заплащане през 2017 г. е в размер на 658,3 хил. лв. Заплащането се извършва на капитационен принцип за ЗОЛ от пациентската листа на изпълнителя на ПИМП, който осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от начините, посочени в Наредба № 2 от 2016 г. Заплащаната сума е една и съща за всички възрастови групи по 0,11 лв. за всяко ЗОЛ.

Средномесечният доход на ОПЛ извършващ такава услуга през 2017 г. е 151 лв. Най-висок е доходът в РЗОК Разград – 217 лв., РЗОК Кърджали – 207 лв. и РЗОК Търговище – 204 лв., а най - нисък в РЗОК Плевен – 115 лв. , РЗОК Добрич – 124 лв. , РЗОК Видин и РЗОК Стара Загора – 135 лв. (*Приложение ПИМП, Таблица 46*).

Изводи:

- Първичната извънболнична медицинска помощ е медицинската услуга, с която се предоставя достъп на населението до медицинска помощ. С нея е предвидено да се гарантира профилактика на населението за предотвратяване на заболявания и навременното оказване на медицинска помощ в случай на заболяване.
- През 2017 г. здравноосигурителните плащания на НЗОК за ПИМП са в размер 198 903 хил. лв. или 5,7 % от всички здравноосигурителни плащания, с тези средства е изплатена дейността за периода декември 2016 г. – ноември 2017 г. Разходите за ПИМП са се увеличили с 12 025 хил. лв. или с 6,4 % спрямо предходната 2016 г. Увеличението е в резултат на по - високите цени на дейности по диспансерно наблюдение, профилактични

прегледи по програма „Детско здравеопазване” и профилактични прегледи на лица над 18 г. от НРД за 2017 г. спрямо 2016 г. (Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. на Надзорния съвет на НЗОК).

- През 2017 г. в пациентските листи на изпълнителите на ПИМП, са регистрирани средномесечно 5 988 хил. ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права, което представлява намаление с 1,4% спрямо 2016 г. По възрастови групи промяната в броя на ЗОЛ е както следва: до 18 г. – регистрирани 1 227 хиляди ЗОЛ – намаление с 0,6 % спрямо 2016 г.; от 18 до 65 г. – 3 302 хиляди ЗОЛ - намаление с 2,5%; над 65 години – 1 459 хиляди ЗОЛ – увеличение с 0,3% (*Приложение ПИМП, Таблици 8, 9, 10 и 11*).
- Усвояването на средствата на регионално ниво запазва наложените тенденции на увеличение от предходните години. Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за страната е нараснал от 257 лв. на 277 лв. за 2017 г., което се дължи на по-високото потребление на предлаганите медицински услуги и на определените по-високи цени от 01.01.2017 г. и от 01.04.2017 г. (*Приложение ПИМП, Таблица 27*),
- Големият брой на изпълнителите на ПИМП е съсредоточен в областите с добре развита инфраструктура и наличие на медицински университети, по-ниска е осигуреността с общопрактикуващи лекари в регионите със слабо развита демографска и друга инфраструктура. Допълнителното заплащане за работа при неблагоприятни условия на труд за общопрактикуващите лекари цели да създаде стимули за повишаване на осигуреността на ЗОЛ с медицински услуги в трудно достъпните райони.

3.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение)

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 211 400 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата са увеличени общо със 7 254,2 хил. лв., в т.ч.

- увеличение със 7 270,9 хил. лв. за сметка на намалението на средствата на резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи и

- намаление с 16,7 хил. лв. с утвърдени вътрешно-компенсирани промени от Управителя на НЗОК, съгласно решение на НС на НЗОК, на основание на чл.115 от ЗПФ.

В резултат на увеличението годишният план на здравноосигурителни плащания за СИМП за 2017 г. възлиза на 218 654,2 хил. лв. (в т.ч. 619,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. за СИМП са изплатени 218 654,2 хил. лв. (в т.ч. 619,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 6,3% от всички отчетени здравноосигурителни плащания и 100,0% от заложените в годишен план средства за СИМП. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания за СИМП се отчита ръст с 13 143,9 хил. лв. или с 6,4%.

През 2017 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на СИМП дейност за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. Общо през периода са заплатени 20 061,1 хил. специализирани дейности, което е с 1 356 хил. дейности или с 7,2% повече от заплатените през 2016 г. дейности на изпълнителите на СИМП за периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г.

По видове специализирани дейности, заплатени през 2017 г. спрямо заплатените през 2016 г. (*Приложение СИМП, Таблица 54*) се отчита:

- увеличение в заплатените обеми при: физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) - с 1 230,4 хил. дейности повече или с 21,2%; първични посещения – с 93,2 хил. прегледа повече или с 1,4%; вторични посещения – с 65,9 хил. прегледа повече или с 2,1%; експертна дейност – с 64,7 хил. прегледа повече или с 6,2%; високоспециализирани дейности – с 16,7 хил. дейности повече или с 2,3% (най - голямо е увеличението при ехокардиография, лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани, електромиография);

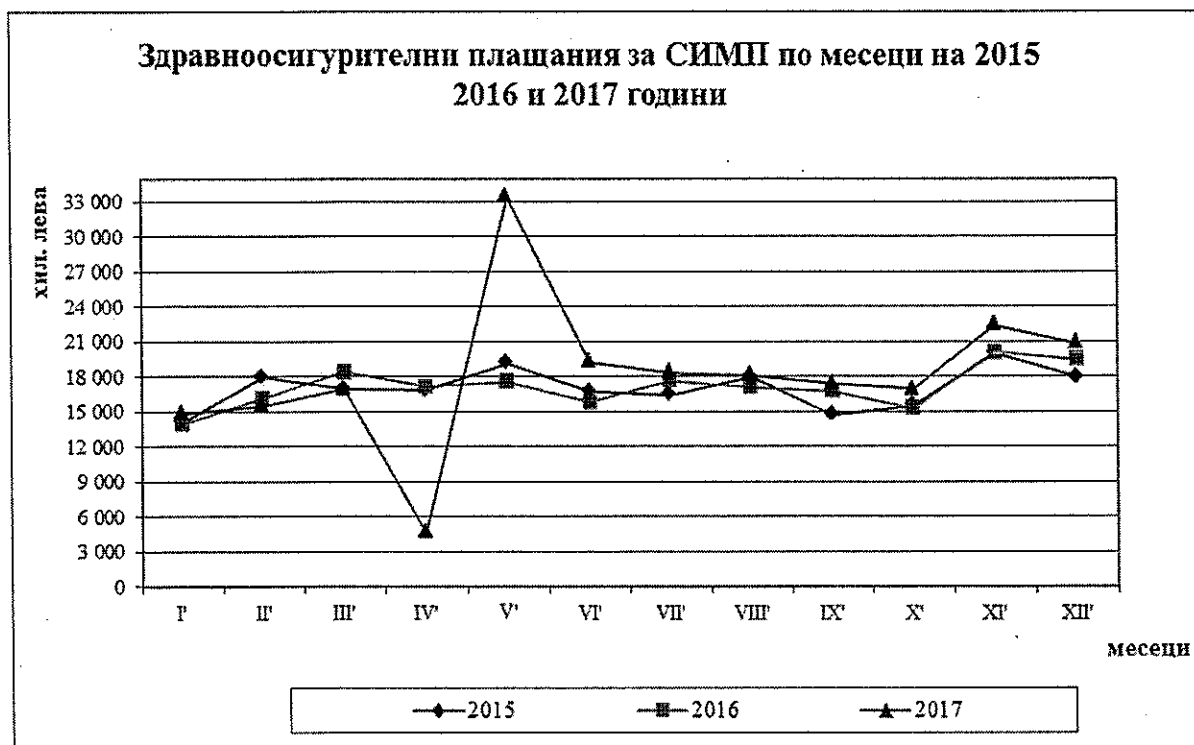
- намаление на прегледите по повод: диспансерно наблюдение – със 102,4 хил. прегледа по-малко или с 12,9%; профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ – с

13,4 хил. прегледа по-малко или с 3,9%; комплексно диспансерно /амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания – с 2,2 хил. прегледа по - малко или с 9,1%.

- в структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на СИМП – 165 079,3 хил. лв. или 75,5% се формират от специализираните прегледи (първични и вторични) по повод остри състояния (през 2016 г. делът е бил 76,8%); увеличава се делът на физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) – 7,5% от плащанията за СИМП през 2017 г. спрямо 6,4% през 2016 г. и на експертизната дейност – 3,3% от плащанията за СИМП през 2017 г. спрямо 2,8% през 2016 г.; намалява делът на високоспециализираните дейности – 7,2% от плащанията за СИМП през 2017 г. спрямо 7,5% през 2016 г. и прегледите по повод диспансерно наблюдение – 4,0% от плащанията за СИМП през 2017 г., спрямо 4,1% през 2016 г.;

- с НРД за медицинските дейности за 2017 г., от 01.04.2017 г. се увеличени цените на първичните посещения (от 19 лв. на 20 лв.), на профилактичните прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по „Педиатрия“, на профилактичните прегледи по програма „Майчино здравеопазване“, на профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. от рискови групи (от 9,50 лв. на 12,00 лв.), на специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболявания (от 9,50 лв. на 12,50 лв.), и на специализирания физиотерапевтичен преглед (от 5 лв. на 7 лв.).

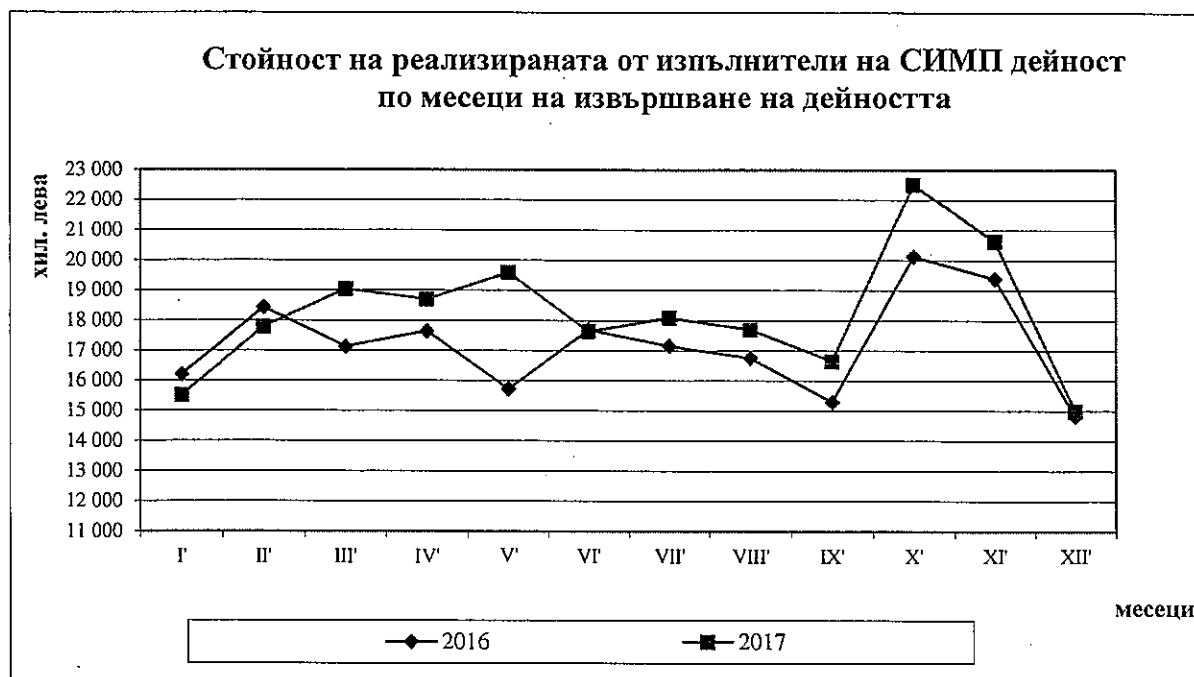
Графиката илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход за 2017 г. в съпоставка с 2016 и 2015 години.



Средномесечната стойност формирана на годишна база по месеци на извършване на дейността реализирана през 2017 г. възлиза на 18 238 хил. лв. Средномесечната стойност на дейността реализирана през 2016 г. възлиза на 17 197 хил. лв. (Приложение СИМП, Таблица 28). Разходите за СИМП средно на месец са се увеличили с 6,1% или с 1 042 хил. лв.

На териториално ниво най-значителен е ръстът на разходите (на средномесечна база) през 2017 г. (спрямо 2016 г.) в РЗОК Ямбол – 7,8%, РЗОК Варна и РЗОК Стара Загора с 7,7%, РЗОК Бургас с 7,6%. Най - малък е ръстът на разходите в РЗОК В.Търново с 4,2%, РЗОК Пазарджик с 3,5% и РЗОК Видин с 3,4% (Приложение СИМП, Таблица 27).

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



Средномесечният разход на 100 ЗОЛ през 2017 г. възлиза на 300 лв., като през 2016 г. е 283 лв. РЗОК Видин отчита най - високия за страната средномесечен разход на 100 ЗОЛ – 375 лв., РЗОК Велико Търново – 366 лв. и РЗОК Плевен – 357 лв. Най - нисък разход на 100 ЗОЛ на месец отчитат РЗОК Кърджали – 237 лв., РЗОК Силистра и РЗОК Смолян – 258 лв. и РЗОК София област – 262 лв. (Приложение СИМП, Таблица 28).

Средномесечният брой дейности (прегледи, ВСД, отрязъци ЛКК) извършени от изпълнители на СИМП през 2017 г. възлиза на 1 666 хил., а през 2016 г. - 1 569 хил. Отчетено е увеличение от 6,2%, като в РЗОК Смолян то е най - голямо с 12,0%, в РЗОК Бургас с 10,0% и РЗОК Монтана с 9,9%. Наблюдава се и намаление на средномесечният брой дейности, като най-високо е в РЗОК Габрово с 1,5%, РЗОК В.Търново с 1,3% и РЗОК Силистра с 0,7% (Приложение СИМП, Таблица 27).

Средномесечният брой дейности, извършени от изпълнители на СИМП на 100 ЗОЛ през 2017 г. възлиза на 27,8 дейности, за 2016 г. е 25,8 дейности. Наблюдава се увеличение от 7,7%, като най - много дейности на 100 ЗОЛ са извършени в РЗОК Плевен – 33,7 дейности, РЗОК Габрово – 32,7 дейности и РЗОК, РЗОК ВеликоТърново – 32,3 дейности, а най - малко в РЗОК Силистра – 19,0 дейности и РЗОК Кърджали – 19,7 дейности, РЗОК Ямбол – 20,9 дейности (Приложение СИМП, Таблица 27).

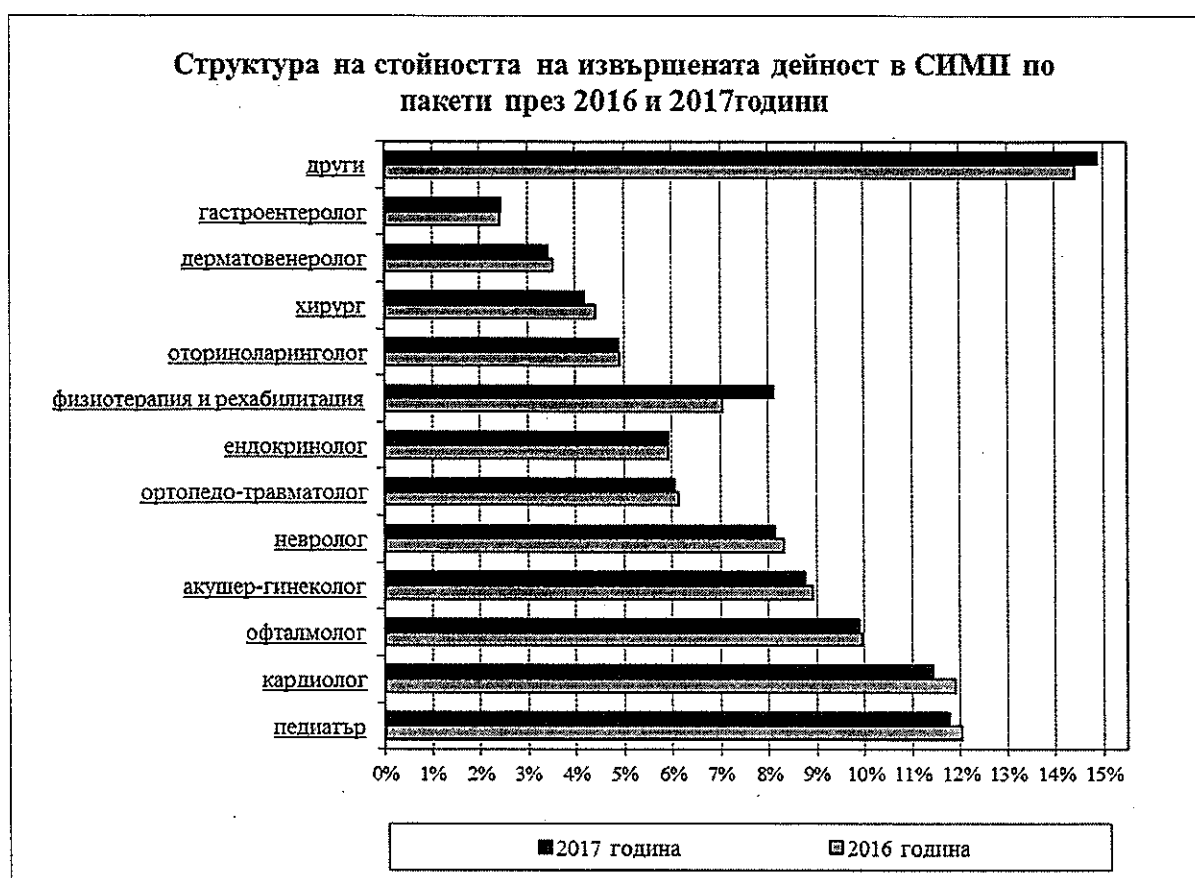
През 2017 г. средномесечно по договор с НЗОК работят 9 047 специалисти, а през 2016 г. – 8 919 специалисти. В РЗОК Пловдив и РЗОК София област се отчита най - голямо увеличение с 4,5% на лекарите специалисти работещи през 2017 г. спрямо 2016 г., в РЗОК Благоевград е с 3,1%. В РЗОК Смолян по този показател се отчита спад с 2,5%, РЗОК Видин с 2,4% и РЗОК Кюстендил с 2,2% (*Приложение СИМП, Таблица 31 и Таблица 27*).

На 10 000 ЗОЛ през 2017 г. се падат 15,1 специалисти, а през 2016 г. – 14,7 специалисти. Най - висока осигуреност на ЗОЛ със специалисти има в РЗОК Плевен – 19,9 специалисти на 10 000 ЗОЛ, и РЗОК София град – 19,6 специалисти на 10 000 ЗОЛ и РЗОК Габрово – 19,2 специалисти на 10 000 ЗОЛ. Най - ниска осигуреност на ЗОЛ със специалисти има в, РЗОК Кърджали – 9,9 специалисти на 10 000 ЗОЛ, РЗОК Разград – 10,0 специалисти на 10 000 ЗОЛ и РЗОК Силистра – 10,7 специалисти на 10 000 ЗОЛ с осигурителни права (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечната стойност на извършената от един специалист дейност през 2017 г., заплащана от РЗОК се е увеличила с 0,5% (средно за страната) спрямо 2016 г. - от 1 928 лв. на 2016 лв. Най - значително увеличение по този показател отчитат РЗОК Габрово – 8,0%, РЗОК Стара загора – 7,9% и РЗОК Смолян – 7,5%, а намаление по този показател отчитат и РЗОК Пазарджик от 0,7%, РЗОК Пловдив от 1,5% и РЗОК София област от 2,0%. Най - висока средномесечна стойност на извършената от един специалист дейност през 2017 г., заплащана от РЗОК е отчетена в РЗОК Благоевград – 2 969 лв., РЗОК Разград – 2 699 лв. и РЗОК Русе – 2 526 лв., а най - ниска РЗОК София град – 1 510 лв., РЗОК Габрово – 1 787 лв. и РЗОК Плевен – 1 799 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 31 и Таблица 27*).

Средномесечният брой на отчетите се лечебни заведения за СИМП през 2016 г. е 3 105, като средно в едно лечебно заведение работят 2,9 лекари специалисти, а през 2017 г. средният брой на лечебните заведения е 3 155 като се запазва броя на лекари специалисти (*Приложение СИМП, Таблица 30*). През 2016 г. най - голям брой специалисти на лечебно заведение има в РЗОК Пазарджик и РЗОК София град – 5,3 специалисти и РЗОК Плевен – 4,7 специалисти, а най - малък в РЗОК Ловеч – 1,3 специалисти и в РЗОК Благоевград – 1,4 специалисти (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Разпределението на разходваните средства, съобразно договорените през 2017 г. пакети е илюстрирано в графиката „Структура на стойността на извършената дейност в СИМП по пакети през 2016 и 2017 години”.



Разходите по пакети „Педиатрия“, „Кардиология“, „Офталмология“, „АГ“, „Неврология“, „Ортопедия и травматология“, „Ендокринология“, „Физиотерапия и рехабилитация“, „УНГ“ и „Хирургия“ съставляват 79,2% от разходите по параграфа.

В структурата на разхода, диференцирана на база пакети през 2017 г. най - голям е дялът на средствата изплатени по пакет „Педиатрия“ – 11,8%, следван от пакет „Кардиология“ – 11,4%, „Офталмология“ – 9,9%, „Акушерство и гинекология“ – 8,8% и „Неврология“ - 8,1%.

Средномесечният разход на 1 000 ЗОЛ по пакет „Кардиология“ от 458 лв. през 2016 г. нараства на 474 лв. през 2017 г., като най - висок е в РЗОК Ловеч – 725 лв., РЗОК Видин – 710 лв. и РЗОК В.Търново – 687 лв.; най - нисък в РЗОК Бургас – 295 лв., РЗОК София област – 302 лв., и РЗОК Кюстендил – 338 лв. (Приложение СИМП, Таблица 27).

Средномесечният разход на 1 000 ЗОЛ по пакет „Педиатрия“ от 312 лв. през 2016 г. нараства на 333 лв. през 2017 г., като най - висок е в РЗОК Благоевград – 784 лв., РЗОК Видин – 747 лв. и РЗОК В.Търново – 579 лв., а най - нисък в РЗОК Ямбол – 112 лв., РЗОК Перник – 131 лв. и РЗОК София град – 148 лв. (Приложение СИМП, Таблица 27).

Средномесечният разход на 1 000 ЗОЛ по пакет „Офталмология” от 272 лв. през 2016 г. нараства на 291 лв. през 2017 г., като най - висок е в РЗОК Търговище – 463 лв., РЗОК София град – 337 лв. и РЗОК В.Търново – 328 лв., а най - нисък в РЗОК Силистра – 206 лв., РЗОК Добрич – 219 лв. и РЗОК Враца – 212 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечният разход на 1 000 ЗОЛ по пакет „Неврология” от 242 лв. през 2016 г. нараства на 254 лв. през 2017 г., като най - висок е в РЗОК Монтана – 370 лв., РЗОК Видин – 328 лв. и РЗОК В.Търново – 307 лв., а най-нисък в РЗОК Кюстендил – 186 лв., РЗОК София област – 203 лв. и РЗОК Силистра – 205 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечният разход на 1 000 ЗОЛ по пакет „АГ” от 236 лв. през 2016 г. нараства на 250 лв. през 2017 г., като най - висок е в РЗОК Сливен – 301 лв., РЗОК Търговище – 298 лв. и РЗОК Пловдив – 294 лв., а най - нисък в РЗОК Ловеч – 155 лв., РЗОК Габрово – 175 лв. и РЗОК Разград – 180 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средствата по параграфа СИМП се усвояват за заплащане на дейност по:

- Специализиран пакет;
- Високоспециализиран пакет (ВСД).

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 ЗОЛ до 18 г. при педиатър;
- Вторични посещения - разпределени по критериите от предходната точка;
- Профилактичен преглед на ЗОЛ до 18 - годишна възраст;
- Профилактичен преглед на ЗОЛ, 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 ЗОЛ над 18 - годишна възраст с рискови фактори за развитие от заболяване;
- Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ;
- Общомедицински и специализирани медицински дейности по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина”;
- Дейност по експертиза на работоспособността (ЛКК);
- Комплексно диспансерно /амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания.

□ Първични посещения

Средномесечният разход за първични посещения за 2017 г. е в размер на 11 543 хил. лв., а през 2016 г. – 10 921 хил. лв. (отчита се увеличение на разхода с 5,7%) (*Приложение СИМП, Таблица 27*). Цената на един първичен преглед през 2016 г. е била 19 лв., през 2017 г. цената на един първичен преглед се увеличава на 20 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 51*)

През 2017 г. средствата за първични посещения съставляват 68,2% от разхода за специализиран пакет дейности (през 2016 г. - 68,5%). Най - висок дял на тези плащания отчитат в РЗОК Търговище – 72,3%, РЗОК Шумен – 72,2%; и РЗОК Кърджали – 71.6%; най - нисък в РЗОК Габрово – 61,9%, РЗОК Перник – 62,5% и РЗОК Кюстендил – 63,0% .(*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечният брой първични посещения заплащани от НЗОК през 2017 г. е 577 хиляди, през предходната година средномесечно са извършвани по 575 хиляди първични прегледи. Отчита се увеличение на дейността с 0,4% (*Приложение СИМП, Таблица 18*).

Средномесечният брой първични прегледи на 1 000 ЗОЛ за страната през 2017 г. е 96 прегледа (за 2016 г. този показател е 95 прегледа), като най – висок е в РЗОК Видин – 118 прегледа, РЗОК Плевен – 114 прегледа и РЗОК Търговище – 113 прегледа, а най - нисък в РЗОК Перник – 77 прегледа, РЗОК Кюстендил и РЗОК Кърджали – 80 прегледа, РЗОК Смолян – 81 прегледа (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечният брой първични прегледи за консултация и съвместно лечение през 2017 г. е 481 хил. броя при 479 хил. броя през 2016 г. или 83,3% от всички първични прегледи. Отчита се увеличение на дейността с 0.4% (*Приложение СИМП, Таблица 1*).

Средномесечният брой първични консултации на 1 000 ЗОЛ за страната през 2017 г. е 80 консултации (за 2016 г. този показател е 79 консултации), като най - висок е в РЗОК Плевен – 101 консултации, РЗОК Русе – 91 консултации, РЗОК Варна и РЗОК Търговище – 90 консултации, а най - нисък в РЗОК София област – 62 консултации, РЗОК Кърджали – 64 консултации и РЗОК Кюстендил – 65 консултации (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечният брой първични прегледи при педиатър на ЗОЛ от 0 до 18 - годишна възраст, по повод остри състояния през 2017 г. възлиза на 75,5 хил. броя при 73,7 хил. броя през 2016 г. или 13% от всички първични прегледи. Отчита се увеличение на дейността с 2% (*Приложение СИМП, Таблица 2*).

Средномесечният брой на 1 000 ЗОЛ (от всички възрастови групи) е 12,6 прегледа (12,1 прегледа през 2016 г.). През 2017 г. този показател е най - висок в РЗОК Благоевград – 27,4 прегледа, РЗОК Видин – 24,7 прегледа и РЗОК Велико Търново – 19,9 прегледа, а най - нисък в РЗОК Ямбол – 4,0 прегледа, РЗОК Перник – 5,0 прегледа и РЗОК Смолян – 5,3 прегледа на 1 000 ЗОЛ (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечният брой първични прегледи при хирург или ортопед през 2017 г. възлиза на 13,6 хил. броя (14 хил. броя през 2016 г.) или 2% от всички първични прегледи. Отчита се намаление на дейността от 3% (*Приложение СИМП, Таблица 3*). Средномесечният им брой на 1 000 ЗОЛ е 2,3 прегледа (при 2,3 прегледа през 2016 г.). През 2017 г. този показател е най - висок в РЗОК Враца и РЗОК Благоевград – 6,9 прегледа, РЗОК София област и РЗОК Ловеч – 3,9 прегледа, РЗОК Кюстендил – 3,7 прегледа, а най - нисък в РЗОК Силистра – 0,8 прегледа, РЗОК – Кърджали 0,9 прегледа и РЗОК Перник – 1,2 прегледа на 1 000 ЗОЛ (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Структурата на първичните посещения по пакети през 2016 г. и 2017 г. е сравнително постоянна. Наблюдава се увеличение на първичните посещения при „Педиатър”, „Оториноларинголог” и „Ортопедо - травматолог” и спад на първичните посещения при „Кардиолог”, „Офталмолог”, „Акушер-гинеколог”, „Хирург ” и „Психиатър” за 2017 г. спрямо 2016 г.



Първичните прегледи по пакети „Кардиология“, „Педиатрия“, „Офталмология“, „Неврология“ и „АГ“ съставляват 55,5% от първичните прегледи през 2017 г.

□ Вторични посещения

Средномесечният брой вторични посещения заплащани от НЗОК през 2017 г. възлиза на 262 хиляди, през предходната година средномесечно са извършвани по 259 хиляди вторични прегледа. Отчита се увеличение на тази дейност с около 1,2% (*Приложение СИМП, Таблица 19*). Средномесечният брой вторични прегледи на 1 000 ЗОЛ за страната през 2017 г. е 44 прегледа (за 2016 г. е 43 прегледа). Този показател е най - висок в РЗОК Видин – 59 прегледа, РЗОК В.Търново и РЗОК Благоевград – 58 прегледа, РЗОК Враца- 57 прегледа, а най - нисък в РЗОК Перник – 33 прегледа, РЗОК Кърджали – 34 прегледа и РЗОК Ямбол – 35 прегледа на 1 000 ЗОЛ (*Приложение СИМП, Таблица 27*). На всеки 100 първични прегледа са извършени 45,4 вторични прегледа, през предходната година на 100 първични са извършени 45,0 вторични прегледа. Този показател през 2017 г. е най - висок в РЗОК София област –

54,2 прегледа, РЗОК Благоев град – 53,5 прегледа и РЗОК Враца – 52,7 прегледа, а най - нисък в РЗОК Стара загора – 40,2 прегледа, РЗОК София град – 40,9 прегледа, РЗОК Плевен и РЗОК Ямбол по – 41,5 прегледа (*Приложение СИМП, Таблица 21*).

Средномесечният разход за вторични прегледи през 2017 г. е в размер на 2 489 хил. лв., а през 2016 г. е 2 460 хил. лв. (отчита се увеличение на разхода с 1,2%) (*Приложение СИМП, Таблица 27*). Цената на един вторичен преглед през 2017 г. се запазва на 9,5 лв. спрямо предходната година (*Приложение СИМП, Таблица 51*).

Средствата за вторични посещения съставляват 12,7% от разхода за специализиран пакет дейности (през 2016 г. средствата са били – 13,3%). Най - висок дял на тези плащания отчитат в РЗОК София област – 16,3 %, РЗОК Благоевград – 16,2 % и РЗОК Враца – 15,5%, а най-нисък в, РЗОК Перник – 10,7%, РЗОК Пловдив и РЗОК Ямбол – 11,2%, РЗОК Плевен и РЗОК Стара Загора – 11,5% (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

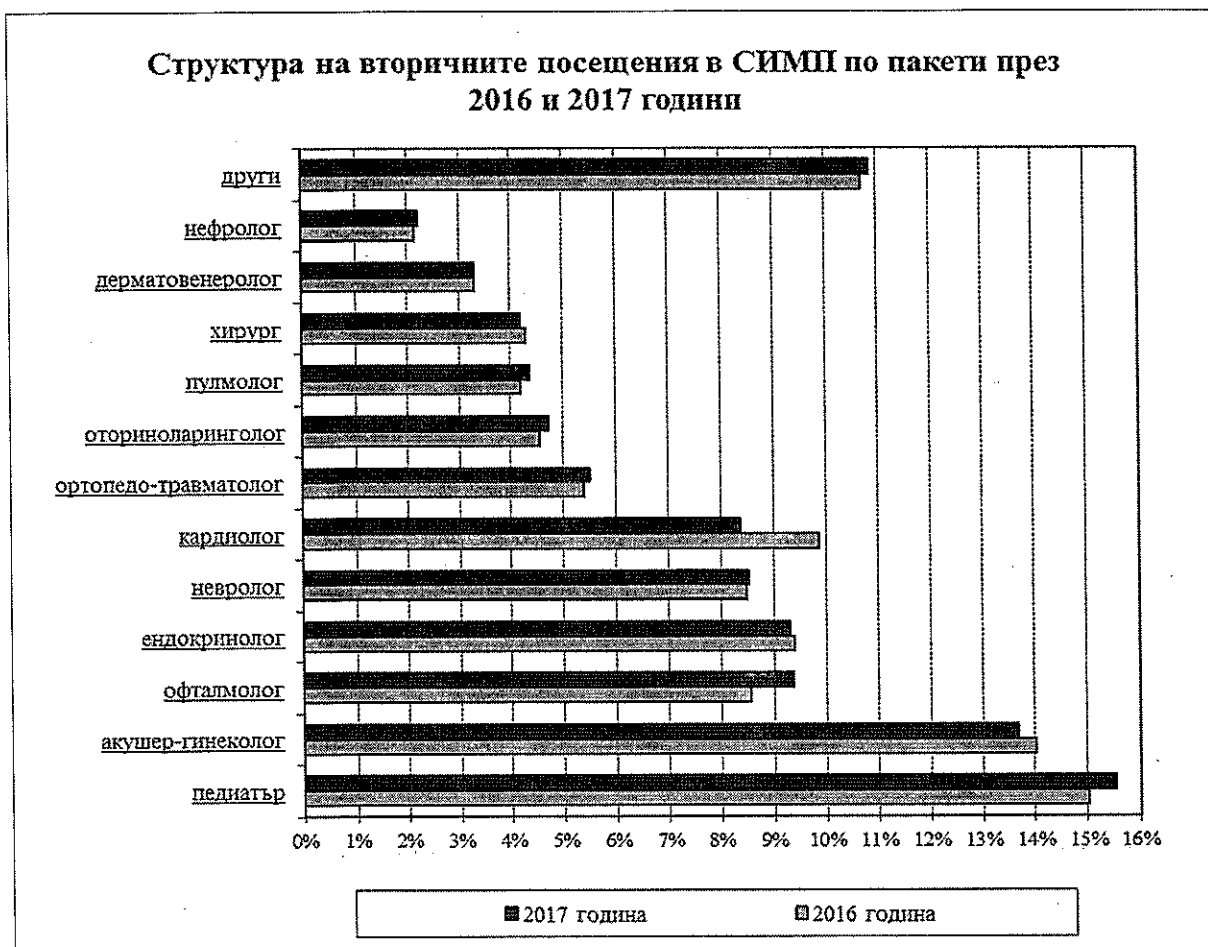
Средномесечният брой вторични прегледи за консултация и съвместно лечение през 2017 г. възлиза на 195,02 хил. броя при 193,2 хил. броя през 2016 г. или 74% от всички вторични прегледи (*Приложение СИМП, Таблица 6*). На всеки 100 първични прегледа за консултация и съвместно лечение са извършени 40,6 вторични прегледа (през 2016 г. този показател е 40,3 вторични прегледа) при нормативно определено съотношение и през двете години – 50%. Този показател е най - висок в РЗОК Сливен – 43,4% и РЗОК София област – 44,0% и най - нисък в РЗОК Стара Загора – 34,4% и РЗОК Силистра – 38,6% (*Приложение СИМП, Таблица 15*). Средномесечният им брой на 1 000 ЗОЛ е 33 вторични прегледа, (32 вторични прегледа е бил и през 2016 г.). Този показател е най - висок в РЗОК Плевен – 39 прегледа, РЗОК Русе, РЗОК Търговище и РЗОК Варна – 38 прегледа, РЗОК Видин и РЗОК В.Търново – 37 прегледа, а най - нисък в РЗОК Кърджали – 25 прегледа, РЗОК Стара Загора и РЗОК Силистра – 26 прегледа, РЗОК Бургас и РЗОК София област – 27 прегледа (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечният брой вторични прегледи при педиатър на ЗОЛ от 0 до 18 - годишна възраст, по повод остри състояния през 2017 г. възлиза на 54,7 хил. броя при 52,9 хил. броя през 2016 г. или 21% от всички вторични прегледи (*Приложение СИМП, Таблица 7*). Средномесечният им брой на 1 000 ЗОЛ (от всички възрастови групи) е 9,1 прегледа (8,7 прегледа са били и през 2016 г.). Този показател е най - висок в РЗОК Благоевград – 23,3 прегледа, РЗОК Видин – 20,8 прегледа и РЗОК В.Търново – 18,1 прегледа, а най - нисък в РЗОК Перник – 2,9 прегледа, РЗОК Ямбол – 3,0 прегледа и РЗОК София град – 3,5 прегледа

(Приложение СИМП, Таблица 27) През 2017 г. на всеки 100 първични прегледа (от този вид) се отчитат 72,5 вторични, а през 2016 г. съотношението е на 100 първични се отчитат 71,9 вторични прегледа. През текущата година съотношението между вторичните и първични прегледи при педиатър на ЗОЛ до 18 г. е най - високо в РЗОК В.Търново – 90,6%, РЗОК Кюстендил – 87,1% и РЗОК Враца – 85,7%, а най - ниско в РЗОК София град – 51,0%, РЗОК Перник – 57,5% и РЗОК Кърджали – 57,7% (Приложение СИМП, Таблица 16).

Средномесечният брой вторични прегледи при хирург или ортопед за дейности през 2017 г. възлиза на 12,3 хил. броя при 12,8 хил. броя през 2016 г. или 5% от всички вторични прегледи (Приложение СИМП, Таблица 8). Средномесечният им брой на 1 000 ЗОЛ е 2,1 прегледа (2,1 прегледа през 2016 г.). Този показател е най - висок в РЗОК Враца – 6,7 прегледа, РЗОК Благоевград – 6,2 прегледа и РЗОК Ловеч – 3,8 прегледа, а най - нисък в РЗОК Силистра – 0,6 прегледа, РЗОК Кърджали – 0,8 прегледа, РЗОК Пловдив и РЗОК Перник – 1,0 прегледа на 1 000 ЗОЛ (Приложение СИМП, Таблица 27). През 2017 г. на всеки 100 първични прегледа (от този вид) се отчитат 90,6 вторични, а през 2016 г. – 90,8 вторични прегледа. През текущата година съотношението между вторичните и първични прегледи от този вид дейност е най - високо в РЗОК – В.Търново – 97,8%, РЗОК Враца – 97,5% и РЗОК Ловеч – 97,3%, а най - ниско в РЗОК Пловдив – 70,9%, РЗОК Монтана – 73,4% и РЗОК Силистра – 79,4% (Приложение СИМП, Таблица 17).

Структурата на вторичните посещения по пакети през 2016 г. и 2017 г. е сравнително постоянна. Наблюдава се увеличение на вторичните посещения при „Педиатър”, „Офталмолог”, „Невролог”, „Ортопедо - травматолог”, „Оториноларинголог” и „Пулмолог” и спад на вторичните посещения при „Акушер-гинеколог” и „Кардиолог” за 2017 г. спрямо 2016 г.



Вторичните прегледи по пакети „Педиатрия“, „АГ“, „Офтальмология“, „Ендокринология“, „Неврология“ и „Кардиология“ съставляват 64,8% от вторичните посещения през 2017 г.

□ Дейност по диспансерно наблюдение

През 2017 г. за диспансерно наблюдение са изплатени 7 944 хил. лв. за 689 хил. броя дейности (*Приложение СИМП, Таблица 25 и Таблица 26*).

Средномесечният брой първични прегледи на диспансеризирани лица през 2017 г. възлиза на 3 731 брой прегледи, а през 2016 г. е 4 269 брой прегледи (*Приложение СИМП, Таблица 5*). Средномесечният брой специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ през 2017 г. възлиза на 57,7 хил. броя прегледи, а през 2016 г. е 63,5 хил. броя прегледи (*Приложение СИМП, Таблица 10*).

Средномесечният брой прегледи (общо) на диспансеризирани лица през 2017 г. възлиза на 61,5 хил. броя, а през 2016 г. е 67,7 хил. броя. Наблюдава се намаление по този вид дейност с 9% в сравнение с предходната година (*Приложение СИМП, Таблица 12*). Средномесечният им брой на 1 000 ЗОЛ е 10 прегледа, а през 2016 г. е бил 11 прегледа. През 2017 г. този показател е най - висок в РЗОК Ловеч – 24 прегледа, РЗОК Видин – 20 прегледа и РЗОК Сливен – 18 прегледа, а най - нисък в РЗОК Благоевград – 5 прегледа, РЗОК Бургас и РЗОК София град – 7 прегледа, РЗОК Пловдив, РЗОК Пазарджик, РЗОК София област, и РЗОК Кърджали – 8 прегледа. (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

□ Дейност по програма „Детско здравеопазване”

Програмата „Детско здравеопазване” дава възможност на специалисти с придобита специалност „Детски болести” да извършват профилактика на ЗОЛ от 0 до 18 - годишна възраст (съгласно Наредба № 8 от 2016 г.), в случаите, в които общопрактикуващият лекар на детето няма придобита специалност по педиатрия и родителят желае профилактиката да се извършва от специалист.

През 2017 г. по програма „Детско здравеопазване” са изплатени 502 хил. лв. за 44,7 хил. броя дейности (*Приложение СИМП, Таблица 25 и Таблица 26*).

Средномесечната стойност по програмата през 2017 г. възлиза на 45,1 хил. лв., а през 2016 г. е била 33 хил. лв. (*Приложение СИМП, Таблица 13*). Средномесечно през 2017 г. са отчетени и заплатени 3 759 прегледа, а през 2016 г. са заплатени 3 470 прегледа (*Приложение СИМП, Таблица 13*).

През 2016 г. пет здравноосигурителни каси не са отчетели този вид дейност – РЗОК Монтана, РЗОК Пазарджик, РЗОК Перник, РЗОК Русе и РЗОК Сливен а през 2017 г. техният брой е намалял на четири здравноосигурителни каси – РЗОК Пазарджик, РЗОК Перник, РЗОК Русе и РЗОК Сливен. Профилактиката на ЗОЛ от 0 до 18 - годишна възраст в тези региони се извършват основно от ОПЛ.

□ Дейност по програма „Майчино здравеопазване”

През 2017 г. по програма „Майчино здравеопазване” са изплатени 4 572 хил. лв. за 375 хил. броя дейности (*Приложение СИМП, Таблица 25 и Таблица 26*). Програмата се осъществява от лекари-специалисти по „акушерство и гинекология“ на бременни с нормална бременност и рискова бременност.

Средномесечният брой първични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ през 2017 г. възлиза на 3 715 броя прегледи, а през 2016 г. е 3 917 броя прегледи (*Приложение СИМП, Таблица 4*). Средномесечният брой профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ през 2017 г. възлиза на 27 335 броя прегледа, а през 2016 г. е 28 537 броя прегледи (*Приложение СИМП, Таблица 9*).

Средномесечният брой прегледи (общо) по програмата възлизат на 31 049 прегледи за 2017 г., през предходната 2016 г., средномесечно са извършвани 32 454 прегледи (*Приложение СИМП, Таблица 11*). Средномесечната стойност по програмата през 2017 г. възлиза на 402 309 лв., а през 2016 г. възлиза на 345 517 лв. и съставлява 2,0% от разхода по специализиран пакет в СИМП (*Приложение СИМП, Таблица 27*). Броят прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ на 1 000 ЗОЛ за 2017 г. и 2016 г. е 5 броя, като най-много прегледи на 1 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК Сливен – 9 броя прегледи на 1 000 ЗОЛ, РЗОК Пловдив – 7 броя прегледи на 1 000 ЗОЛ, РЗОК Търговище и РЗОК Бургас – 6 броя на 1 000 ЗОЛ, а най-малко прегледи в РЗОК Русе – 2 броя прегледи на 1 000 ЗОЛ, РЗОК Видин и РЗОК Габрово – 3 броя прегледи на 1 000 ЗОЛ, РЗОК София област – 4 броя прегледи на 1 000 ЗОЛ (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

По - голямата част от бременните в страната избират да бъдат наблюдавани по време на бременността от лекар-специалист по „Акушерство и гинекология“, само в някои региони, където е затруднен достъпа до специализирана помощ, наблюдението се извършва от ОПЛ.

□ Физиотерапия и рехабилитация

Средномесечният разход за физиотерапия през 2017 г. е в размер на 1 372 хил. лв., а през 2016 г. – 1 120 хил. лв. (*Приложение СИМП, Таблица 38*). Средната цена на един физиотерапевтичен курс през 2017 г. е 51,4 лв. докато за предходната 2016 г. средната цена е била 49,6 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 45*).

Средствата за тази дейност съставляват 7,5% от разхода за специализиран пакет дейности (през 2016 г. е 6,4%). Най - висок е делът на тези плащания в РЗОК Стара Загора – 8,8%, РЗОК Пловдив – 8,7%, РЗОК София град – 8,4%, а най-нисък в РЗОК Силистра – 2,6%, РЗОК Разград – 3,0%, РЗОК Шумен – 3,7% (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечният доход на специалист по физиотерапия и рехабилитация (за дейността от основен пакет) през 2017 г. възлиза на 4 101 лв., през 2016 г. – 3 561 лв. В РЗОК Русе се отчита най - висок доход на специалист по физиотерапия и рехабилитация – 7 208 лв.,

следвана от РЗОК Перник – 6 552 лв. и РЗОК Кърджали – 6 303 лв. Най - нисък месечен доход на специалист по физиотерапия и рехабилитация се отчита в РЗОК Габрово – 2 799 лв., РЗОК Сливен – 3 031 лв., РЗОК София област – 3 047 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 45*).

Средномесечният брой физиотерапевтични курсове заплащани от НЗОК през 2017 г. възлиза на 26,7 хил. броя, през предходната година средномесечно са извършвани по 22,6 хил. броя (*Приложение СИМП, Таблица 35*). Увеличението може да се обясни с индикациите за хоспитализация по физиотерапевтичните клинични пътеки за рехабилитация на заболявания на централната нервна система, периферна нервна система и на опорно-двигателния апарат, съгласно които ЗОЛ се хоспитализира, когато не е налице достатъчен терапевтичен ефект от проведената физиотерапия и рехабилитация в извънболничната помощ.

Средномесечният брой физиотерапевтични курсове на 10 000 ЗОЛ за страната през 2017 г. възлиза на 45 броя (за 2016 г. този показател е бил 37 броя), като най - висок е в РЗОК Плевен – 62 броя, РЗОК Пловдив – 57 броя, РЗОК Стара Загора – 53 броя и РЗОК София град – 52 броя, а най - нисък в РЗОК Силистра – 14 броя, РЗОК Разград – 17 броя и РЗОК Ямбол – 22 броя (*Приложение СИМП, Таблица 45*).

На всеки физиотерапевтичен курс са извършвани 19,9 процедури през 2017 г. и 19,8 процедури през 2016 г. при нормативно ограничение до 20 процедури на курс заплащани от НЗОК. Този показател е най - висок в РЗОК Стара Загора и РЗОК Благоевград – 20,1 процедури, а най - нисък в РЗОК Кюстендил – 19,0 процедури, РЗОК Враца, РЗОК Сливен и РЗОК София град по 19,8 процедури на физиотерапевтичен курс (*Приложение СИМП, Таблица 37*).

По договор с НЗОК през 2017 г. средномесечно работят 335 специалисти по физиотерапия и рехабилитация, а през 2016 г. – 315 специалисти по физиотерапия и рехабилитация. Средно за страната всеки 100 000 ЗОЛ са осигурени с 5,6 специалисти по физиотерапия и рехабилитация. Този показател е най - висок в РЗОК Габрово – 8,1 специалиста, РЗОК Плевен – 7,4 специалиста и РЗОК Стара Загора – 7,2 специалиста, а най - нисък в РЗОК Силистра – 1,7 специалисти, РЗОК Кърджали – 2,0 специалисти и РЗОК Разград – 2,1 специалисти по физиотерапия и рехабилитация (*Приложение СИМП, Таблица 45*).

□ Дейност по експертиза на работоспособността (ЛКК)

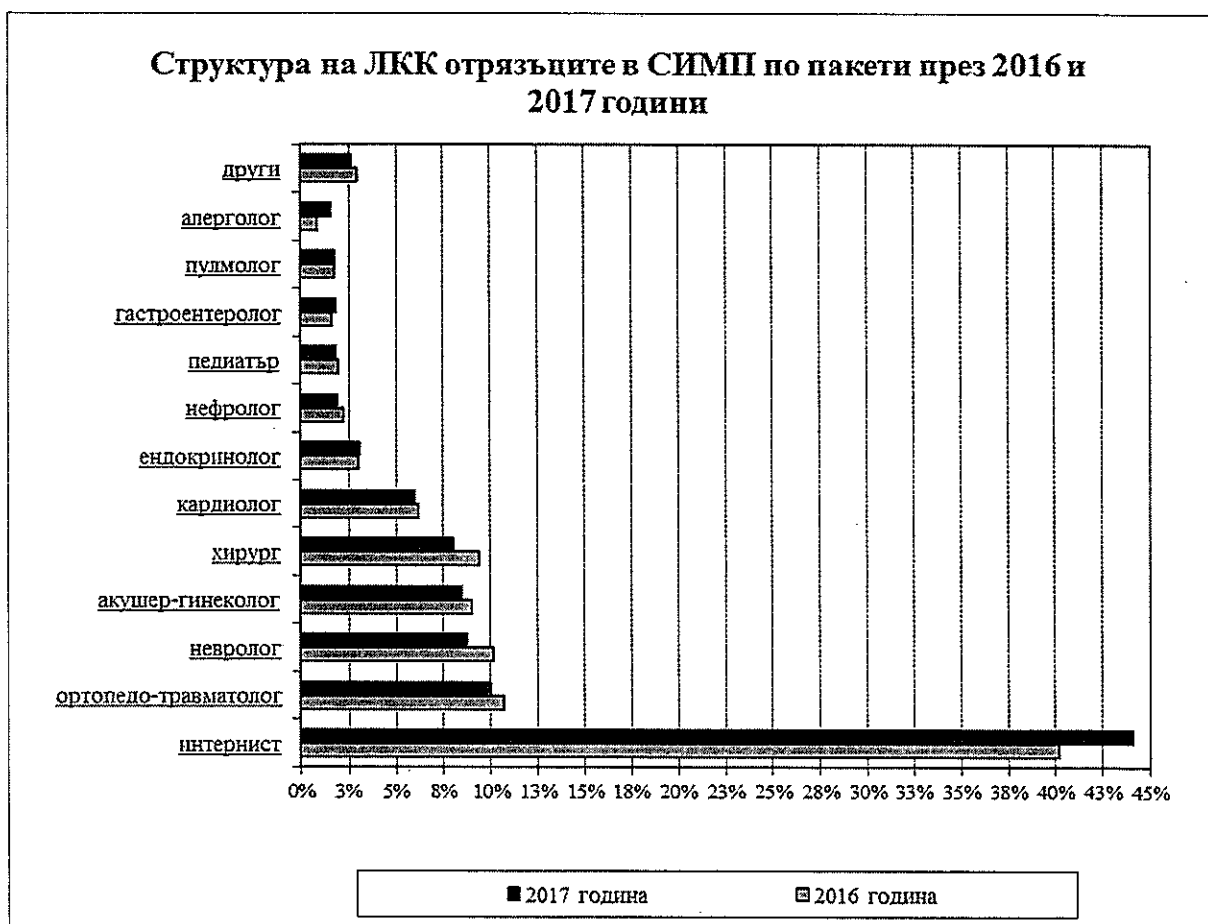
Средномесечният разход за ЛКК прегледи през 2017 г. е в размер на 607 хил. лв., а предходната година – 481,6 хил. лв. Отчита се увеличение в заплащането на този вид дейност с 26%. Цената на един ЛКК преглед през 2016 г. от 5,5 лв. се увеличава на 7,0 лв. през 2017 г. на *(Приложение СИМП, Таблица 27 и 51)*.

Най - висок дял на средствата за ЛКК отчитат в РЗОК Перник – 10,4%, РЗОК Габрово – 9,1% и РЗОК Кюстендил – 6,4%, а най - нисък в РЗОК Шумен – 0,9%, РЗОК Търговище – 1,3% и РЗОК Плевен – 1,6% *(Приложение СИМП, Таблица 27)*.

Средномесечният брой ЛКК прегледи, заплащани от НЗОК през 2017 г. е 91,8 хиляди, през предходната година средномесечно са извършвани по 87,6 хиляди ЛКК прегледа *(Приложение СИМП, Таблица 46)*. Отчита се увеличение на тази дейност с 4,8%.

Средномесечният брой ЛКК прегледи на 1 000 ЗОЛ за страната през 2017 г. е 15 (за 2016 г. е бил – 14 прегледа). Този показател е най - висок в РЗОК Габрово – 51 прегледа, РЗОК Перник – 46 прегледа и РЗОК Монтана – 33 прегледа, а най - нисък в РЗОК Шумен – 4 прегледа, РЗОК Търговище – 7 прегледа, РЗОК Кърджали, РЗОК Сливен и РЗОК Ямбол по – 9 прегледа *(Приложение СИМП, Таблица 46)*. Средномесечно на специалист се падат по 10 ЛКК прегледа (през 2016 г. са се падали също по 10 прегледа), като този показател е най - висок в РЗОК Перник – 41 прегледа, РЗОК Габрово – 26 прегледа и РЗОК Монтана – 23 прегледа, а най - нисък брой ЛКК прегледи на специалист се отчитат в РЗОК Шумен – 4 прегледа, РЗОК Търговище и РЗОК Плевен по – 5 прегледа и РЗОК Сливен – 6 прегледа *(Приложение СИМП, Таблица 46)*.

Структурата на ЛКК отрязъците през 2016 г. и 2017 г. е сравнително постоянна. Наблюдава се увеличение на ЛКК отрязъците при „Вътрешни болести” и спад на ЛКК отрязъците при „Ортопедо - травматолог”, „Невролог”, „Акушер - гинеколог”, „Хирург” и „Кардиолог” за 2017 г. спрямо 2016 г.



ЛКК направленията, отчетени от специалисти по пакети „Вътрешни болести“, „Ортопедия и травматология“, „Неврология“, „АГ“ и „Хирургия“ съставляват 79,5% от всички отчетени отрязъци през 2017 г.

□ **Комплексно диспансерно /амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания**

За комплексно диспансерно /амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания заплащани от НЗОК през 2017 г. са изплатени 314 хил. лв. за 22,4 хил. брой дейности (*Приложение СИМП, Таблица 25 и Таблица 26*).

Средномесечният брой дейности за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания заплащани от НЗОК през 2017 г. е 1 849 броя, а през предходната 2016 г. средномесечно са извършвани 2 024 броя дейности (*Приложение СИМП, Таблица 47*).

Средномесечният разход за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания заплащани от НЗОК през 2017 г. е 25,9 хил. лв., а през 2016 г. е 28,3 хил. лв. Наблюдава се намаление на този вид дейност с 9% (*Приложение СИМП, Таблица 48*).

През 2017 г. средномесечният разход по специализиран пакет възлиза на 16 923 хил. лв., при средномесечен разход реализиран през предходната година в размер на 15 918 хил. лв. Отчита се увеличение на разхода от 6,3%. Средномесечният разход на 100 ЗОЛ от 266 лв. през 2016 г. се увеличава на 283 лв. през 2017 г. Най - висок средномесечен разход на 100 ЗОЛ по специализиран пакет е отчетен в РЗОК Видин – 342 лв., РЗОК Велико Търново – 333 лв., РЗОК Плевен – 326 лв. Най - нисък разход на 100 ЗОЛ отчитат РЗОК Кърджали – 224 лв., РЗОК. Силистра – 237 лв, РЗОК Смолян и РЗОК Ямбол – 239 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Разходът по специализиран пакет през 2017 г. заема 92,8% от разхода по параграфа. Най-висок е дялът на разхода за дейност в специализиран пакет в РЗОК София област – 95,9%, РЗОК Търговище – 95,5% и РЗОК Враца – 95,2% и най-нисък в РЗОК Ямбол – 89,5%, РЗОК Ловеч – 89,7%, РЗОК Монтана – 90,6% и РЗОК Шумен – 90,9 %. (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

□ Високоспециализирани дейности (ВСД)

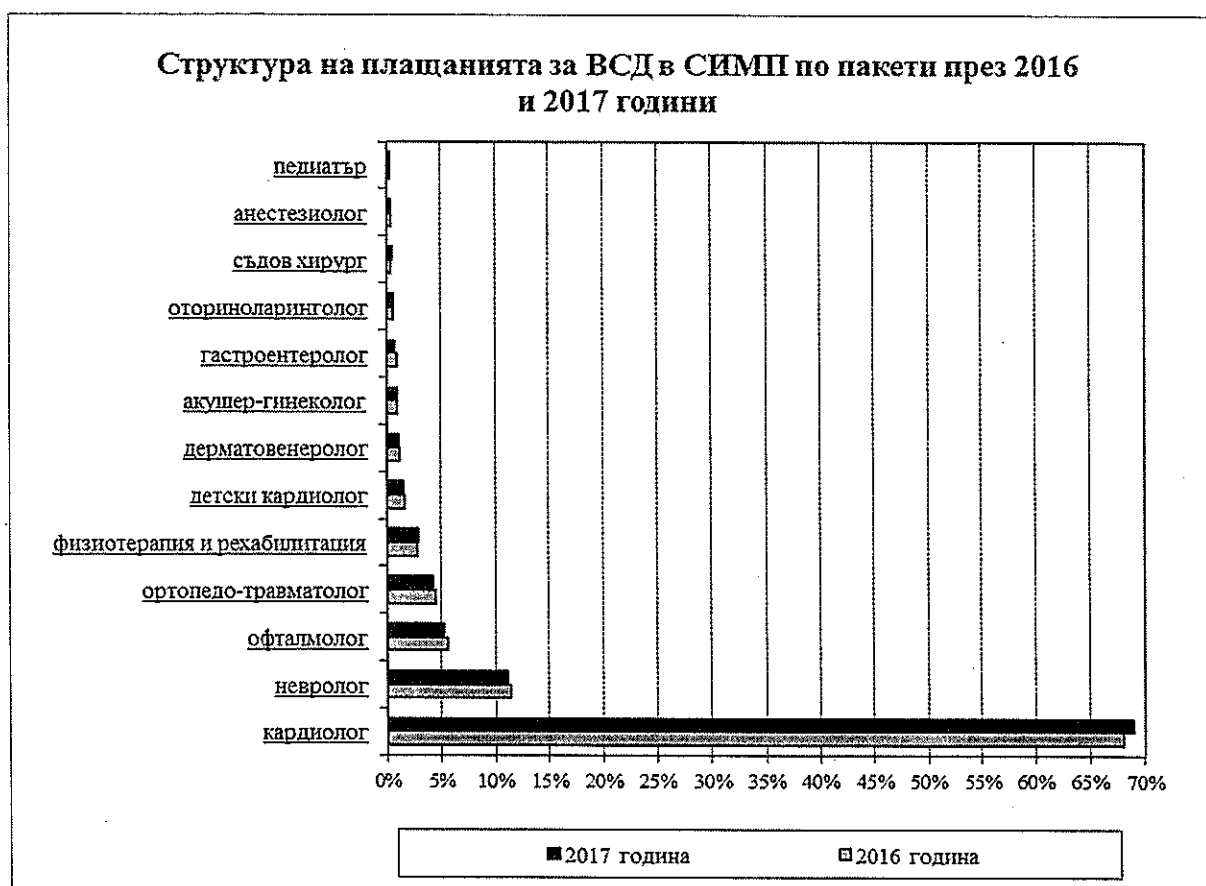
Средствата за ВСД съставляват 7,2% от разхода за СИМП. Най-висок дял на тези плащания отчитат в РЗОК Ямбол – 10,5%, РЗОК Ловеч – 10,3% и РЗОК Монтана – 9,4%, а най-нисък в РЗОК София област – 4,1%, РЗОК Търговище – 4,5% и РЗОК Враца – 4,8% (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечният разход за ВСД през 2017 г. е в размер на 1 315 хил. лв., а през 2016 г. той е бил – 1 279 хил. лв. (*Приложение СИМП, Таблица 42*). Средната цена на една ВСД за 2017 г. е увеличена на 21,52 лв. от 21,48 лв. през 2016 г. Най-висока средна цена на ВСД през 2017 г. отчитат РЗОК Стара Загора – 23,20 лв., РЗОК Търговище – 22,99 лв. и РЗОК София град – 22,15 лв., а най - ниска средна цена отчитат в РЗОК Габрово – 20,14 лв., РЗОК Русе – 20,19 лв. и РЗОК Кърджали – 20,63 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 44*).

Средномесечният брой ВСД заплащани от НЗОК през 2017 г. е 61,1 хиляди, а през предходната година средномесечно са извършвани по 59,5 хиляди ВСД прегледа. Отчита се увеличение на броя извършени дейности с 3% (*Приложение СИМП, Таблица 43*).

Средномесечният брой ВСД на 10 000 ЗОЛ за страната през 2017 г. възлиза на 102 дейности (за 2016 г. е 98 дейности). Този показател е най-висок в РЗОК Видин – 162 дейности, РЗОК Велико Търново – 154 дейности и РЗОК Монтана – 146 дейности, а най-нисък в РЗОК София област – 51 дейности, РЗОК Кюстендил – 62 дейности и РЗОК Търговище – 64 дейности (*Приложение СИМП, Таблица 43*).

Структурата на заплатената стойност за ВСД по пакети през 2016 г. и 2017 г. е сравнително постоянна. Наблюдава се увеличение на ВСД при „Кардиолог“ и „Офталмолог“ и спад на ВСД при „Невролог“ за 2017 г. спрямо 2016 г.



Заплатените средства за ВСД по пакети „Кардиология“, „Неврология“ и „Офталмология“ съставляват 85,4% от разхода за тази дейност.

Извършените и заплатени Ехокардиографии са 64% от всички ВСД и плащанията за тях съставляват 68% от разхода за високоспециализирани дейности в СИМП (*Приложение СИМП, Таблицы 40 и 41*). Средномесечно в страната на 10 000 ЗОЛ се извършват по 65 ехокардиографии. Този показател е най-висок в РЗОК Велико Търново – 108 броя, РЗОК Монтана – 106 броя и РЗОК Ловеч – 104 броя, съответно най-нисък в РЗОК София област и

РЗОК Бургас – 32 броя, РЗОК Враца – 36 броя, РЗОК Търговище и РЗОК Кърджали – 39 броя ехокардиографии (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Извършените и заплатени Доплерови сонографии са 5,6% от всички ВСД и плащанията за тях съставляват 4,6% от разхода за високоспециализирани дейности в СИМП (*Приложение СИМП, Таблицы 40 и 41*). Средномесечно в страната на 10 000 ЗОЛ се извършват по 6 сенографии. Този показател е най - висок в РЗОК Ямбол – 14 броя, РЗОК Видин – 13 броя, и РЗОК Варна – 12 броя, съответно най-нисък в РЗОК София област, РЗОК Силистра и РЗОК Кюстендил – 1 брой, РЗОК Благоевград и РЗОК Търговище – 2 броя, РЗОК Ловеч и РЗОК Пазарджик – 3 броя (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Извършените и заплатени Електроенцефалография (ЕЕГ) са 5,2% от всички ВСД и плащанията за тях съставляват 3,9% от разхода за високоспециализирани дейности в СИМП (*Приложение СИМП, Таблицы 40 и 41*). Средномесечно в страната на 10 000 ЗОЛ се извършват по 5 ЕЕГ. Този показател е най-висок в РЗОК Видин – 15 броя, РЗОК Плевен – 15 броя, РЗОК Ловеч – 12 броя и РЗОК Добрич – 10 броя, съответно най-нисък в РЗОК София област – 1 брой, РЗОК Кюстендил – 2 броя, РЗОК Пазарджик, РЗОК Русе и РЗОК Враца – 3 броя, а в РЗОК Стара Загора не е отчетена нито една извършена ЕЕГ (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

Средномесечния разход за ВСД на 100 ЗОЛ през 2017 г. за страната е 21,96 лв. (21,06 лв. през 2016 г.), като най - висок е в РЗОК Видин – 33,69 лв., РЗОК В. Търново – 32,79 лв. и РЗОК Монтана – 31,09 лв., а най - нисък в РЗОК София област – 10,64 лв., РЗОК Кърджали – 13,4 лв. и РЗОК Кюстендил – 13,47 лв. (*Приложение СИМП, Таблица 27*).

□ ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ЧЛ.3, АЛ.1, Т.1 ОТ ЗАКОНА ЗА БЮДЖЕТА НА НЗОК ЗА 2017 Г. ЗА ДЕЙНОСТИ В РЕГУЛАЦИЯ.

Съгласно на чл.3, ал.1, т.1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г. НЗОК утвърждава на всяка РЗОК, за всяко тримесечие към договорите с изпълнителите на ПИМП и на изпълнителите на СИМП броя на назначаваните специализирани медицински дейности (СМД), в съответствие със стойностите определени по ЗБНЗОК за здравноосигурителни плащания за СИМП (вкл.за комплексно диспансерно наблюдение(амбулаторно)наблюдение) от пакета по чл.2, ал.1 от Закона за здравното осигуряване.

Разпределението на възложените брой СМД по тримесечия и компоненти в съответствие с Правила за условията и реда за утвърждаване от НЗОК за всяка РЗОК и за всяко тримесечие към договорите с изпълнителите на извънболнична първична и на

извънболнична специализирана медицинска помощ на броя на назначаваните специализираните медицински дейности и стойността на назначаваните медико-диагностични дейности приети с Решение № РД-НС-04-27/11.04.2016 г. на Надзорния съвет на НЗОК (Правилата по чл.3 от ЗБНЗОК) през отчетната 2017 г. в съпоставка с 2016 г. е представено в Таблица 52 (*Приложение СИМП, Таблица 52*)

Брой СМД назначавани с бланка МЗ - НЗОК № 3 Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение

През 2017 г. за дейностите в регулация са разпределени брой СМД за назначаване с бл. МЗ-НЗОК №3 „Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение“, средномесечно 539,4 хил. броя (за 2016 г. – 539,3 хил. броя).

Съгласно чл. 4 от Правилата по чл.3 от ЗБНЗОК изпълнителите на ПИМП или СИМП назначават, своевременно и съобразно потребностите, следните дейности извън регулация:

1. издаване на „Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК №3), както следва:

а) по повод остро заболяване, издавано от ОПЛ за консултация на ЗОЛ до 18 годишна възраст от лекар с придобита специалност по „Педиатрия“ и профилните детски специалности еднократно за всяко остро заболяване.

б) първоначален избор и преизбор на специалист, водещ диспансерното наблюдение, „Майчино здравеопазване“ и Детско здравеопазване“;

2. извършване на медицинска експертиза, чрез издаване на „Направление за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК №6),

3. издаване на „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ - НЗОК № 10) за дейностите по приложение №6 към чл.1, ал.1 от Наредба № 2 от 25 март 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Дейностите извън регулация ежегодно нарастват, като само направленията издавани по повод остро заболяване, издавано от ОПЛ за консултация на ЗОЛ до 18 годишна възраст от лекар с придобита специалност по „Педиатрия“ за 2016 г. са 874 917 бр., то за 2017 г. техният брой нараства на 915 578 бр.

През 2017 г. на изпълнители на ПИМП са определени 84,6% от направлението в регулация, за изпълнителите на през 2016 г. делът им е – 84,1%. Средномесечният брой направления в регулация през 2017 г. възлиза на 456,4 хил. броя, през 2016 г. – 453 хил. броя.

През 2017 г. на изпълнителите на СИМП са определени 15,4 % от направлението в регулация (през 2016 г. – 15,9%).

Определените в регулация направления за консултация на диспансеризирани здравноосигурени лица (ДЗОЛ) съставляват 28,8% от общия брой направления (през 2016 г. - 27,5%). Наблюдава се увеличение на броя на определените СМД (от 423,8 хил. броя на 452,9 хил. броя – сравнено I - во и IV – то тримесечие на 2017 г.) за ДЗОЛ при изпълнители на ПИМП и намаление (от 18,9 хил. броя на 21,5 хил. броя – сравнено I - во и IV – то тримесечие на 2017 г.) на направлението за ДЗОЛ диспансеризирани при изпълнители на СИМП.

Брой СМД за високоспециализирани дейности (ВСД) назначавани с бл. МЗ-НЗОК №3А Медицинско направление за високоспециализирани дейности

През 2017 г. са разпределяни средномесечно 101,3 хил. броя направления за ВСД (за 2016 г. – 97,7 хил. бр.) Средномесечният брой ВСД в регулация, извършени през 2017 г., заявени и заплатени от РЗОК възлиза на 60,9 хиляди.

Определените в регулация направления за ВСД на диспансеризирани лица съставляват 68,7% от общия брой направления за ВСД (през 2016 г. – 67,7%). За диспансеризирани лица в регулация за I – во тримесечие на 2017 г. на изпълнителите на СИМП са разпределени 18,5 хиляди броя ВСД, за IV – то тримесечие – 20,1 хил. броя, а на изпълнителите на ПИМП за I – во тримесечие на 2017 г. са разпределени 171,8 хиляди броя ВСД, за IV тримесечие – 196,4 хил. броя.

Назначени, изпълнени и заплатени брой СМД

От разпределените от НЗОК на РЗОК 6 472 318 бр. СМД за дейности в регулация през 2017 г., **назначени, изпълнени и заплатени** са 6 191 806 бр., с което се отчита 96% изпълнение на СМД в регулация назначавани с бланка МЗ - НЗОК №3 Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение и бележи увеличение спрямо 2016 г. (95%)(Приложение СИМП, Таблица 53). Увеличението се дължи на по - високия брой СМД/ВСМД определени от НЗОК през 2017 г. във връзка със заложените в Национален рамков договор за медицинските дейности обеми за СИМП през 2017 г., съответстващи на увеличените бюджетни средства по параграфа спрямо 2016 г. Усвояването

на разпределените СМД в регулация при изпълнителите на ПИМП е значително по-високо – 96%, спрямо това на изпълнителите на СИМП – 94%.

От разпределените от НЗОК на РЗОК 1 216 149 бр. ВСМД за дейности в регулация през 2017 г., **назначени, изпълнени и заплатени** са 733 505 бр., с което се отчита 60% изпълнение на ВСМД в регулация назначавани с бланка МЗ - НЗОК № 3А Медицинско направление за високоспециализирани дейности и бележи намаление спрямо 2016 г. (61%). Усвояването на разпределените ВСМД в регулация при изпълнителите на СИМП е значително по-високо – 77%, спрямо това на изпълнителите на ПИМП – 52%.

Изводи:

□ Структурата на заплащаните специализирани извънболнични медицински дейности съгласно Наредба № 2 от 25.03.2016 г. издадена от Министъра на здравеопазването за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, остава непроменена през 2017 г. спрямо предходната 2016 г.

□ През 2017 г. здравноосигурителните плащания на НЗОК за СИМП са в размер 218 654 хил. лв. или 6,3% от всички здравноосигурителни плащания, с тези средства е изплатена дейността за периода декември 2016 г. – ноември 2017 г. По видове специализирани дейности, заплатени през 2017 г. спрямо заплатените през 2016 г., се отчита:

- увеличение в заплатените обеми: физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) - с 1 230,4 хил. дейности повече или с 21,2%; експертизна дейност – с 64,7 хил. прегледа повече или с 6,2%; високоспециализирани дейности – с 16,7 хил. дейности повече или с 2,3% (най-голямо е увеличението при ехокардиография, доплерова сонография и Електроенцефалография (ЕЕГ);
- намаление на прегледите по повод: диспансерно наблюдение – със 102,4 хил. прегледа или с 15% по - малко; прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ – със 15,3 хил. прегледа или с 4% по-малко.

□ Броят на лекарите специалисти, отчитали дейности по договор с НЗОК през 2017 г. нараства с 1,4% спрямо предходната година. През 2016 г. са отчетели дейност средно 8 919 специалисти, като през 2017 г. техният брой е нараснал на 9 047 специалисти.

□ През 2017 г. се отчита увеличение на средномесечния приход от НЗОК на един лекар –с пециалист, работещ по договор за СИМП, спрямо предходната година с 4,5% (1 928 лв. за 2016 г. и 2 016 лв. за 2017 г.). Това се дължи на по - високия брой отчетени

дейности както и на по-високата цена на някой дейности за 2017 г. спрямо тези за 2016 г. Най - висок приход получават специалистите в РЗОК Благоевград – 2 969 лв. следвани от специалистите в РЗОК Разград – 2 699 лв. и РЗОК Русе – 2 526 лв., а най - нисък е дохода им в РЗОК София град – 1 510 лв., РЗОК Габрово – 1 787 лв. и РЗОК Плевен – 1 799 лв.

□ Действието на механизмите по регламентираните правила на НЗОК, както и правилата за определяне на броя на специализираните медицински дейности (СМД) и разпределението на направленията на базата на регионалните потребности (посредством определяне на прогнозен брой направления на всеки изпълнител за СИМП), създава предпоставки за ефективното потребление на средствата по параграфа и гарантира достъпът на ЗОЛ до специализирана медицинска помощ в рамките на предвидените бюджетните средства.

□ С така определените СМД през 2017 г. са обезпечени дейностите по профилактиката и диспансерното наблюдение, като се има предвид, че това са тези групите от населението, които се нуждаят от специални грижи.

□ Увеличението на определените брой СМД през 2017 г. спрямо 2016 г. се дължи на по - високия брой дейности предвидени в Решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл.54, ал.9 от ЗЗО и Национален рамков договор за 2017 г. за заплащане през 2017 г. съответстващи на увеличените бюджетни средства по параграфа спрямо предходната година.

□ През 2017 г. изпълнителите на ПИМП и СИМП имат възможност неусвоените брой/стойности СМД и МДД от предходното тримесечие да могат да се усвояват през текущото и следващи тримесечия, с изключение на тези неусвоени през четвърто тримесечие. По този начин на изпълнителите на медицинска помощ се дава възможност по - свободно да планират и управляват назначаването на СМД и МДД през годината.

3.3. Дентална помощ

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 147 000 хил. лв. или 4,8% от средствата за здравноосигурителни плащания. С решение на НС на НЗОК средствата са увеличени общо с 12 857,9 хил. лв., в т.ч.

- увеличение с 12 877,4 хил. лв. за сметка на намалението на средствата на резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи и

- намаление с 19,5 хил. лв. с утвърдени вътрешно-компенсирани промени от Управителя на НЗОК, съгласно решение на НС на НЗОК, на основание на чл.115 от ЗПФ.

В резултат на извършените промените и взетите решения на НС на НЗОК, годишният план на здравноосигурителни плащания за ДП за 2017 г. възлиза на 159 857,9 хил. лв.

През 2017 г. за изпълнение на денталните дейности по Наредба № 2 от 2016 г, между НЗОК и БЗС бяха договорени следните обеми:

- за периода от 01.12.2016 г до 31.03.2017 г., заплащани от 01.01.2017 г. до 30.04.2017 г. с договор за изменение и допълнение на Национален рамков договор за денталните дейности между НЗОК и БЗС за 2016 г. |

- за периода от 01.04.2017 г. до 30.11.2017 г., заплащани през 01.05.2017 г.- 31.12.2017 г. по НРД за дентални дейности 2017, при запазване на цените.

Цените заплащани от пациента остават непроменени, спрямо предходната година.

Към 31.12.2017 г. са изплатени 159 857,8 хил. лв., което представлява 4,6% от всички отчетени здравноосигурителни плащания и 100,0% от заложените в годишен план средства за ДП. През януари 2017 г. е заплатена отчетената дейност за м. ноември 2016 г., на стойност 14 445 хил.лв. отложена за заплащане през следващата бюджетна година (в срок до 12.01.2017 г.) с решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-179/21.12.2016 г. За дейностите подлежащи на заплащане през 2017 г. се отчита нарастване на средствата с 35,6% или с 42 011 хил. лв. в сравнение със заплатени средства през 2016 г., а спрямо извършената дейност в периода 01.01-31.12.2017 г., в сравнение отчетената дейност за същия период на 2016 г. се отчита нарастване на средствата с 5,8% или с 7 870 хил. лв.

Със заплатените средства през 2017 г. са закупени общо 7 010 хил. броя стоматологични дейности (*Приложение ДП, Таблица 44*) от основния пакет по Наредба № 2 от 2017 г. за първична и специализирана дентална помощ за 1 936 хил. ЗОЛ, като са извършени:

- обстойни прегледи на 360 хил. лица до 18 г. и 1 576 хил. лица над 18 г.;

- дентални дейности за ЗОЛ: 1 040 хил. броя за лица до 18 г. и 3 823 хил. броя за лица над 18 години;

- 212 хил. броя специализирани прегледи и дейности за лицата до и над 18 - годишна възраст.

През 2017 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на ДП дейност за периода м. ноември 2016 г. – м. октомври 2017 г. Спрямо заплатената през 2016 г. ДП за периода м. декември 2015 г. – м. октомври 2016 г. се отчита увеличение на плащанията за ДП с 35,6% или с 42 011 хил. лв. Увеличението се дължи на отложеното плащане на дейността за м. ноември 2016 г. за бюджетната 2017 година и увеличените обеми дейности за лицата над 18 - годишна възраст, поради увеличения обем от 2 на 3 дейности за съответната календарна година. Цените през 2017 г. остават непроменени спрямо предходната година, в сила от 01.04.2017 г.

За съпоставими 12 - месечни периоди (м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. спрямо м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г.) се отчита ръст на разходите с 13 120,6 хил. лв. или с 9,9% (*Приложение ДП, Таблица 45*). Основно ръстът се дължи на увеличаване от м.септември 2016 г. на заплащания брой дентални дейности за ЗОЛ над 18 г. възраст – до 3 дейности спрямо заплащаните до 31.08.2016 г. – до 2 дейности.

Общо за 12 - месечния период м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус по реда на НРД за денталните дейности са обхванати 1 493,7 ЗОЛ над 18 години или 31,4% от ЗОЛ над 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,4 дентални дейности. За сравнение през периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус по реда на НРД за денталните дейности са обхванати 1 518,7 ЗОЛ над 18 години или 31,4% от ЗОЛ над 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2 дентални дейности.

Общо за 12 - месечния период м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус по реда на НРД за денталните дейности са обхванати 350,7 ЗОЛ до 18 години или 28,6% от ЗОЛ до 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,9 дентални дейности. За сравнение през периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус по реда на НРД за денталните дейности са обхванати 361,5 ЗОЛ до 18 години или 29,4% от ЗОЛ до 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,9 дентални дейности.

В структурата на разходите на НЗОК за заплащане на денталната помощ (за съпоставими 12-месечни периоди) се отчита увеличение на дела на разходите за ЗОЛ над 18 години – 75,2% от общия разходи спрямо 71,6% през периода м.декември 2015 г. – м.ноември 2016 г., като съответно делът на плащанията на НЗОК за ЗОЛ до 18 години намалява на 24,4% спрямо 28,1%.

Разходваните средства през 2017 г. за дентална помощ са разпределени по видове помощ, както следва (*Приложение ДП, Таблица 2*):

Название на дейността	Разход в хил. лв.	Структура на разхода в %
Извънболнична дентална помощ	159 858	100,0%
Първична дентална помощ	155 441	97,24%
Специализирана дентална помощ	4 417	2,8%

За извършената дейността през 2017 г. (по месеци на дейността) изплатените средства, независимо от годината на заплащане, са нараснали с 5,80% или с 7 870 хил. лв. в сравнение с 2016 г. (*Приложение ДП, Таблица 43*).

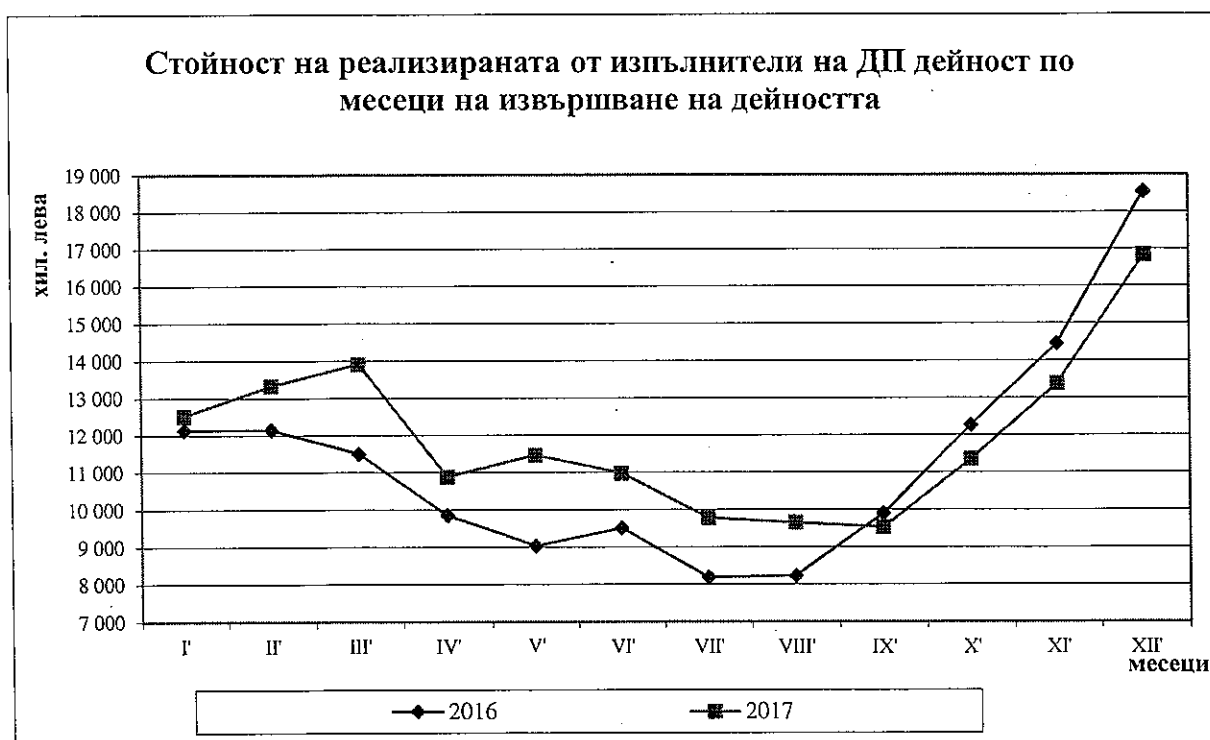
Графиката изобразява ежемесечната динамика на касовия разход за 2017 г. в съпоставка с 2016 и 2015 години.



Средномесечният разход за дентална извънболнична помощ формиран на годишна база по месеци на извършване на дейността през 2016 г. е в размер на 11 312 хил. лв., а за 2017 г. е нараснал на 11 968 хил. лв. (Приложение ДП, Таблица 43).

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за дентална помощ за 2016 г. възлиза на 186,20 лв., а за отчетния период през 2017 г. на 199,86 лв. Този показател през 2017 г. е най - висок в РЗОК Благоевград – 290,28 лв., РЗОК Пловдив – 260,00 лв. и РЗОК Смолян – 253,41 лв., а най - нисък в РЗОК Разград – 143,34 лв., РЗОК Добрич – 144,18 лв. и РЗОК Ямбол – 145,55 лв.

Графиката изобразява динамиката на разходване на средствата по месеци на дейност по параграфа през 2016 и 2017 години.



Първична извънболнична дентална помощ

Заплатените средства за първична извънболнична дентална помощ (ПИДП) са в размер на 155 441 хил. лв. или 97,2% от общия разход за дентална помощ.

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за първична извънболнична дентална помощ за 2016 г. възлиза на 181,70 лв., а за отчетния период през 2017 г. нараства на 194,35 лв., което се дължи на третата дейност при ЗОЛ над 18 годишна възраст. Този показател през 2017 г. е най - висок в РЗОК Благоевград – 290,28 лв., РЗОК Пловдив – 260,00 лв. и РЗОК Смолян –

253,41 лв., а най - нисък в РЗОК Разград – 143,34 лв., РЗОК Добрич – 144,18 лв. и РЗОК Ямбол – 145,55 лв. (*Приложение ДП, Таблица 42*).

През отчетния период на 2017 г. е нарастнал средномесечният брой на отчелите се лечебни заведения изпълнители на ПИДП (по месеци на дейност) на 5 421 изпълнители, докато през предходната година техният брой е 5 379 изпълнители (*Приложение ДП, Таблица 39*).

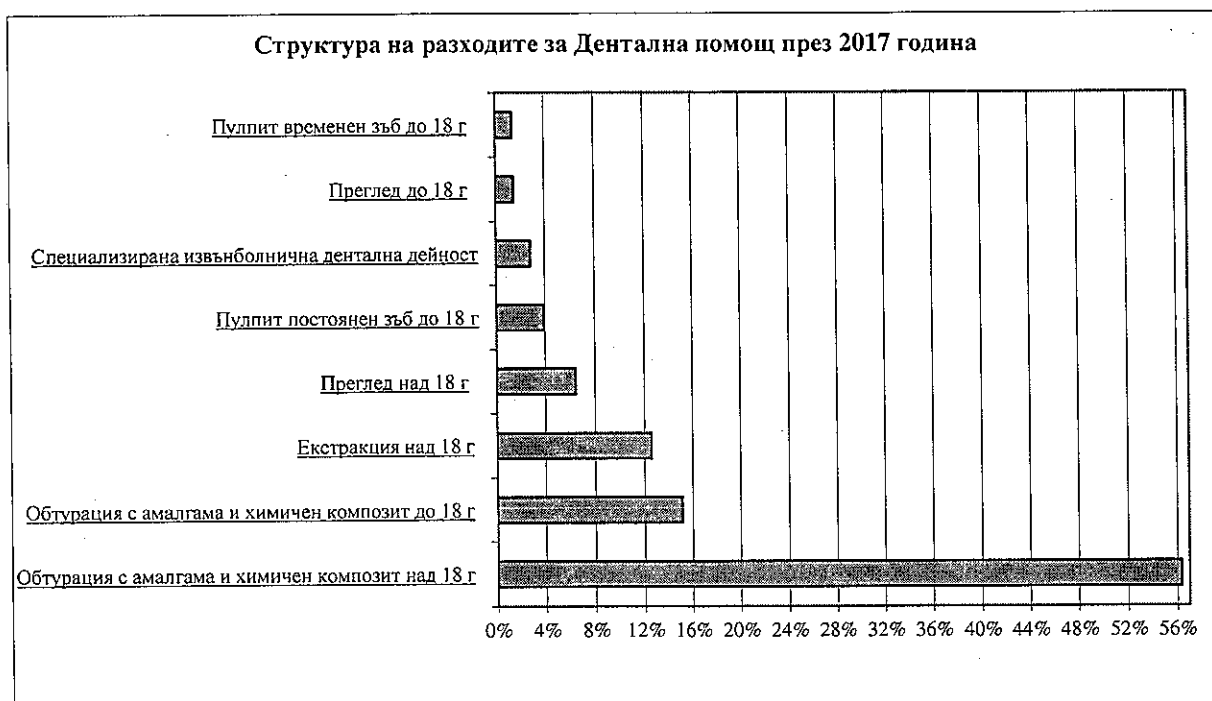
Средно за страната на 10 000 ЗОЛ се падат 8,3 лекари изпълнители на ПИДП, като най - много са в РЗОК Пловдив – 12,5, РЗОК София град – 10,9 и РЗОК Смолян и РЗОК Видин – 10,6, а най - малко в РЗОК Търговище и РЗОК София област – 5,8, РЗОК Разград – 6,3 дентиста (*Приложение ДП, Таблица 41*).

Средната цена на дейност, извършена от лекари изпълнители на ПИДП, за 2016 г. възлиза на 22,44 лв., а за отчетния период през 2017 г. – 22,73 лв., като най - висока е в РЗОК Благоевград – 24,68 лв., РЗОК Кърджали – 24,03 лв., и РЗОК Пазарджик – 23,58 лв., а най - ниска в РЗОК Русе и РЗОК Разград – 21,42 лв., РЗОК Плевен – 21,58 лв., РЗОК Добрич – 21,71 лв. (*Приложение ДП, Таблица 37*).

Средномесечният брой дейности на 100 ЗОЛ извършени от изпълнители на първична дентална помощ през 2016 г. възлиза на 8,1 дейности, докато за 2017 г. нарастват на 8,4 дейности, в резултат на заплатената трета дейност за ЗОЛ над 18 годишна възраст. Най - голям брой дейности на 100 ЗОЛ през 2017 г. са извършени в РЗОК Благоевград - 11,6 дейности, РЗОК Пловдив – 10,1 дейности, РЗОК Смолян – 10,8 дейности, а най - нисък в РЗОК София област – 6,4 дейности, РЗОК Силистра, РЗОК Добрич и РЗОК Ямбол - 6,5 дейности (*Приложение ДП, Таблица 36*).

Средномесечният доход на лечебно заведение изпълнител на ПИДП за 2016 г. е 2 052 лв., докато през 2017 г. достига 2 147 лв., като най - висок е в РЗОК Благоевград – 3 074 лв., РЗОК Търговище – 2 709 лв., РЗОК София област – 2 593 лв., а най - нисък в РЗОК София град – 1 847 лв., РЗОК Ямбол – 1 874 лв. и РЗОК Габрово – 1 910 лв. (*Приложение ДП, Таблица 40*).

Графиката илюстрира структурата на касовия разход през 2017 г., съобразно номенклатурата на заплащаните дейности за деца и възрастни.



Съгласно чл.104, ал.1 от НРД 2016 и НРД 2017 НЗОК заплаща за всяко ЗОЛ през календарната година следните дейности, диференцирани по възрастови групи:

- за всяко ЗОЛ до 18 - годишна възраст - обстоен преглед със снемане на зъбен статус и допълнителен такъв за бременни, като и до четири лечебни дейности за съответната календарна година.

- за всяко ЗОЛ над 18 –г одишна възраст - обстоен преглед със снемане на зъбен статус и допълнителен такъв за бременни, като и до три лечебни дейности за съответната календарна година.

Дейности по чл.100, т.1 от НРД 2016 и НРД 2017 изцяло или частично заплащани от НЗОК по цени, съгласно чл.105, ал.1 на НРД 2016 г. и НРД 2017 за ЗОЛ на възраст до 18 години:

- За обстоен преглед със снемане на зъбен статус и изготвяне на амбулаторен лист и един допълнителен преглед за бременни (Преглед до 18 г.) през 2017 г. са изплатени 2 313 хил. лв. (Приложение ДП, Таблица 4).

Средномесечният разход за преглед до 18 г. на 100 ЗОЛ за страната през 2016 г. е в размер на 16,66 лв., а за отчетния период на 2017 г. – 16,32 лева. Най - висок за 2017 г. този показател е в РЗОК Смолян – 25,24 лв., РЗОК Кюстендил – 23,35 лв. и РЗОК Благоевград – 22,00 лв., а най-нисък в РЗОК Добрич – 11,39 лв., РЗОК Монтана – 11,56 лв. и РЗОК Силистра – 11,97 лв.(Приложение ДП, Таблица 5).

През 2017 г. средно за страната на всеки 100 ЗОЛ до 18 г. са извършени 2,8 дейности, при възможни 4 броя за година, съгласно НРД (*Приложение ДП, Таблица 30*), този показател остава непроменен спрямо предходната година, поради липса на промяна в обема дейности заплащан от НЗОК.

За месеците на дейност от януари до декември 2017 г. на 100 ЗОЛ от подлежащото на профилактика население на възраст от 2 до 18 години – 30,3% е упражнило правото си на преглед. Най - много прегледи на деца са извършени в РЗОК Смолян – 47,0% и РЗОК Кюстендил – 43,5%, а най - малко в РЗОК Добрич – 21,2% и РЗОК Монтана – 21,5% (*Приложение ДП, Таблица 16*).

□ За ЗОЛ до 18 години значителен дял заемат разходите за **обтурация с амалгама или химичен композит**, като за 2017 г. те са в размер на 23 754 хил. лв. (*Приложение ДП, Таблица 4*).

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за обтурация с амалгама или химичен композит до 18 години за страната през 2016 г. е 167,79 лв., а през 2017 г. – 164,45 лв., като най - голям е в РЗОК Благоевград – 282,86 лв., РЗОК Смолян – 278,28 лв. и РЗОК Кърджали – 252,57 лв., а най - нисък в РЗОК Добрич – 90,67 лв., РЗОК Разград – 92,68 лв. и РЗОК Монтана – 98,38 лв. (*Приложение ДП, Таблица 6*).

Средно за страната на всеки 10 прегледа на лицата до 18 години са извършени и други манипулации, като най-много са обтурациите с амалгама или химичен композит – 20,0 на брой, следвани от екстракция на временен зъб – 3,1 на брой; пулпит на временен зъб – 2,7 на брой, като най - малко се екстракциите на постоянен зъб – 0,1 на брой. Отношението на броя на извършваните манипулации спрямо прегледи за лицата до 18 години са в пряка зависимост от спецификата на оралната им физиология. Най - много обтурации с амалгама или химичен композит на всеки 10 профилактични прегледа на лицата до 18 години са извършени в РЗОК Кърджали – 26,6 манипулации, РЗОК Пловдив – 25,3 манипулации и РЗОК Благоевград – 24,9 манипулации, а най - нисък в РЗОК Разград – 11,3 манипулации и РЗОК Русе – 15,7 манипулации (*Приложение ДП, Таблица 25*).

□ За **лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб** до 18 години по през 2017 г. са заплатени 6 118 хил. лв. (*Приложение ДП, Таблица 4*).

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ до 18 години за лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб до 18 години за страната през 2016 г. е 46,46 лв., а през 2017 г. – 42,11 лв. Най - голям е средномесечният разход в РЗОК Благоевград – 108,88 лв.,

РЗОК Пазарджик – 73,92 лв., РЗОК Кърджали – 67,46 лв., а най-малък в РЗОК Плевен – 16,73 лв., РЗОК Добрич – 22,04 лв. и РЗОК Русе – 23,72 лв. (*Приложение ДП, Таблица 10*).

□ За лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб до 18 г. през 2017 г. са заплатени 2 143 хил. лв. (*Приложение ДП, Таблица 4*).

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб до 18 години за страната през 2016 г. е 15,75 лв., а през 2017 г. – 14,85 лв. Най-голям е разходът в РЗОК Смолян – 25,30 лв., РЗОК Перник – 22,11 лв. и РЗОК Враца – 19,16 лв., а най-малък в РЗОК Добрич – 10,56 лв. и РЗОК Видин – 10,91 лв. (*Приложение ДП, Таблица 9*).

Дейности по чл.100, т.2 от НРД 2016 и НРД 2017 изцяло или частично заплащани от НЗОК по цени, съгласно чл.105, ал.1 от НРД 2016 и НРД 2017 за ЗОЛ на възраст над 18 години:

□ За обстоен преглед със снемане на зъбен статус и изготвяне на амбулаторен лист и един допълнителен преглед за бременни (за Преглед над 18 г.) през 2017 г. е заплатена сума в размер на 10 125 хил. лв. (*Приложение ДП, Таблица 4*).

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ над 18 години за страната за 2016 г. е 16,30 лв., а през 2017 г. – 16,35 лв., като най-висок е в РЗОК Пловдив – 20,18 лв., РЗОК Смолян – 19,40 лв., РЗОК Благоевград – 19,06 лв., а най-нисък в РЗОК София област – 12,29 лв. и РЗОК Разград – 13,49 лв. (*Приложение ДП, Таблица 11*).

Средно за страната 30,0% от населението над 18 години е упражнило правото си на обстоен преглед със снемане на зъбен статус през 2017 г. Този показател е най-висок в РЗОК Пловдив – 37,6%, РЗОК Смолян – 36,1% и РЗОК Благоевград – 35,5%, а най-нисък е в РЗОК София област – 22,9%, РЗОК Разград – 25,1% (*Приложение ДП, Таблица 22*).

С договорената в НРД 2017 възможност за календарна година да бъдат извършени три дейности на ЗОЛ над 18 - годишна възраст на всеки отчетен обстоен преглед за тези лица през 2017 г. се увеличават извършените манипулации от 2,1 броя за 2016 г., на 2,3 броя през 2017 г. (*Приложение ДП, Таблица 30*).

□ За ЗОЛ над 18 години за първична дентална помощ значителен дял заемат разходите за обтурация с амалгама или химичен композит – 88 656 хил. лв. (*Приложение ДП, Таблица 4*).

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ над 18 години за страната през 2016 г. е 121,76 лв., а през 2017 г. – 137,68 лв. Високият ръст през 2017 г. спрямо 2016 г. се дължи на договорената

трета дейност, заплащана през календарната година. Най - голям средномесечния разход е в РЗОК Пловдив – 201,88 лв., РЗОК Благоевград – 198,34 лв. и РЗОК Смолян – 170,71 лв., а най - малък в РЗОК Разград – 84,19 лв. и РЗОК Силистра – 88,89 лв. (*Приложение ДП, Таблица 12*).

Броят отчетени обтурации с амалгама или химичен композит на всеки извършен преглед за 2017 г. за ЗОЛ над 18 години е 1,91 манипулации. Най - висок този показател е в РЗОК Благоевград – 2,36 манипулации, РЗОК Кърджали – 2,28 манипулации, а най - нисък в РЗОК Добрич – 1,38 манипулации и РЗОК Разград – 1,42 манипулации (*Приложение ДП, Таблица 25*).

□ За екстракция на постоянен зъб с анестезия на ЗОЛ над 18 г. през 2017 г. са заплатени 19 807 хил. лв. (*Приложение ДП, Таблица 4*). Средномесечният разход на 100 ЗОЛ над 18 години за страната през 2016 г. е 29,58 лв., а през 2016 г. – 31,09 лв. Най - висок е разходът в РЗОК Добрич – 41,55 лв. и РЗОК Силистра – 40,96 лв., а най - нисък в РЗОК София град – 21,27 лв. и РЗОК Пловдив – 27,55 лв. (*Приложение ДП, Таблица 13*).

Броят отчетени екстракции на постоянен зъб на всеки извършен преглед за 2017 г. за ЗОЛ над 18 години е 0,43 извършени манипулации, като най - висок е в РЗОК Силистра – 0,68 манипулации, а най - нисък в РЗОК София град – 0,30 манипулации (*Приложение ДП, Таблица 25*).

Дейности по чл.102 от НРД 2016 и НРД 2017 изцяло заплащани от НЗОК по цени, съгласно чл.105, ал.1 от НРД 2016 НРД 2017 и на възраст до и над 18 години за следните категории:

- лицата настанени в домове за медико-социални услуги;
- децата, настанени в специалните училища и домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, включително след навършване на 18 - годишна възраст;
- лицата, задържани под стража.

В структурата на първичната извънболнична дентална помощ близо 0,20% от средствата или 317 хил. лв. са изразходвани за този вид дейност (*Приложение ДП, Таблица 4*).

По - голям дял от изразходваните средства през 2017 г. за дейностите изцяло заплащани от НЗОК са средствата за лечение на ЗОЛ до 18 години или 161 хил. лв., като най - висок този показател е в РЗОК Пазарджик – 21,7 хил. лв., РЗОК Стара Загора – 19,3 хил. лв. и РЗОК Благоевград – 15,7 хил. лв. През 2017 г. РЗОК, които не отчитат такава дейност нарастват с още 2, това са РЗОК Варна, РЗОК Русе, РЗОК Кюстендил, РЗОК Смолян и РЗОК София град (*Приложение ДП, Таблица 4*).

През 2017 г. за лечение на ЗОЛ над 18 години за дейностите изцяло заплащани от НЗОК са заплатени 156 хил. лв. Най - голям е разхода в РЗОК Пловдив – 36,6 хил. лв., РЗОК Плевен – 18,6 хил. лв. и РЗОК Сливен – 12,9 хил. лв. В РЗОК Варна, РЗОК Перник, РЗОК Русе , РЗОК София град и РЗОК Хасково не е отчетена такава дейност (*Приложение ДП, Таблица 4*).

□ За **неблагоприятни условия на работа** през 2017 г. са заплатени 613 хил. лв. или 0,38% от разхода за извънболнична дентална помощ (*Приложение ДП, Таблица 2 и 4*). Средствата са заплатени на 283 броя лечебни заведения изпълнители на ПИДП. Най - много средства за работа при неблагоприятни условия са изплатени в РЗОК Благоевград – 198,3 хил. лв. и РЗОК Пловдив – 83,8 хил. лв., а в РЗОК София град няма заплащани средства за неблагоприятни условия на работа. Списъкът с населени места с неблагоприятни условия за работа на лекарите по дентална медицина съдържа 886 броя населени места, определени като неблагоприятни.

Специализирана дентална помощ

За специализирана дентална помощ през 2017 г. са заплатени 4 417 хил. лв. или 2,76% от заплатените средства (*Приложение ДП, Таблица 2*). В шест РЗОК не са извършени разходи за този вид дейност – РЗОК Габрово, РЗОК Кърджали, РЗОК Кюстендил, РЗОК Разград, РЗОК Силистра и РЗОК Смолян (*Приложение ДП, Таблица 34*).

Най - голям дял от изразходваните средства през 2016 г. за специализирана дентална помощ се пада на РЗОК София град – 32,9%, РЗОК Пловдив – 15,0%, РЗОК Русе – 10,1% и РЗОК Варна – 7,3%.

Изводи:

□ През 2017 г. за изпълнение на денталните дейности по Наредба № 2 от 2016 г, между НЗОК и БЗС с НРД за дентални дейности 2016 и НРД 2017 беше договорено закупуването на обеми дейности за два периода:

- за периода от 01.12.2016 г до 31.03.2017 г., заплащани от 01.01.2017 г. до 30.04.2017 г. с договор за изменение и допълнение на Национален рамков договор за денталните дейности между НЗОК и БЗС за 2016 г. |

- за периода от 01.04.2017 г. до 30.11.2017 г., заплащани през 01.05.2017 г. - 31.12.2017 г. по НРД за дентални дейности 2017, при запазване на цените.

□ През бюджетната 2017 г. за дентална помощ (ДП) са определени със ЗБНЗОК за 2017 г., средства в размер на 147 000 хил. лв. или 4,8% от средствата за здравноосигурителни

плаща. В резултат на извършените промените и взетите решения на НС на НЗОК, годишният план за здравноосигурителните плащания за ДП за 2017 г. възлиза на 159 857,9 хил. лв.

□ Към 31.12.2017 г. са изплатени 159 857,8 хил. лв., което представлява 4,6% от всички отчетени здравноосигурителни плащания и 100,0% от заложените в годишен план средства за ДП. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита нарастване на средствата с 35,6% или с 42 011 хил. лв. Отчетеното нарастването на извършените плащания се дължи на заплатените 13 - месеца през 2017 г., където е включено отложеното плащане от предходната бюджетна година (в срок до 12.01.2017 г.) с решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-179/21.12.2016 г. за отчетената дейност през м. ноември 2016 г на стойност 14 445 хил.лв. Извършената дейност в периода 01.01.2017 г. - 31.12.2017 г., в сравнение отчетената дейност за същия период на 2016 г. се отчита нарастване на средствата с 5,8% или с 7 870 хил. лв., което се дължи повишаване на обем дейности.

□ Със заплатените средства през 2017 г. са закупени общо 7 010 хил. броя стоматологични дейности от основния пакет по Наредба № 2 от 2017 г. за първична и специализирана дентална помощ за 1 936 хил. ЗОЛ, като са извършени:

- обстойни прегледи на 360 хил. лица до 18 г. и 1 576 хил. лица над 18 г.;
- дентални дейности за ЗОЛ: 1 040 хил. броя за лица до 18 г. и 3 823 хил. броя за лица над 18 години;
- 212 хил. броя специализирани прегледи и дейности за лицата до и над 18 - годишна възраст.

□ Националната здравноосигурителна каса е заплатила по 199,86 лв., средномесечно на всеки 100 ЗОЛ за дентална помощ през 2017 г., докато за 2016 г. тези средства са 186,20 лв. Увеличението се дължи на увеличените обеми дейности отчитани за лицата над 18 - годишна възраст, поради увеличения обем от 2 на 3 дейности за съответната календарна година. Цените през 2017 г. остават непроменени спрямо предходната година, в сила от 01.04.2017 г.

□ Средномесечният доход на лечебно заведение изпълнител на ПИДП за 2016 г. е 2 052 лв., докато през 2017 г. достига 2 147 лв.,

3.4. Медико-диагностична дейност

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 77 500 хил. лв. или 2,6% от средствата за здравноосигурителни плащания.

С решение на НС на НЗОК средствата са увеличени общо с 1 921,9 хил. лв., в т.ч.

- увеличение с 836,3 хил. лв. за сметка на намалението на средствата на резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи,
- увеличение с 1 087,8 хил. лв. по реда на чл.115 от ЗПФ и
- намаление с 2,2 хил. лв. с утвърдени вътрешно-компенсирани промени от Управителя на НЗОК, съгласно решение на НС на НЗОК, на основание на чл.115 от ЗПФ.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за МДД за 2017 г. възлиза на 79 421,9 хил. лв. (в т.ч. 571,6 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. са изплатени 79 421,8 хил. лв. (в т.ч. 571,6 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 2,3% от всички отчетени здравноосигурителни плащания и 100,0% от заложените в годишен план средства за МДД.

С тези средства е заплатена дейността от пакетите СИМП за медико-диагностични изследвания (МДИ), оказана на здравноосигурените лица с непрекъснати права, определени с Наредба № 2 от 2016 г. за периода декември 2016 г. – март 2017 г. и за периода април – ноември 2017 г., подлежи на заплащане през 2017 г.

Спрямо извършените плащания за МДД през 2016 г. (през която е заплатена дейността в периода декември 2015 г. – ноември 2016 г.), се отчита ръст с 5 006 хил. лв. или с 6,7%. С тези средства бяха заплатени 892 хил. броя изследвания или 4,4%, повече спрямо предходната година извършени на ЗОЛ по повод остри случаи, профилактика или диспансеризация.

По видове МДД, заплатени през 2017 г. спрямо заплатените през 2016 г., (*Приложение МДД, Таблица 55*) се отчита:

- общо увеличение на обемите изследвания от специалности: Клинична лаборатория – със 734,9 хил. изследвания повече или с 4,1% (основно в следствие на включването в пакета по Наредба 2/2016 г. на изследване LDL – холестерол), Образна диагностика – със 103,1 хил. изследвания повече или с 6,8%, Клинична микробиология – с 37,7 хил. изследвания повече или с 6,6%, Обща и клинична патология – с 14,7 хил. изследвания повече или със 7,3%, Вирусология – с 2,5 хил. изследвания повече или с 3,2%;

- общо намаление на обемите изследвания само при специалност Имунохематология – с 1,3 хил. изследвания по-малко или с 3%;

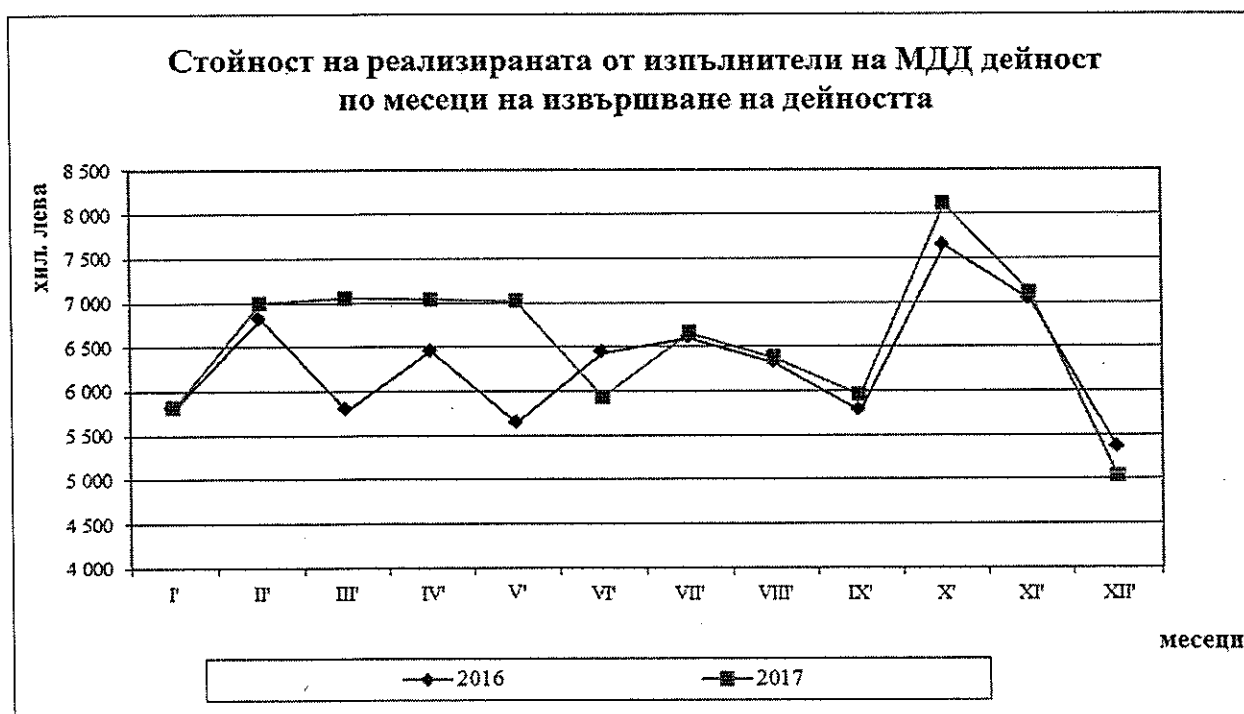
- в структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на МДД разпределението по специалности на изследванията се запазва спрямо 2016 г. – 41 993,9 хил. лв. или 52,9% се формират от изследвания от специалност Клинична лаборатория; 29 480,1 хил. в. или 37,1% се формират от изследвания от специалност Образна диагностика; изследванията от останалите специалности формират 10% от плащанията или 7 947,7 хил. лв.

- с НРД за медицинските дейности за 2017 г. от 01.04.2017 г. са увеличени цените на медико - диагностични изследвания: Химично изследване на урина с течни реактиви (рН, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв); LDL – холестерол; Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST; Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG).

Графиката илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход за МДД през 2017 г. в съпоставка с 2016 и 2015 години.



Стойността на реализираната дейност, съобразно месеца на извършването през 2017 и 2016 години е илюстрирана в графиката.



Средномесечният брой на отчетите се лечебни заведения за МДД през 2016 г. е 622 бр., а през 2017 г. техният брой намалява на 619 бр., като най - голям е броят в лечебни заведения за МДД в РЗОК София град – 118 бр., РЗОК Пловдив – 59 бр. и РЗОК Варна – 38 бр., а най - малък в РЗОК Смолян и РЗОК Видин – 7 бр., РЗОК Перник и РЗОК Силистра – 8 бр., следват РЗОК Кърджали, и РЗОК Ловеч по 9 бр. (*Приложение МДД, Таблица 7*).

Отчита се нарастване на средномесечния разход на 100 ЗОЛ за МДД за страната, който през 2016 г. възлиза на 102,23 лв., докато през 2016 г. нараства на 110,53 лв. Този показател през 2017 г. има на - високи стойности в РЗОК София град – 154,44 лв., РЗОК Плевен – 133,40 лв. и РЗОК Варна – 128,06 лв., а най - нисъки в РЗОК София област – 54,39 лв., РЗОК Силистра – 66,90 лв. и РЗОК Кюстендил – 70,78 лв. (*Приложение МДД, Таблица 6*).

Средномесечният брой медико - диагностични дейности по месеци на извършване на дейността през 2016 г. са 1 715 хил. бр., през 2017 г. броят е нараснал на 1 763 хил. бр. или с 2,8% (*Приложение МДД, Таблица 19*).

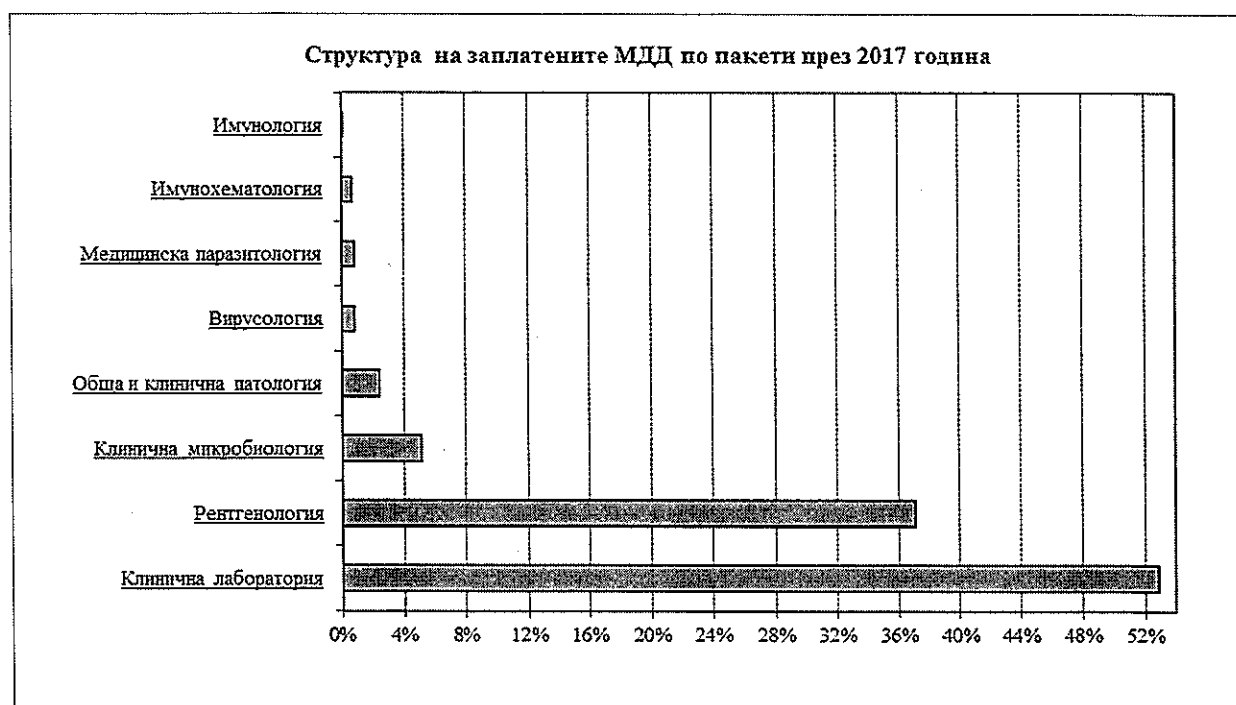
Средномесечният брой медико-диагностични дейности на 100 ЗОЛ през 2017 г. е 29,54 броя, а за отчетния период на 2016 г. е 27,93 броя. Най - голям брой МДД на 100 ЗОЛ за 2017 г. са извършени в РЗОК София град – 38,04 броя, РЗОК Пловдив – 34,36 броя, и РЗОК Варна – 33,28 бр., а най - малък в РЗОК София област – 15,52 бр., РЗОК Кърджали – 18,19 бр. и РЗОК Пазарджик – 19,40 бр. (*Приложение МДД, Таблица 1*).

Медико - диагностичната дейност включва: специализирани и/или високоспециализирани медико-диагностични дейности по пакети: „Клинична лаборатория“, „Клинична микробиология“, „Медицинска паразитология“, „Вирусология“, „Образна диагностика“, „Обща и клинична патология“, „Клинична имунология“ и „Имунохематология“.

Разпределение на средствата за МДД по пакети изследвания.

От общо изплатените средства за медико-диагностична дейност през 2017 г. най - голям е дялът за клинично - лабораторните изследвания – 41 994 хил. лв. или 52,9%, следвани от образната диагностика – 29 480 хил. лв. или 37,1% и клинична микробиология – 4 091 хил. лв. или 5,2%. Заплатените средства по тези три пакета представляват 95,1% или 75 565 хил. лв. от изразходваните средствата по параграфа (*Приложение МДД, Таблици 4 и 5*).

Графиката илюстрира структурата на изплатените средства по касов отчет за медико-диагностична дейност през 2017 г. по пакети.



По видовете пакети медико – диагностични изследвания (МДИ) промените в извършените плащания за медико-диагностична дейност през 2017 г. спрямо тези през 2016 г. (*Приложение МДД, Таблица 52*) са както следва:

– пакет „Клинична лаборатория“ – увеличение на извършените плащания през 2017 г. е с 2 662 хил.лв. или с 6,8% спрямо 2016 г. Обемът на заплатените през 2017 г. изследвания е нараснал с 4,1%, като ръстът се дължи на увеличение в обема на отчетените изследвания от

пакета, най - вече на изследванията с увеличение в цена: изследването „LDL – холестерол“ от 1,43 лв. на 1,60 лв. и „Химично изследване на урина с течни реактиви (pH, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв)“ от 0,80 лв. на 1,50 лв.;

– пакет „Клинична микробиология“ – увеличение на извършените плащания през 2017 г. е със 325 хил.лв. или с 8,7% спрямо 2016 г. Обемът на заплатените през 2017 г. изследвания е нараснал с 6,6%, увеличението се дължи на увеличение в обема на отчетените изследвания по пакета, включително и при изследването „Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST“ с увеличение в цената от 4,50 лв. на 5,50 лв.

– пакет „Медицинска паразитология“ – увеличение на извършените плащания през 2017 г. е със 1,3 хил.лв. или с 0,2% спрямо 2016 г. Обемът на заплатените през 2017 г. изследвания е нараснал с 0,05%, увеличението се дължи изцяло на увеличението на обема на отчетените изследвания по пакета;

– пакет „Вирусология“ – увеличение на извършените плащания през 2017 г. е с 22 хил. лв. или с 3,3% спрямо 2016 г. Обемът на заплатените през 2016 г. изследвания е нараснал с 3,2%, като нарастването се дължи изцяло на нарастването на обема на отчетените изследвания от пакета. Увеличени са цените на „Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG)“ от 8,16 лв. на 10,00 лв. и на „Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBsAg на хепатитен В вирус“ от 10,88 лв. на 13,00 лв., като тяхното увеличение не оказва съществено влияние върху заплащането и обема по пакета.

– пакет „Образна диагностика“ – увеличение на извършените плащания през 2017 г. е с 1 886 хил. лв. или с 6,8% спрямо 2016 г. Обемът на заплатените през 2016 г. изследвания е нараснал с 6,8%, като нарастването се дължи изцяло на нарастването на обема на отчетените изследвания от пакета;

– пакет „Обща и клинична патология“ – увеличение на извършените плащания през 2017 г. с 132 хил лв. или с 7,2% спрямо 2016 г. Обемът на заплатените през 2017 г. изследвания е нараснал с 7,3%, като увеличението на ръста на разходите се дължи изцяло на увеличение на обема на отчетените изследвания от пакета;

– пакет „Клинична имунология“ – увеличение на извършените плащания през 2017 г. с 1,6 хил.лв. или със 4,2% спрямо 2016 г. Обемът на заплатените през 2017 г. изследвания е нараснал с 4,9%, като увеличението на ръста на разходите се дължи изцяло на увеличение на обема на отчетените изследвания от пакета

– пакет „Имунохематология“ – намаление на извършените плащания през 2017 г. е с 15,3 хил. лв. или с 2,9% спрямо 2016 г. Обемът на заплатените през 2017 г. изследвания е намалял с 3,1%, намалението се дължи изцяло на намалението на обема на отчетените изследвания от пакета;

Заложените в Решението № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл.54, ал.9 и чл.59а, ал.6 от ЗЗО на Надзорния съвет на НЗОК обеми за МДД през 2016 г. (Решението) и договорените в НРД 2017 за медицински дейности са съобразени с определените със ЗБНЗОК за 2017 г. средства за МДД в размер на 77 500 хил. лв и увеличението от 1 921,9 хил. лв. с решение на Надзорния съвет на НЗОК

През 2017 г. няма промяна в основния пакет за МДД по Наредба № 2 от 2016 г.

- **Клинико-лабораторни изследвания**

Средномесечният разход за клинико-лабораторни изследвания по месец на дейност за 2017 г. възлиза на 3 495 хил. лв. за 1 539 хил. броя изследвания (*Приложение МДД, Таблица 11*).

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за 2017 г. (пакет „Клинична лаборатория“, вкл. ВСМДИ) нараства на 58,36 лв., докато през 2016 г. е 54,74 лв. През 2017 г. този показател е най - висок в РЗОК София град – 80,01 лв., РЗОК Пловдив – 70,78 лв. и РЗОК В.Търново – 69,10 лв., а най - нисък в РЗОК София област – 25,66 лв., РЗОК Пазарджик – 32,39 лв. и РЗОК Кърджали – 33,70 лв. (*Приложение МДД, Таблица 28*).

Отчита се нарастване и при средномесечният брой изследвания по специализиран пакет клинична лаборатория на 100 ЗОЛ през 2017 г. (пакет „Клинична лаборатория“, вкл. ВСМДИ) - 25,70 бр., докато през 2016 г. е 24,70 броя. Този показател през 2017 г. е най - висок в РЗОК София град – 32,63 бр., РЗОК – Пловдив 30,54 бр., РЗОК Варна – 29,14 бр., а най - нисък в РЗОК София област – 13,14 бр., РЗОК Кърджали – 15,98 бр. и РЗОК Пазарджик – 16,06 броя (*Приложение МДД, Таблица 27*).

От общо изплатените средства за извършване на дейности за 2017 г. за клинико - лабораторни изследвания най - голям е дялът за изследване на „Кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC“, в размер 4 927 хил. лв. за 2 488 хил. бр. изследвания или 11,75% от средства за клинико-лабораторни изследвания (*Приложение МДД, Таблица 11*).

Следващ по големина разход на дейностите за клиничко - лабораторни изследвания се отчита за TSH. През 2017 г. са изплатени 4 379 хил. лв. за 423 хил. бр. изследвания или 10,44% от средства за клиничко - лабораторни изследвания.

За Гликиран хемоглобин през 2017 г. са изплатени 3 835 хил. лв., за 415 хил. бр. изследвания или 9,15% от средства за клиничко-лабораторни изследвания (*Приложение МДД, Таблица 11*).

Разходът за PSA през 2017 г. представлява 7,89% от клиничко-лабораторни изследвания или в размер на 3 307 хил. лв. за 273 хил. бр. извършена дейност (*Приложение МДД, Таблица 11*).

За изследване „LDL – холестерол“ през годината са изплатени 1 749 хил. лв. за 1 122 хил. бр. изследвания или 4,17% от средства за клиничко-лабораторни изследвания (*Приложение МДД, Таблица 11*).

Средномесечният брой изследвания TSH и PSA на 1 000 ЗОЛ за страната по месец на извършване на дейности през 2016 г. е 8,82 бр., а през 2017 г. е 9,70 бр. Този показател е най - висок в РЗОК София град – 16,75 бр., РЗОК Пловдив – 13,34 бр., РЗОК Велико Търново – 12,71 бр., а най - нисък в РЗОК София област – 1,84 бр., РЗОК Пазарджик – 4,42 бр. и РЗОК Кюстендил – 4,45 бр. (*Приложение МДД, Таблица 29*).

Образна диагностика

Средномесечният разход за образна диагностика за дейността през 2017 г. възлиза на 2 437 хил. лв. за 134 хил. бр. изследвания (*Приложение МДД, Таблица 15*).

Средномесечният брой изследвания по пакет образна диагностика (вкл. ВСМДИ) на 100 ЗОЛ по месец на дейност за 2016 г. е 2,13 бр., а през 2017 г. е 2,23 бр. Този показател през 2017 г. е най - висок в РЗОК Велико Търново – 2,99 бр., РЗОК Плевен – 2,86 бр., а най - нисък в РЗОК Силистра – 1,20 бр., РЗОК Ловеч и РЗОК Разград – 1,73 броя (*Приложение МДД, Таблица 33*).

Средномесечният разход по месец на дейност по пакет „Образна диагностика“ (вкл. ВСМДИ) на 100 ЗОЛ за 2017 г. е 40,70 лв., докато през 2016 г. е 38,73 лв. Най - висока стойност по този показател за 2017 г. отчита РЗОК Плевен – 60,77 лв., РЗОК Русе – 54,59 лв. и РЗОК Варна – 52,12 лв., а най - нисък този показател е в РЗОК Силистра – 18,56 лв., РЗОК Разград – 21,24 лв. и РЗОК Ловеч – 24,43 лв. (*Приложение МДД, Таблица 34*).

От общо изплатените средства за дейност през 2017 г. за изследвания – образна диагностика най - голям е дялът за Ядрено - магнитен резонанс – 6 675 хил. лв. или 22,82% за 29,6 хил. бр. изследвания (*Приложение МДД, Таблица 15*).

Средномесечният брой на Ядрено - магнитен резонанс извършени по месец на дейност на 100 ЗОЛ през 2017 г. възлиза на 0,04 броя. Този показател е най - висок в РЗОК София град – 0,10 бр., РЗОК Плевен – 0,08 бр. и РЗОК Варна – 0,07 броя. Изследването не се извършва на територията на 9 РЗОК (*Приложение МДД, Таблица 35*).

За Рентгенография на гръден кош и бял дроб за дейността през 2017 г. са заплатени 5 247 хил. лв. за 381 хил. бр. или 17,94% от средства за образна диагностика (*Приложение МДД, Таблица 15*).

Средномесечният брой рентгенографии на гръден кош и бял дроб за месец на дейност на 1 000 ЗОЛ през 2017 г. възлиза на 5,30 броя. Този показател е най - висок в РЗОК Сливен – 8,58 бр., РЗОК В.Търново – 7,60 бр., и РЗОК Пазарджик – 6,59 бр., а най - нисък в РЗОК Пловдив – 4,16 бр., РЗОК Кърджали – 4,20 бр.и РЗОК София град – 4,44 бр., и (*Приложение МДД, Таблица 35*).

Клинико - микробиологични изследвания

Средномесечният разход за клинико - микробиологични изследвания за 2017 г. възлиза на 341 хил. лв. за 50 хил. бр. изследвания, докато през 2016 г. е 319 хил. лв. (*Приложение МДД, Таблицы 39 и Таблицы 40*).

Средномесечният брой изследвания по пакет клинична микробиология на 100 ЗОЛ за 2017 г. е 0,84 бр., а през 2016 г. е 0,80 броя. Този показател е най - висок в РЗОК София град - 1,81 бр., РЗОК Сливен – 1,12 бр. и РЗОК В.Търново – 1,08 бр., а най - нисък в РЗОК Кърджали – 0,12 бр., РЗОК Перник– 0,20 бр. и РЗОК Монтана – 0,21 броя (*Приложение МДД, Таблица 39*).

Средномесечният разход по пакет клинична микробиология на 100 ЗОЛ за 2017 г. е 5,69 лв., а през 2016 г. - 5,26 лв. Най - голям разход по месец на дейност е отчетен в РЗОК София град – 12,06 лв., РЗОК Сливен – 7,42 лв. и РЗОК Велико Търново – 7,41 лв., а най - нисък в РЗОК Кърджали – 0,78 лв., РЗОК Монтана – 1,28 лв. и РЗОК Перник – 1,37 лв. (*Приложение МДД, Таблица 40*).

Средномесечно за клинико-микробиологични изследвания за периода на дейност м.януари – м.декември 2017 г. 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. – 23,12% от средства за клинично-микробиологични изследвания или 79 хил. лв. за 9 хил. бр. изследвания (*Приложение МДД, Таблица.12*).

Средномесечно през 2017 г. 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 73,2 хил. лв. за 9 хил. бр. изследвания или 21,5% от средства за клинично-микробиологични изследвания (*Приложение МДД, Таблица 12*).

Средномесечно за изследване на урина за урокултура E.coli, Proteus, Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам (-), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus) за периода на дейност м.януари – м.декември 2017 г. са изплатени 59 хил. лв. за 10 хил. бр. или 17,4% от средства за клинично-микробиологични изследвания (*Приложение МДД, Таблица 12*).

Изпълнение на чл.3, ал.1, т.1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г. за дейности в регулация.

Съгласно на чл.3, ал.1, т.1 от Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г. НЗОК утвърждава на всяка РЗОК, за всяко тримесечие към договорите с изпълнителите на ПИМП и на изпълнителите на СИМП стойност на назначаваните медико-диагностични дейности (МДД), в съответствие със стойностите определени по ЗБНЗОК за здравноосигурителни плащания за МДД от пакета по чл.2, ал.1 от Закона за здравното осигуряване.

Разпределението на възложените стойности за МДД по тримесечия и компоненти в съответствие с Правилата по чл.3 от ЗБНЗОК през отчетната 2017 г. в съпоставка с 2016 г. е представено в Таблица 53 (*Приложение МДД, Таблица 53*)

Стойност за МДД назначаване с бл. МЗ-НЗОК №4 Направление за медико-диагностична дейност

През 2017 г. е разпределена стойност за МДД в съответствие с Правилата средномесечно в размер на 7 061, 9 хил. лв. (за 2016 г. – 6 891,1 хил. лв.) или със 2,5% повече от предходната година.

През 2017 г. делът на МДД за ПИМП е 58,01%. Средномесечната стойност на МДД през 2016 г. възлиза на 3 928,44 хил. лв., през 2017 г. – 4 117,6 хил. лв.

На изпълнителите на СИМП през 2017 г. са определени 41,7% от стойността на МДД.

Определените в регулация стойности през 2017 г. за МДД на диспансеризирани лица съставляват 23,4% от общата стойност (през 2016 г. – 24,6%) за МДД. Стойностите през 2017 г., както и през предходната година се изчисляват на база най-високата честота на съответната МДД, което не позволява дублиране на дейности. Наблюдава се увеличение на определените стойности (от 3 658,7 хил. лв. на 3 901,7 хил. лв. – сравнено I-во и IV-то тримесечие на 2017 г.) за ДЗОЛ при изпълнители на ПИМП и намаление (от 1 442, хил. лв. на 1 045,7 хил. лв. – сравнено I-во и IV-то тримесечие на 2017 г.) на стойностите за ДЗОЛ диспансеризирани при изпълнители на СИМП. Това се дължи на включените в регистъра за диспансерните лица като наблюдаващ диспансерното наблюдение от изпълнител на ПИМП и много по-малко от изпълнители на СИМП, съгласно нормативната уредба.

Назначени, изпълнени и заплатени стойности за МДД

От разпределените от НЗОК на РЗОК 84 742 667 лв. за МДД за дейностите в регулация, включващи и стойностите за ЯМР, назначени изпълнени и заплатени са 78 018 093 лв., с което се отчита 92% (91% - 2016 г.) изпълнение за МДД назначавани с бланка МЗ-НЗОК №4 Направление за медико-диагностични дейности (*Приложение МДД, Таблица 54*). Усвояването на средствата за медико-диагностични дейности през 2017 г. общо при изпълнителите на ПИМП и СИМП бележи увеличение средно 4% от 18 731,7 хил. лв. средно за тримесечие през 2017 г. на 19 504,5 хил. лв. средно през 2016 г.

Изводи

□ Националната здравноосигурителна каса е планирала и закупила за здравноосигурените лица 21 159 хил. медико - диагностични изследвания през 2017 г. (за периода м.януари – м.декември 2017 г. по месец на извършване на дейността) по повод остри случаи, профилактика или диспансеризация, които са с 577 хил. изследвания или 2,8% повече спрямо предходната 2016 година.

□ Със заплатените средства през 2017 г. на стойност 79 422 хил. лв., което е 2,3% от всички здравноосигурителни плащания, са закупени 21 224 хил. изследвания. Спрямо извършените плащания за МДД през предходната бюджетна година, през 2017 г. се отчита ръст с 5 006 хил. лв. или с 6,7%, като с тези средства са заплатени 892 хил. броя изследвания за периода декември 2016 г. – март 2017 г. и за периода април 2017 г. – ноември 2017 г., подлежащи на заплащане през 2017 г.

□ Действието на механизмите по регламентираните правила на НЗОК, както и правилата за определяне на броя и разпределението на направленията на базата на регионалните потребности (посредством определяне на прогнозна стойност на всеки изпълнител за МДД), създава предпоставки за ефективно потребление на средствата за здравноосигурителни плащания за медико-диагностични дейности и гарантира достъпа на ЗОЛ до медико-диагностични дейности в рамките на бюджетните средства.

□ Плащанията на НЗОК за изследванията извършени в клинична лаборатория заемат най - голям дял - 52,9% в структурата на плащанията за медико-диагностична дейност, следвани от образната диагностика – 37,1% и 5,2% за клинична микробиология. Голямото увеличение на заплатените средства в клиничната лаборатория от 2 662 хил лв. или 6,8% (спрямо 2016 г.) се дължи на увеличение в обема на отчетените изследвания от пакета, най - вече на изследванията с увеличение в цена: изследването „LDL – холестерол“ от 1,43 лв. на 1,60 лв. и „Химично изследване на урина с течни реактиви (рН, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв)“ от 0,80 лв. на 1,50 лв.;

□ Заплатените средства през 2017 г. за ВСМДИ са 26 916 хил. лв., което 34% от плащанията за медико - диагностична дейност (*Приложение МДД, Таблица 51*). Разходът за ВСМДИ се концентрира в големите градове, където се намират лечебните заведения с високо - технологични апаратури и оборудвания и концентрация на населението е висока.

□ Средномесечният брой медико - диагностични дейности на 100 ЗОЛ през 2017 г. е нараснал на 29,54 броя, спрямо отчетния период на 2016 г. (27,93 броя). Най - голям брой МДД на 100 ЗОЛ за 2017 г. са извършени в РЗОК София град – 38,04 броя, РЗОК Пловдив – 34,36 броя, и РЗОК Варна – 33,28 бр., а най - малък в РЗОК София област – 15,52 бр., РЗОК Кърджали – 18,19 бр. и РЗОК Пазарджик – 19,40 бр. (*Приложение МДД, Таблица 1*).

□ Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за МДД за страната, който през 2016 г. възлиза на 102,23 лв., докато през 2017 г. нараства на 110,53 лв. Този показател през 2017 г. има най - високи стойности в РЗОК София град – 154,44 лв., Плевен – 133,40 лв. и РЗОК Варна – 128,06 лв., а най - нисъки в РЗОК София област – 54,39 лв., РЗОК Силистра – 66,90 лв. и РЗОК Кюстендил – 70,78 лв. (*Приложение МДД, Таблица 6*).

□ Националната здравноосигурителна каса гарантира с бюджета си изпълнението на Наредба №8 от 2016 г. (Наредбата № 39 от 2004 г.) на Министерство на здравеопазването за профилактичните прегледи и диспансеризация, като осигурява превенция на заболяванията и

по-висок достъпът на диспансеризирани ЗОЛ до изследвания, заплатени от бюджета на НЗОК, което е предпоставка за по-добра грижа за здравето на пациентите с хронични заболявания.

□ С така определените средства за МДД през 2017 г. са обезпечени дейностите по профилактиката и диспансерното наблюдение, като се има предвид, групите от населението, които се нуждаят от специални грижи.

□ Намалението на определените дейности на изпълнители на СИМП за диспансерно наблюдение на ЗОЛ през 2017 г., спрямо 2016 г. се дължи на промяна в нормативната уредба, съгласно която – В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ. Преди тази промяна, пациентът имаше право да избира, при кой да бъде диспансеризиран, ОПЛ или лекар-специалист.

□ Възложените стойности за МДД през 2017 г. гарантират достъпа на задължително здравноосигурени лица (ЗОЛ) до медико - диагностични дейности в рамките на определените бюджетни средства целогодишно.

3.5. Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, в т.ч.:

3.5.1. Здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, са в размер на 573 006 хил. лв. С решения на НС на НЗОК тези средства бяха увеличени общо със 124 680,3 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение със 120 140 хил. лв. за сметка на средствата от резерва на НЗОК,
- увеличение с 5 255,9 хил. лв. от преизпълнението на приходите, на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.
- намаление с 553,5 хил. лв. по реда на чл. 115 от ЗПФ и
- намаление със 162 хил. лв. с утвърдени вътрешно-компенсирани промени от

Управителя на НЗОК, съгласно решение на НС на НЗОК.

В резултат на увеличението годишният план на здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната за 2017 г. възлиза на 697 686,3 хил. лв.

Общата стойност на отчетения разход към 31.12.2017 г. е в размер на 697 686,3 хил. лв., което представлява 19,9% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания и 100,0% от заложените в годишен план за 2017 г. От изплатените 697 686,3 хил. лв. 28 919 хил. лв. са отложени плащания от 2016 г. за заплащане на средства за период 01 - 15.11.2016 г. Спрямо извършения към 31.12.2016 г. разход се отчита ръст с 82 242,6 хил. лв. (в т.ч. изплатените 28 919 хил. лв. отложени плащания от 2016 г.) или с 13,4%.

Извършените от НЗОК през 2017 г. здравноосигурителни плащания по договори по чл.45, ал.15 от ЗЗО с притежателите на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти (аптеки), за предоставени на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, са в размер на 829 408,5 хил. лв. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст със 128 039,9 хил. лв. или с 18,3%.

Съгласно чл. 45, ал. 10 от ЗЗО, за лекарствени продукти (ЛП), за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват ЛП на други притежатели на разрешение за употреба (ПРУ), както и за тези с ново международно непатентно наименование, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС, по чл. 262, ал. 6, т. 1 от ЗЛПХМ (Приложение 1 на ПЛС - предоставяни от аптеки), НЗОК и ПРУ ежегодно провеждат задължително централизирано договаряне на отстъпки при условия, по ред и по критерии, определени в Наредба 10 от 2009 г. Съгласно § 17 от ПЗР на Наредба 10 от 2009 г., НЗОК спира да заплаща за ЛП по чл. 45, ал. 10 от ЗЗО, за които не са договорени отстъпки. Отстъпката по чл. 21, ал. 1, т. 1 от Наредба 10 от 2009 г. под формата на възстановяване на разходи (компенсация) следва да е в общ размер на не по-малко от 10 на сто от разходите на НЗОК за съответно тримесечие за ЛП по чл. 45, ал. 10 от ЗЗО на един ПРУ, разпределена изцяло в полза на НЗОК. Съгласно чл. 23б от Наредба 10/2009 г., договорената отстъпка се предоставя след приключване на всяко тримесечие от ПРУ чрез директно плащане на НЗОК след подписване на протокол придружен със справка за количествата от лекарствените продукти, заплатени от НЗОК през съответния период, предоставен от НЗОК в 30 –дневен срок от изтичане на отчетния период. Съгласно сключените договори с ПРУ за 2016 и 2017 г. за четвъртото тримесечие на годината отстъпките се възстановяват авансово заедно с отстъпките за 3 –т о тримесечие на база прогнозна стойност. След изтичане на четвъртото тримесечие на годината, НЗОК изготвя справка за количествата от лекарствените продукти, заплатени от НЗОК през съответния период, изравнителните суми се заплащат, заедно със сумите за първо тримесечие на следващата година.

В *Приложение Лекарства, Таблица 6* са представени показатели, свързани с изпълнението на Раздел "Условия, критерии и ред за провеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 1 и 2 от ЗЛПХМ" на Наредба № 10 от 2009 г., за 2016 г. и 2017 г.

Общата стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО, предоставени на ЗОЛ през 2017 г., е 526 684,7 хил. лв., което е със 115 128,2 хил. лв. или с 28% повече спрямо 2016 г. Общата стойност на ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО, предоставени от аптеките през 2017 г., представлява 62,9% от общата стойност на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, заплащани на аптеките, спрямо 56,5% през 2016 г.

Общата стойност на дължимите за тези разходи отстъпки по сключените договори с ПРУ по реда на Наредба № 10 от 2009 г., е 125 307,2 хил. лв. или в размер на 23,8% от разходите за ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО. Общата стойност на дължимите през 2017 г. отстъпки е нараснала с 64 867,6 хил. лв. и със 107,3% спрямо тази за 2016 г.

След приспадане на дължимите отстъпки нетната обща стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО възлиза на 401 377,5 хил. лв., което е с 50 260,6 хил. лв. или с 14,3% повече спрямо 2016 г.

Постъпилите през 2017 г. отстъпки за ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО, по реда на чл.21, ал.1, т.1 от Наредба №10 от 2009 г., съгласно сключените договори с ПРУ, са в размер на 131 722,2 хил. лв., което е със 72 177 хил. лв. или със 121,2% повече спрямо 2016 г. Съгласно §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. постъпилите отстъпки са отчетени в намаление на извършените от НЗОК здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната.

Тези средства са осигурили финансов ресурс за заплащане на предоставени от аптеките лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната за 3,79% от заплатените общо 24 отчетни периода. За сравнение възстановените от ПРУ разходи на НЗОК за отпуснати лекарствени продукти за 2016 г. са на стойност 85 924,8 хил. лв. и са осигурили финансов ресурс за заплащане на 2,88% отчетни периода от общо заплатени 23,6 периода. В размера на възстановените през 2017 г. спрямо 2016 г. разходи се отчита увеличение в размер на 45 797,3 хил. лв.

От стойността на продуктите, предоставени на ЗОЛ, през подлежащите на заплащане през 2017 г. периоди, 85,79% от стойността на предоставените от аптеките продукти в периода 01 – 15.11.2017 г., в размер на 31 708 хил. лв., са отложени за заплащане през 2018 г., като през 2017 г. са заплатени и 89,23% от стойността на предоставените от аптеките продукти в периода 01 – 15.11.2016 г., отложени за заплащане през 2017 г., в размер на 28 919 хил. лв.

Извършените от НЗОК през бюджетната 2017 г. здравноосигурителни плащания по договори по чл. 45, ал. 15 от ЗЗО с притежателите на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти (аптеки), за предоставени на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията

на страната (ЛП), са в размер на 829 408,5 хил. лева. С тези средства са заплатени продукти за домашно лечение, предоставени от аптеките на ЗОЛ в периода 16.11.2016 г. - 31.10.2017 г., 89% от предоставените в периода 01 - 15.11.2016 г., подлежащи на плащане през 2016 г., но отложени за заплащане през 2017 г. на стойност 28 919 хил. лв. и 14% от предоставените в периода 01 - 15.11.2017 г. на стойност 5 254,0 хил. лв. или са заплатени 24,03 отчетни 15 - дневни периода. Останалите 86% от стойността на предоставените от аптеките продукти в периода 01 - 15.11.2017 г., възлизащи на 31 708,2 хил. лв., са отложени за заплащане през 2018 г.

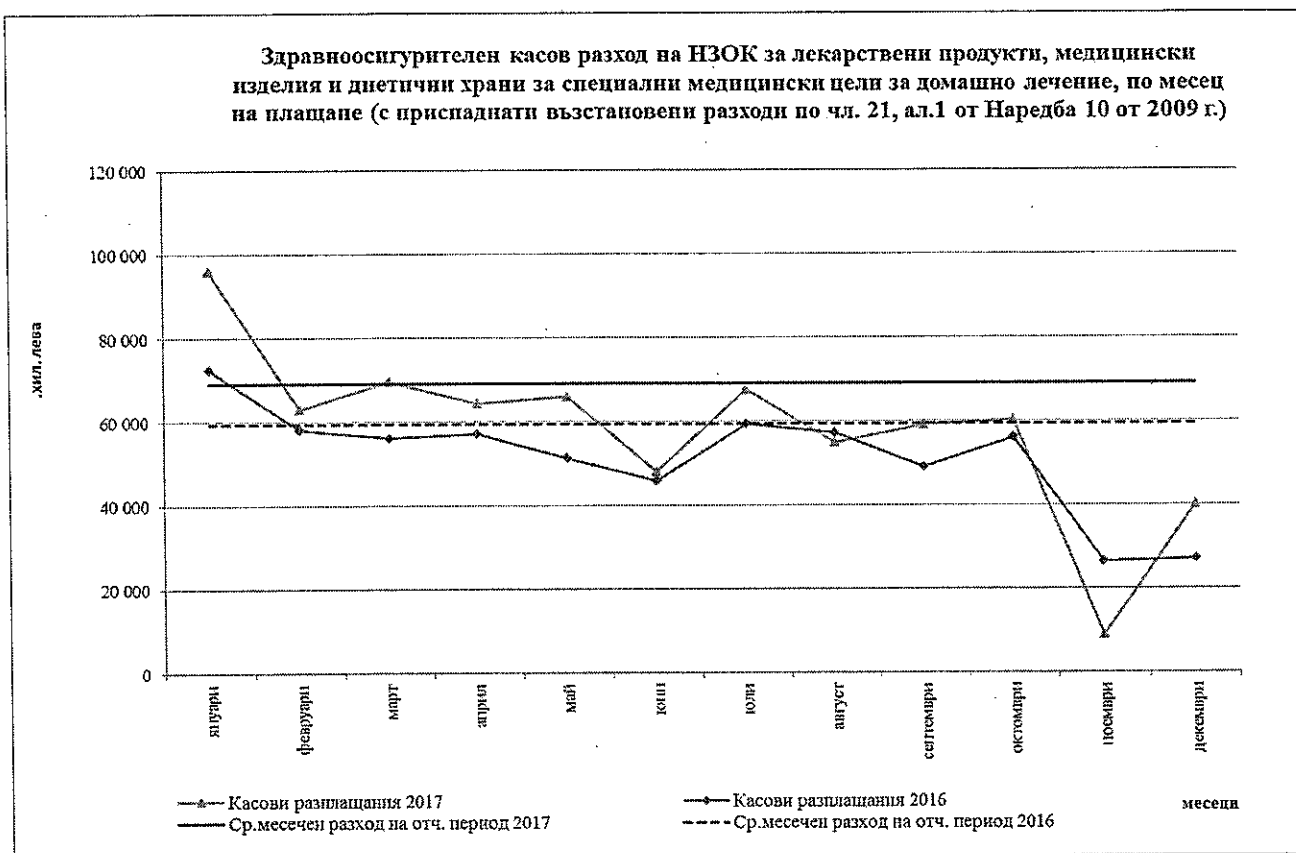
Извършените през бюджетната 2017 г. плащания за ЛП са със 128 039,9 хил. лв. или с 18,3% повече от изплатените през предходната 2016 г. 701 368,6 хил. лв., с които средства са заплатени ЛП, предоставени от аптеките на ЗОЛ в периода 16.11.2015 г. – 31.10.2016 г., 50% от предоставените в периода 01 - 15.11.2015 г. и 10% от предоставените в периода 01 - 15.11.2016 г., или за 23,6 отчетни 15 - дневни периода (*Приложение „Лекарства“, Таблица 5*).

Средната стойност на заплатените на аптеките през 2017 г. отчетни периоди е в размер на 34 709,8 хил. лв. (или 69 419,6 хил. лв. средно - месечно), което в сравнение със средната стойност на заплатените на аптеките през 2016 г. отчетни периоди, в размер на 29 875,3 хил. лв. (или 59 750,6 хил. лв. средно-месечно), представлява ръст с 16,2 % (*Приложение Лекарства, Таблица 4*).

Динамиката на реализираните от НЗОК месечни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение се определя от няколко фактора:

- сроковете за заплащане по договорите с аптеките;
- стойността на реализираното месечно потребление, отчетено от аптеките;
- възстановените от ПРУ средства от отстъпки по реда на §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.
- разполагаеми през периода средства за извършване на плащанията в зависимост от изпълнението на бюджета на НЗОК през бюджетната година.

Графика 1 илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход на НЗОК за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение през 2017 г. в сравнение с 2016 г. след приспадане на възстановените разходи по чл. 21, ал. 1 от Наредба 10 от 2009 г.



През 2017 г. ежемесячно на НЗОК са възстановявани от ПРУ извършени разходи за продукти за домашно лечение, което дава отражение в месечните касови разплащания. Най-големи суми са възстановени през месеците ноември – 58 308,7 хил. лв., юни – 20 599,8 хил. лв. и август – 14 961,3 хил. лв., което води до по-ниските касови разходи в тези месеци.

Причина за високата стойност през м. ноември е въвеждането на нова мярка, под формата на компенсация, в размер на 40% от ръста на лекарствените продукти по чл.20, ал. 1 от Наредба № 10 от 2009 г., осъществена с промяна в Наредбата от 07.11.2017 г. Отстъпката се дължи от ПРУ при условие, че общите разходи на НЗОК за лекарствени продукти имат ръст от над 3% за периода 07.11 - 31.12.2017 г. спрямо 07.11 - 31.12.2016 г. В изпълнение на параграф 10 от ПРЗ на Наредба № 10 до 31.12.2017 г. ПРУ възстановят 3 595,0 хил. лв. от общо 5 376,4 хил. лв.

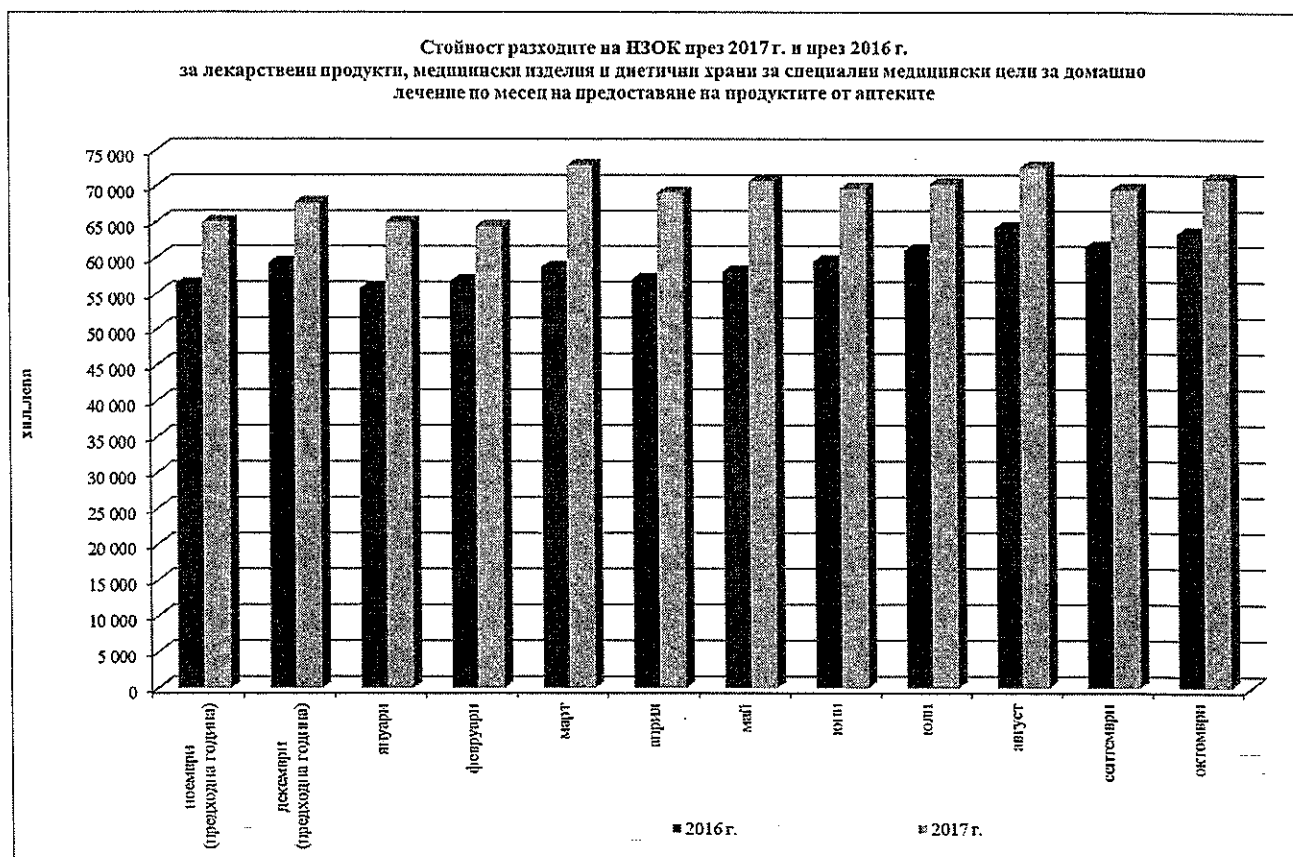
По - високият касов разход през януари 2017 г. се дължи на изплащане на отложените от 2016 г. 89% от стойността на предоставените от аптеките продукти в периода 01 - 15.11.2016 г., в размер на 28 919 хил. лв.

През м. декември касовият разход е нисък не поради възстановеният разход, който е на стойност 549,1 хил. лв., а поради частичното плащане на дължимите към аптеките суми.

За сравнение разходът през 2016 г. има относително същата динамика през отделните месеци – ниски през месеците ноември и юни, поради големи стойности на възстановените през съответните месеци суми по реда на чл. 21, ал. 1, т. 1 от Наредба № 10 от 2009 г., висок през месец януари, поради изплащане на неразплатени суми през предходната година и значително нисък през месец декември, поради изплащането на малък дял от подлежащите на плащане през съответната година отпуснати от аптеките лекарствени продукти.

Средномесечният касов разход за заплащане на лекарствените продукти през 2017 г., след приспадане на възстановените разходи по чл. 21, ал. 1, от Наредба № 10 от 2009 г., е в размер на 58 140,5 хил. лв. или с 6 853,5 хил. лв. (13,4%) по - висок от средномесечния разход през 2016 г. в размер на 51 287,0 хил. лв.

Графика 2 илюстрира съпоставката на стойността на разходите на НЗОК през 2017 г. и през 2016 г. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение по месец на предоставяне на продуктите от аптеките



Наблюдава се трайно увеличение на стойността на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, предоставени от аптеките на ЗОЛ. Основните причини за това увеличаване са:

- Нарастване на броя на пациентите с повече от едно заболявания в следствие на увеличаване продължителността на живот, което води до ръст в търсенето на лекарствена терапия.
- Увеличаване на броя диагнози, за които НЗОК заплаща напълно или частично лекарствени продукти за домашно лечение.
- Разширяването на достъпа на пациентите до иновативни лекарствени терапии с включването на нови Международни непатентни наименования (INN) в списъка с лекарствени продукти, предназначени за лечение на заболявания, които се заплащат по реда на Закона за здравното осигуряване (Приложение №1 на ПЛС).
- Непрекъснатите промени в номенклатурата и стойностите на заплащаните от НЗОК продукти, продиктувани от ежемесечните актуализации на Позитивния лекарствен списък, изготвени от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти съгласно Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти.
- Нарастване на броя на пациентите от почти всички редки заболявания, чието лечение е изключително скъпо струващо.

Броят на обхванатите се здравноосигурени лица към системата на НЗОК през периодите, подлежащи на плащане през 2017 г. (16.11.2016 г. – 15.11.2017 г.) е 1 530 786 срещу 1 534 790 през съпоставимите периоди на 2016 г. (16.11.2015 г. – 15.11.2016 г.) или се наблюдава намаление с 4 хил. души (0,3%).

В здравноосигурителните плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение освен заплащането за предоставените продукти, се включва и заплащане от 2 лв. за обработката от аптеките на всяка рецептурна бланка с лекарства, напълно заплащани от НЗОК съгласно чл. 8, ал. 5 от Наредба № 10 от 2009 г. За периодите, подлежащи на плащане през 2017 г. разходите на НЗОК по това плащане възлизат на 16 018,9 хил. лв. или 1,9% от общите разходи за лекарствени и медицински продукти, направени към аптеки. През 2016 г. тези плащания възлизат на 14 218,0 хил. лв. или 2,0% от съответните общи разходи. Разходите за обработка на рецептурни бланки през 2017 г. спрямо тези от 2016 г. се увеличават с 1 801,0 хил. лв. или с

12,7%. Средномесечният разход по този показател през 2017 г. (1 334,9 хил. лв.) е с 150,1 хил. лв. (12,7%) повече в сравнение с този през 2016 г. (1 184,8 хил. лв.) (*Приложение Лекарства, Таблица 4*).

Разходът на НЗОК за напълно платени лекарствени продукти за подлежащите на плащане през 2017 г. (от 16 - 30.11.2016 г. до 01 - 15.11.2017 г.) отчетни периоди възлиза на 505 792,1 хил. лв., което представлява 61,9% от сумата за всички ЛП (напълно и частично платени). Наблюдава се ръст от 23,2% спрямо сумите за напълно платени ЛП за подлежащите на плащане през 2016 г. (от 16 - 30.11.2016 г. до 01 - 15.11.2017 г.) отчетни периоди, възлизащи на 410 642,9 хил. лв.

Разпределение на разходите по анатомо-терапевтични групи

Продуктите, предоставени от аптеките на ЗОЛ през подлежащите на заплащане през 2017 г. периоди, са на обща стойност 817 015,8 хил. лв., което представлява увеличение с 114 226,7 хил. лв. или с 16,3% спрямо 2016 г. (*Приложение Лекарства, Таблица 2*).

Графика 3 илюстрира разпределение на разхода за 2017 г. за лекарствените продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение по анатомо-терапевтични групи.



Основната част 90,7% от разхода за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение за периодите, подлежащи за плащане през 2017 г. е по седем анатомо-терапевтични групи: група L – “Антинеопластични и имуномодулиращи средства” (за лечение на артрит, множествена склероза, онкологични заболявания и хепатит) – 157 371,2 хил. лв. или 18,9%; група A – “Храносмилателна система и метаболизъм” (основно за лечение на захарен диабет) – 145 312,1 хил. лв. или 17,4%; група J – „Антиинфекциозни средства за системно приложение“ (за лечение на хронични вирусни хепатити, фиброза и цироза на черния дроб) – 127 404,1 хил. лв. или 15,3%; група R – „Дихателна система” (основно за лечение на астма и хронична обструктивна белодробна болест) – 91 563,7 хил. лв. или 11,0%; група C – “Сърдечно - съдова система” (основно за лечение на хипертонии) – 81 962,9 хил. лв. или 9,8%; група B – „Кръв и кръвообразуващи органи“ – 77 673,3 хил. лв. или 9,3% и група N – „Нервна система” – 74 472,3 хил. лв. или 8,9%. И през периодите, подлежащи на заплащане през 2016 г. тези продукти са формирали основният дял от разхода, възлизащ на 89,8%, като съотношението между групите се запазва почти същото: група L – 20,6% или 147 401,7 хил. лв., група A – 19,8% или 142 102,0 хил. лв., група R – 12,7% или 91 410,4 хил. лв., група C – 11,0% или 78 840,8 хил. лв., група B – 9,6% или 68 606,7 хил. лв., група N – 9,5% или 68 143,8 хил. лв. и група J – 6,6% или 47 525,3 хил. лв.

Големият разход, генериран в група “L - “Антинеопластични и имуномодулиращи средства”, се дължи на големия брой пациенти, провеждащи скъпоструващо биологично лечение на артрити, псориазис и Болест на Крон и улцерозен колит; големия брой лекарствени продукти в Приложение 1 на ПЛС за тяхното лечение; преминаване от един на друг продукт при неуспех от предходното лечение (като се наблюдава тенденция за преминаване към лекарствени продукти с по-висока стойност на терапевтичен курс); постоянен ръст на нови пациенти.

Високият дял от разходите през 2017 г. на група C – „Сърдечно-съдова система”, се дължи на непрекъснато нарастващия брой болни при диагноза I11 – Хипертонична болест на сърцето, на промяна в нивото на заплащане на 100% на заплащане на лекарствените моно-продукти от 01 януари 2017 г. при I10 - Есенциална хипертония, както и на нови INN.

Впечатление прави увеличеният дял на група J в разходите през 2017 г. спрямо 2016 г. – 15,3% спрямо 6,6%. Това увеличение се дължи на включените през 2016 г. нови INN, покриващи революционната безинтерферонова терапия за лечение на хепатит C.

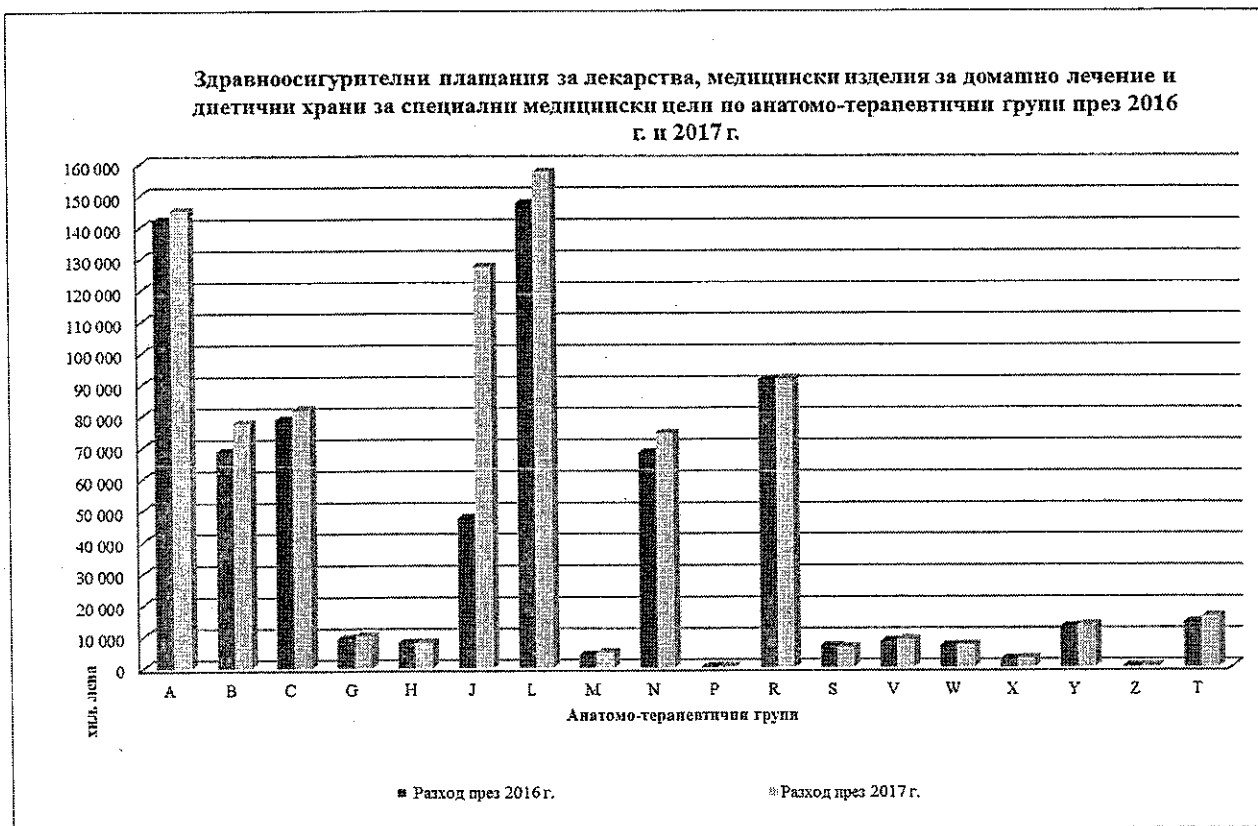
Общо в 14 анатомо - терапевтични групи се наблюдава увеличение на разходите на НЗОК през 2017 г. спрямо 2016 г. Основно ръстът се дължи на продуктите от група J – “Антиинфекциозни средства за системно приложение” – увеличение в стойността с 79 878,8 хил. лв. или със 168,1% в следствие на включването в списъка на нови лекарствени молекули (INN) за безинтерфероново лечение на хепатит С, група M – „Мускулно - скелетна система“ – увеличение в стойността с 724,0 хил. лв. или със 18,2% поради по - големия брой пациенти с остеопороза, обърнали се към НЗОК и група B – „Кръв и кръвообразуващи органи“ - увеличение в стойността с 9 066,5 хил. лв. или със 13,2%, което се дължи на увеличеният относителен дял на пациенти с диагноза I48 – „Предсърдно мъждене и трептене“, които са на терапия с нови перорални антикоагуланти.

Значителен ръст в изразходваните средства през подлежащите на плащане през 2017 г. периоди спрямо съответните през 2016 г. се наблюдава при следните анатомо-терапевтични групи: N – „Нервна система“ – с 9,3% или 6 328,5 хил. лв., G – „Пикочо-полова система“ – с 9,0% или 833,6 хил. лв., V – „Разни“ – с 8,3% или 685,1 хил. лв., L – “Антинеопластични и имуномодулиращи лекарствени продукти” – с 6,8% или 9 969,5 хил. лв., група Z – “Незалепващи превръзки” – с 6,2% или 14,1 хил. лв.

Разходите на НЗОК за лекарства, медицински изделия и диетични храни за 12 - месечните съпоставими периоди през 2017 г. и 2016 г. бележат намаление само в 3 анатомо-терапевтични групи в общ размер на – 511,4 хил. лв., а именно: P – „Антипаразитни продукти, инсектициди и репеленти“ – с 28,4% намаление или 20,0 хил. лв., S – „Сензорни органи“ – намаление с 5,8% или 394,3 хил. лв., H - „Хормонални лекарствени продукти за системно приложение с изключение на половите хормони“ – намаление с 1,2% или 97,0 хил. лв. (*Приложение Лекарства, Таблица 2*).

Средномесечните разходи на НЗОК за лекарства по анатомотерапевтични групи през 2017 г. (69 419,6 хил. лв.) са с 9 669,0 хил. лв. или 16,2% повече в сравнение със средномесечните разходи, направени през 2016 г. (59 750,6 хил. лв.). Структурата на средномесечните разходи отразява структурата на общите разходи.

Графика 4 представя сравнение на разхода за лекарствените продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, подлежащи на плащане през 2017 г. и 2016 г. по анатомо-терапевтични групи.



През 2017 г. се разширява достъпът на ЗОЛ до нови иновативни лекарствени терапии с включването на нови Международни непатентни наименования (INN) в списъка с лекарствени продукти за домашно лечение (Приложение № 1 на ПЛС). През 2017 г. броят на новите INN в Приложение № 1 на ПЛС е 7, в групи: А – “Храносмилателна система и метаболизъм”, С – “Сърдечно-съдова система”, J „Антиинфекциозни лекарствени продукти за системно приложение“, L – “Антинеопластични и имуномодулиращи лекарствени продукти” и R „Дихателна система“. За сравнение през 2016 г. в списъка с лекарствени продукти за домашно лечение са включени 16 нови INN. Установено е, че през втората година от включването на ЛП разходите са значително по-големи в сравнение с първата.

И през 2017 г. от осигурените лица, получавали частично или напълно платени от НЗОК лекарства (1 530,8 хил. ЗОЛ), най - голям процент са получили лекарства от група С – “Сърдечно - съдова система” – 1 274,0 хил. ЗОЛ или 83,2%, група А – “Храносмилателна система и метаболизъм” – 387,1 хил. ЗОЛ или 25,3% и група N – „Нервна система” – 309,8 хил. ЗОЛ или 20,2%. Голяма част от ЗОЛ, получаващи частично или напълно платени от НЗОК лекарства, получават лекарства по повече от една анатомо-терапевтична група.

Най -висок относителен ръст се получава при отчитането на ЗОЛ, получавали лекарствени продукти от група V „Разни“ – увеличение на броя ЗОЛ с 90,6%, група M „Мускулно-скелетна система“ - увеличение на броя ЗОЛ с 7,9% спрямо 2016 г. и група B „Кръв и кръвообразуващи органи“ – увеличение на броя ЗОЛ с 7,6% спрямо 2016 г.

В група V „Разни“ са включени лекарствени продукти за лечение на бета таласемия, наследствена хемолитична анемия, конституционална апластична анемия, както и алергични продукти при астма. Режимът на предписване и отпускане на алергенни продукти за лечение на астма с преобладаващ алергичен компонент е облекчен от 16.08.201 г. от протокол IC на II група, в следствие на което се увеличава броят болни, обърнали се към системата.

Най-голямо намаление на броя ЗОЛ се отчита при група J „Антиинфекциозни лекарствени продукти за системно приложение“ – намаление на броя ЗОЛ с 40,0% спрямо 2016 г. в следствие на схемата на лечение на хепатит C – определен брой курсове, група H „Хормонални лекарствени продукти за системно приложение с изключение на половите хормони“ – с 17,6% спрямо 2016 г. (*Приложение Лекарства, Таблица 2*).

През 2017 г. най-висок среден разход на НЗОК на 1 ЗОЛ на месец потребление се отчита за лекарствените продукти от група J „Антиинфекциозни лекарствени продукти за системно приложение“ – 2 501,65 лв., група Z „Незалепващи превръзки“ – 1 258,39 лв. и група V „Разни“ – 833,41 лв. Най-нисък е средния разход на 1 ЗОЛ на месец потребление за лекарствените продукти от група P „Антипаразитни продукти, инсектициди и репеленти“ – 4,43 лв., C „Сърдечно-съдова система“ – 5,36 лв., група S „Сензорни органи“ – 6,21 лв. и група G „Пикочо-полова система“ – 7,37 лв. Най-висок ръст на среден разход на НЗОК на 1 ЗОЛ на месец потребление се отчита за лекарствените продукти от група J „Антиинфекциозни лекарствени продукти за системно приложение“ – с 346,8% спрямо 2016 г. и група H „Хормонални лекарствени продукти за системно приложение с изключение на половите хормони“ – с 19,9%, а най-нисък ръст – за лекарствените продукти от група V „Разни“ – с 43,2% и група P „Антипаразитни продукти, инсектициди и репеленти“ – с 18,7% (*Приложение Лекарства, Таблица 2*).

Разпределение на разходите по РЗОК

И през 2017 г. около половината (54,7%) от средствата, изплатени от НЗОК за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната се разходват в 7 области в страната, както следва: София град – 19,8%, Пловдив – 10,2%, Варна – 6,2%, Бургас – 5,2%, Благоевград –

4,9%, Стара Загора – 4,3%, и Плевен – 4,1%. Тази тенденция се запазва през годините. (Приложение Лекарства, Таблица 3)

Графика 5 илюстрира разхода за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели през 2017 г. и 2016 г. по РЗОК.



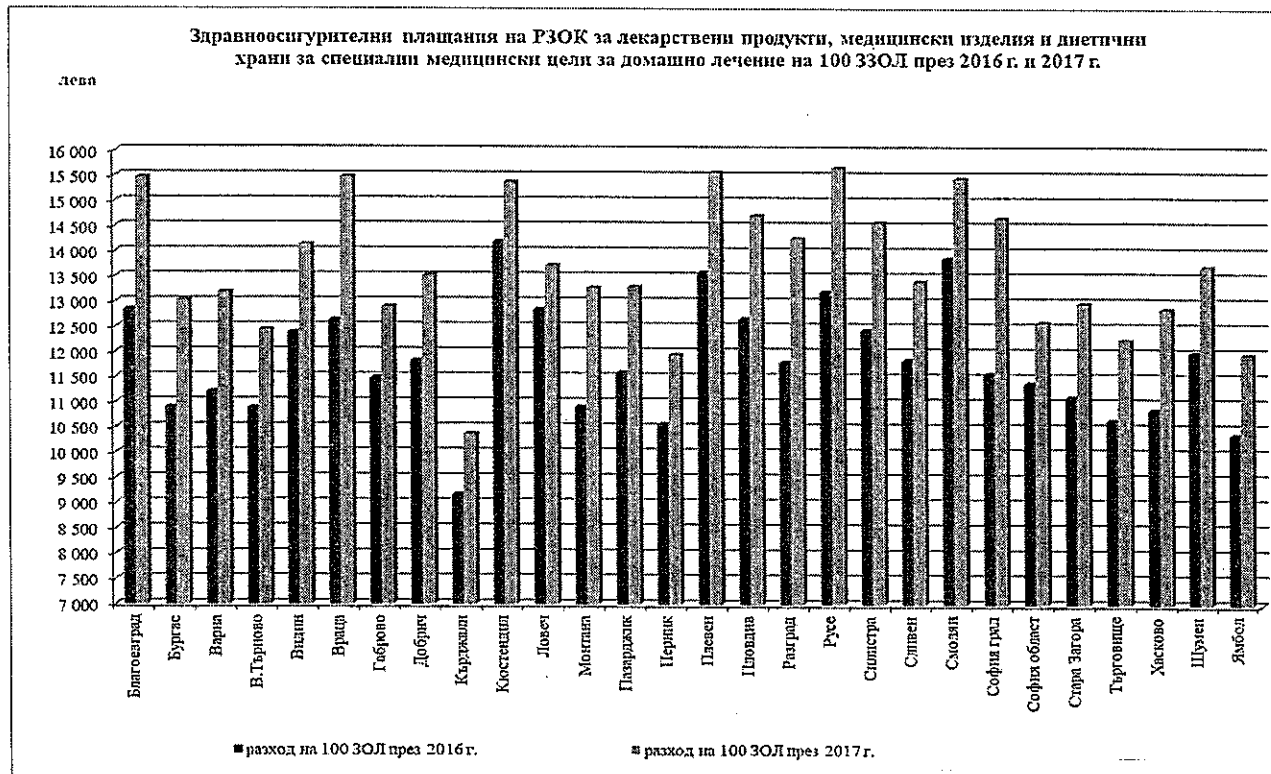
При общ ръст от 16,2% на разходите на НЗОК за лекарствените продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната през 2017 г. спрямо тези през 2016 г., относително най - голям ръст се отчита от РЗОК София град – 25,1%, РЗОК Враца – 20,4%, РЗОК Разград – 19,2%, РЗОК Благоевград – 18,7%, РЗОК Монтана – 18,6%, РЗОК Бургас – 18,2%. Най-малък е ръста в разходите в РЗОК Ловеч – 4,7%, РЗОК Кюстендил – 6,3%, РЗОК София област – 8,8%, РЗОК Смолян – 9,5% и РЗОК Габрово – 9,8%. Общо за отчетните периоди, подлежащи на плащане през 2017 г. няма РЗОК, при което да се наблюдава намаление на разхода за лекарствени продукти спрямо съпоставимите периоди през 2016 г.

Средномесечният разход - 69 419,6 хил. лв. през 2017 г. е увеличен с 9 669,0 хил лв. или 16,2% спрямо средномесечния 59 750,6 хил. лв. през 2016 г.

Средният разход на НЗОК за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на 100 ЗОЛ през 2017 г. възлиза на 13 912 лв., което е с 2 110 лв. или с 17,9% повече от 2016 г. Най - висок ръст на разходите на 100 ЗОЛ се отчита от РЗОК София град – с 26,7% спрямо 2016 г., РЗОК Враца – 22,5%, РЗОК Монтана – 21,6%, РЗОК Разград – с 20,9% и РЗОК Благоевград – 20,5% (*Приложение Лекарства, Таблица 3*).

През 2017 г., най -висок разход на 100 ЗОЛ се отчита от РЗОК Русе – 15 668 лв., РЗОК Плевен – 15 579 лв., РЗОК Враца – 15 477 лв., РЗОК Благоевград – 15 471 лв., РЗОК Смолян – 15 451 лв. и РЗОК Кюстендил – 15 382 лв.. С изключение на РЗОК Благоевград и РЗОК Враца, останалите области са сред отчитащите най - висок разход на 100 ЗОЛ и през предходната година. Най - нисък разход на 100 ЗОЛ през 2017 г. реализират РЗОК Кърджали – 10 374 лв., РЗОК Перник – 11 951 лв., РЗОК Ямбол – 11 966 лв.

Графика 6 показва разхода по РЗОК за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на 100 ЗОЛ през 2017 г. и през 2016 г.



Изводи:

□ През 2017 г. отчетените разходи на НЗОК за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната са в размер 697 686,3 хил. лв. или 19,9% от всички здравноосигурителни плащания, които включват: плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната в размер на 829 408,5 хил. лв., с които са изплатени лекарства, предоставени от аптеките на ЗОЛ в периода от 16.11.2016 г. до 31.10.2017 г., 90% от предоставените в периода 01 - 15.11.2016 г., подлежащи на плащане през 2016 г. но отложени за заплащане през 2017 г. на стойност 28 919 хил. лв. и 14% от предоставените в периода 01 - 15.11.2017 г. Останалите 86% от стойността на предоставените от аптеките продукти в периода 01 - 15.11.2017 г., възлизащи на 31 708,2 хил. лв., са отложени за заплащане през 2018 г. В отчетения разход се включват и сумите от възстановените пряко от притежателите на разрешения за употреба отстъпки по чл. 21, ал. 1, т. 1 и т. 2 на Наредба № 10 от 2009 г., договорени на основание чл. 45, ал. 10 от ЗЗО, в размер на 131 722,2 хил. лв., постъпили по сметка на НЗОК до 31.12.2017 г., съгласно §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

□ Заплатените през годината периоди на предоставяне на лекарствените продукти са съгласно сроковете в Наредба № 10 от 2009 г. на министъра на здравеопазването за заплащането от НЗОК към договорните партньори (аптеки) на предоставените на ЗОЛ за домашно лечение лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

□ Средномесечният разход за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на подлежащите за плащане през 2017 г. на аптеките периоди е в размер на 69 419,6 хил. лв. или с 9 669,0 хил. лв. (16,2%) по-висок от средномесечния разход на подлежащите на плащане през 2016 г. периоди в размер на 59 750,6 хил. лв.

□ Ръстът на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение се дължи на: непрекъснатите промени в номенклатурата и стойностите на лекарствените продукти,

включени в Позитивния лекарствения списък, заплащан от НЗОК; разширяване на обхвата на прилаганата терапия; увеличаване на броя на болните с едно и повече заболявания, за чието домашно лечение НЗОК заплаща, което е пряко свързано с тенденциите на застаряване на населението и нарастване на дела на ЗОЛ над 65 години; увеличаване на броят на болните с редки заболявания, обърнали се към системата, в резултат на научния прогрес и увеличените възможности на диагностиката, демографските и др. процеси.

3.5.2. Лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ (ЛП), които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, са в размер на 225 565,6 хил. лв. С решения на НС на НЗОК тези средства бяха увеличени общо с 62 573,8 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение с 62 098 хил. лв. за сметка на намалението на средствата от резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи,
- увеличение с 553,5 хил. лв. по реда на чл. 115 от ЗПФ и
- намаление със 77,8 хил. лв. с утвърдени вътрешно-компенсирани промени от Управителя на НЗОК, съгласно решение на НС на НЗОК.

В резултат на увеличението годишният план на здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги за 2017 г. възлиза на 288 139,4 хил. лв. (в т.ч. 6 631,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Общата стойност на отчетения разход към 31.12.2017 г. е в размер на 288 139,4 хил. лв. (в т.ч. 6 631,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 8,2% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания и 100,0% от заложените в годишен план за 2017 г. средства. Спрямо извършения към 31.12.2016 г. разход се отчита намаление с 1 595,1 хил. лв. или с 0,6%.

Съгласно чл. 45, ал. 19 от ЗЗО, за ЛП, за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват ЛП на други ПРУ, както и за тези с ново международно непатентно наименование, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС, по чл. 262, ал. 6, т. 2 от ЗЛПХМ (Приложение 2 на ПЛС - за лечение на онкологични заболявания в БМП), НЗОК и ПРУ ежегодно провеждат задължително централизирано договаряне на отстъпки при условия, по ред и по критерии, определени в Наредба 10 от 2009 г. Съгласно § 17 от ПЗР на Наредба 10 от 2009 г., НЗОК спира да заплаща за ЛП по чл. 45, ал. 19 от ЗЗО, за които не са договорени отстъпки. Отстъпката по чл. 21, ал. 1, т. 1 от Наредба 10 от 2009 г. под формата на възстановяване на разходи (компенсация) следва

да е в общ размер на не по-малко от 10 на сто от разходите на НЗОК за съответно тримесечие за ЛП по чл. 45, ал. 19 от ЗЗО на един ПРУ, разпределена изцяло в полза на НЗОК.

Договорената отстъпка се предоставя след приключване на всяко тримесечие от ПРУ чрез директно плащане на НЗОК след подписване на протокол придружен със справка за количествата от лекарствените продукти, заплатени от НЗОК през съответния период, предоставен от НЗОК в 30-дневен срок от изтичане на отчетния период. Съгласно сключените договори с ПРУ за 2016 и 2017 г. за четвъртото тримесечие на годината отстъпките се възстановяват авансово заедно с отстъпките за 3 - то тримесечие на база прогнозна стойност. След изтичане на четвъртото тримесечие на годината, НЗОК изготвя справка за количествата от лекарствените продукти, заплатени от НЗОК през съответния период, изравнителните суми се заплащат, заедно със сумите за първо тримесечие на следващата година.

В *Приложение Лекарства в БМП, Таблица 6* са представени показатели, свързани с изпълнението на Раздел "Условия, критерии и ред за провеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 1 и 2 от ЗЛПХМ" на Наредба № 10 от 2009 г., за 2016 г. и 2017 г.

Общата стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО, предоставени на ЗОЛ през 2017 г., е 336 139,8 хил. лв., което е с 68 238,4 хил. лв. или с 25,5% повече спрямо 2016 г. Общата стойност на ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО, приложени от изпълнители на БМП през 2017 г., представлява 92,3% от общата стойност на лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, спрямо 90,7% през 2016 г.

Общата стойност на дължимите за тези разходи отстъпки по сключените договори с ПРУ по реда на Наредба № 10 от 2009 г., е 41 276,5 хил. лв. или в размер на 12,3% от разходите за ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО. Общата стойност на дължимите през 2017 г. отстъпки е нараснала с 14 500,6 хил. лв. и с 54,2% спрямо тази за 2016 г.

След приспадане на дължимите отстъпки нетната обща стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО възлиза на 294 863,3 хил. лв., което е с 53 737,8 хил. лв. или с 22,3% повече спрямо 2016 г.

Постъпилите през 2017 г. отстъпки за ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО, по реда на чл.21, ал.1, т.1 от Наредба №10 от 2009 г., съгласно сключените договори с ПРУ, са в размер на 39 551,4 хил. лв., което е с 13 171,8 хил. лв. или със 49,9% повече спрямо 2016 г. Съгласно §5

от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. постъпилите отстъпки са отчетени в намаление на извършените от НЗОК здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП.

Извършените от НЗОК през 2017 г. здравноосигурителни плащания по договори с изпълнители на болнична медицинска помощ (БМП), за приложени лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, са в размер на 327 690,8 хил. лв. (в т.ч. 6 631,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 37 956,3 хил. лв. или с 13,1%, което е в резултат на по-големия брой ЗОЛ, получили лекарства за лечение на злокачествените заболявания в условията на болнична медицинска помощ, както и на увеличението на дейностите, свързани с прилагане на ЛП, сключването на договор с ново ЛЗ и включване на нови продукти в позитивния лекарствен списък.

Ръстът на разходите за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП е представен на следваща графика:

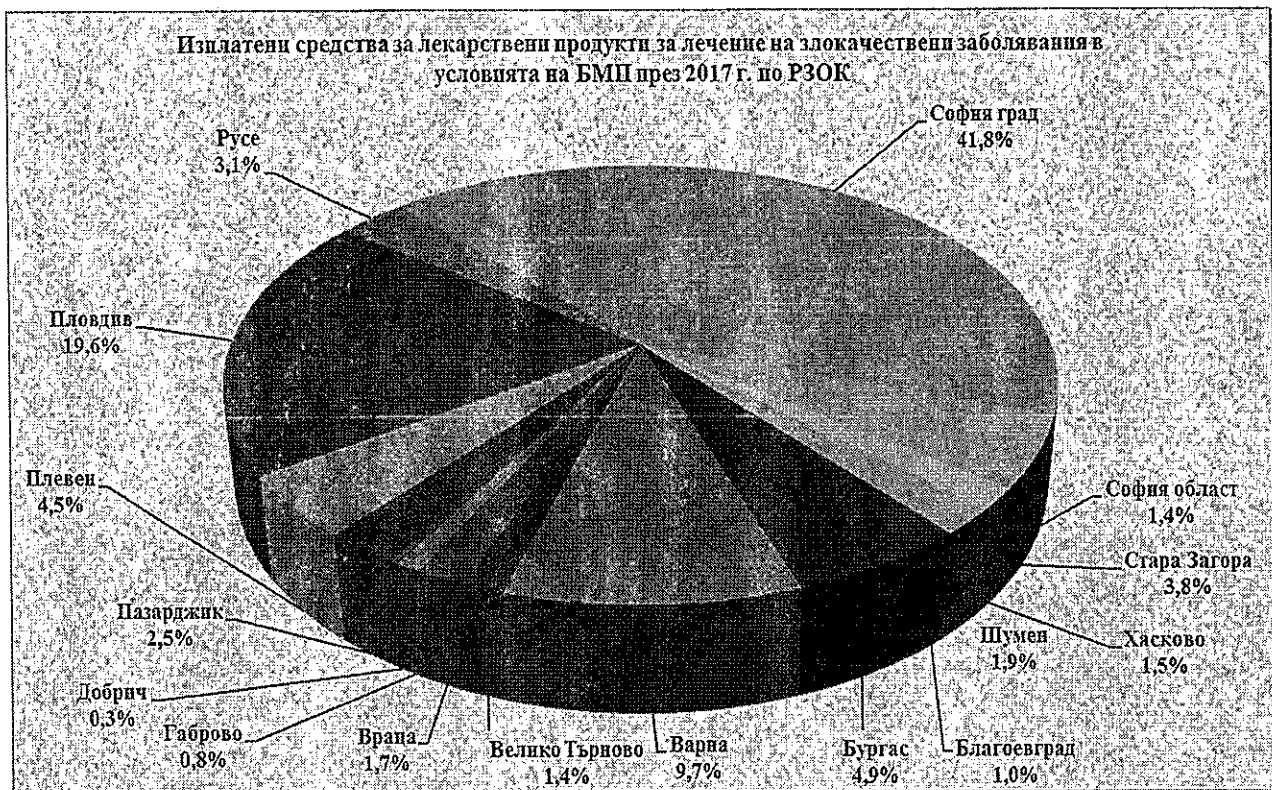


През 2017 г. със средствата за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, приложени в условията на БМП (ЛП) са заплатени отчетените от изпълнителите на БМП ЛП за периода м.декември 2016 г. – м.октомври 2017 г.

Средномесечната стойност на заплатените през 2017 г. лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП е в размер на 26 194 хил. лв., която в сравнение със средномесечната стойност на заплатените през 2016 г. лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП в размер на 24 145 хил. лв., бележи ръст с 8,5 % (*Приложение Лекарства в БМП, Таблица 2*).

На регионално ниво този вид дейност отчитат 16 РЗОК, колкото са и през предходната година, като най - много средства се отчитат в РЗОК София град – 137 034 хил. лв. или 41,8% от общо изплатените средства по този параграф. Следват: РЗОК Пловдив – 64 073 хил. лв. или 19,6%, РЗОК Варна – 31 884 хил. лв. или 9,7%.

Структурата на изплатените средства за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания по РЗОК през 2017 г. е представена на следваща графика:



На ниво лечебни заведения през 2017 г. дейност за лекарствени продукти отчитат общо 41 лечебни заведения спрямо 40 през 2016 г. Най - много средства отчита КОЦ Пловдив ЕООД, гр. Пловдив – 26 765 хил. лв. или 8,2% от всички изплатени средства по този параграф; следван от МБАЛ Света Марина ЕАД, гр. Варна – 22 298 хил. лв. или 6,8%; УМБАЛ Св. Георги, гр. Пловдив – 19 762 хил. лв. или 6,0%, МБАЛ СЕРДИКА ЕООД гр.София – 19 535 хил. лв. или 6,0%, СБАЛХЗ-ЕАД, гр. София – 18 250 хил. лв. или 5,6% и КОЦ - Бургас ЕООД – 16 088 хил. лв. или 4,9 % от всички извършени разходи (*Приложение Лекарства за БМП, Таблица 3*).

Най - висок ръст в стойността на разходите за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания за едно ЗОЛ в сравнение с предходната година бележат МБАЛ Света София ЕООД – с 9 009 лв. за 2017 г. спрямо – 558 лв. през 2016 г. или 1 514,2% повече, УМБАЛ Пълмед ООД гр.Пловдив– с 8 132 лв. за 2017 г. спрямо – 2 383 лв. през 2016 г. или 241,2%, МБАЛ-Уни Хоспитал ООД гр.Панагюрище – с 13 372 лв. за 2017 г. спрямо – 3 972 лв. през 2016 г. или 236,7%, МБАЛ Софиямед ООД гр.София – с 10 170 лв. за 2017 г. спрямо –

3 035 лв. през 2016 г. или 235,1%, и СБАЛ Йоан Павел ООД гр.София - с 5 730 лв. за 2017 г. спрямо – 2 256 лв. през 2016 г. или 154,0%

Ново лечебно заведение е МБАЛ Дева Мария ЕООД Бургас, което започва да отчита дейност през последния отчетен и заплатен за 2017 г. месец (октомври 2017 г.). Разходът е в размер на 3 715 лв. за една дейност, извършена на едно здравноосигурено лице.

Със заплатените средства за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги продукти, приложени от изпълнителите на БМП при клинични пътеки (КП) или амбулаторни процедури (АПр), е оказано лечение на 32 681 ЗОЛ по 190 620 дейности в периода м.декември 2016 г. – м.октомври 2017 г. През 2016 г. са заплатени приложените от изпълнителите на БМП лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания на 31 680 ЗОЛ по 186 915 дейности в периода м.декември 2015 г. – м.октомври 2016 г. През сравнимите десетмесечни периоди на 2017 г. спрямо 2016 г. броя на лекуваните пациенти е нараснал с 3,2 на сто, извършените дейности при лечението им с 2,0%, а изплатените средства на изпълнителите на БМП за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ с 24,2 на сто. Анализът на лекарствените продукти по международни непатентни наименования /INN/ показва, че основният дял в разходите на НЗОК за лекарствени продукти, прилагани при лечение на пациенти със злокачествени заболявания, се дължи на прилагане на терапия с нови, оригинални, скъпоструващи медикаменти.

Продуктите за лекарствена терапия на злокачествени заболявания, прилагани в болничната медицинска помощ, се определят от ПЛС – Приложение 2. Злокачествените заболявания (солидни тумори и онкохематологични заболявания) са посочени в Наредба 40/2004 г. за определяне на основния пакет от дейности заплащан от НЗОК. В сила от 01.04.2017 г. и съгласно НРД 2017 г. предписване и отпускане на лекарствените продукти, прилагани в болничната помощ и заплащани от НЗОК извън цената на клиничните пътеки и амбулаторните процедури лекарствените продукти, заплащани от НЗОК за онкологични заболявания са включени в „Списък на противотуморните лекарствени продукти за лечение по амбулаторни процедури: № 6 – „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания" и № 7 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки № 240, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250.1, 250.2, 251.1, 251.2, 252, 251.1 и 251.2 на

необходимите еритро- и гранулоцитните колонистимулиращи фактори и бифосфонати“ (Списъка).

Съгласно Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2016 г. и 2017 г. дейностите (амбулаторни процедури и клинични пътеки) за онкологични заболявания и свързаните с тях ЛП се заплащат на изпълнителите на БМП извън месечните стойности определяни на ЛЗ за БМП.

Запазва се тенденцията на разширяване на предлагането за ЗОЛ на лекарствена терапия при злокачествени заболявания по сключени договори за болнична медицинска помощ с НЗОК. През 2016 г. 40 лечебни заведения в 16 области са оказвали лекарствена терапия при злокачествени заболявания по сключени договори за болнична медицинска помощ с НЗОК. През 2017 г. по договор с НЗОК работят 41 лечебни заведения в 16 области, като нов договорен партньор на НЗОК за тези дейности е УМБАЛ Дева Мария ЕООД от м.05.2017 г. В *(Приложение Лекарства за БМП, Таблица 5)* към отчета е показана съпоставка по изпълнители на БМП на заплатените от НЗОК стойности и брой ЗОЛ, на които изпълнителите на БМП са приложили лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, през 2016 г. и 2017 г.

Изводи:

□ Извършените през 2017 г. плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ са в размер на 288 139 хил. лв., или 8,2% от всички здравноосигурителни плащания, като с тези средства са заплатени лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, приложени при дейност по клинични пътеки или клинични процедури по договори на изпълнителите на БМП, в периода декември 2016 г. – октомври 2017 г.

□ Лекарствена терапия при злокачествени заболявания се отчита от 41 лечебни заведения, изпълняващи болнична медицинска помощ, съгласно сключените договори в 16 РЗОК. Най - високи са плащанията за лекарствена терапия при злокачествени заболявания на РЗОК София град – 137 034 хил. лв. или 41,8% от всички изплатени средства, следват РЗОК Пловдив с 64 073 хил. лв. или 19,6% и РЗОК Варна – 31 884 хил. лв. или 9,7%.

□ Средномесечната стойност на заплатените през 2017 г. лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, в условията на БМП, е в размер на 26 194 хил. лв., което в сравнение със средномесечната стойност на заплатените през 2016 г. лекарствени

продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, в размер на 24 145 хил. лв., представлява ръст с 8,5%.

□ Налагане в медицинската практика на терапевтични подходи, включващи използването на иновативни лекарствени продукти за прицелна терапия, които дават по - добър терапевтичен отговор и оказват влияние върху продължителността и качеството на живот на пациентите.

□ Следствие на международно рефериране цените на лекарствените, включени в Приложение 2 на ПЛС, се намаляват, което от една страна води до намаляване на разходите на НЗОК, но от друга дава основание на Притежателите на разрешения за употреба да кандидатстват за изключване на продуктите от ПЛС;

□ Увеличението на разходите на НЗОК за лекарствени продукти, прилагани при лечение на относително еднакъв брой болни със злокачествени заболявания се дължи и на заличаване на продукти с по-ниски цени и включването на нови със значително по-високи цени.

3.6. Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ (МИ) са в размер на 80 000 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата са увеличени общо с 18 145,2 хил. в., в т.ч.:

- увеличение с 18 420 хил. лв. за сметка на намаление на средствата от резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи и
- намаление с 274 хил. лв., по реда на чл. 115 от ЗПФ и
- намаление 0,9 хил. лв. с утвърдени вътрешно-компенсирани промени от Управителя на НЗОК, съгласно решение на НС на НЗОК.

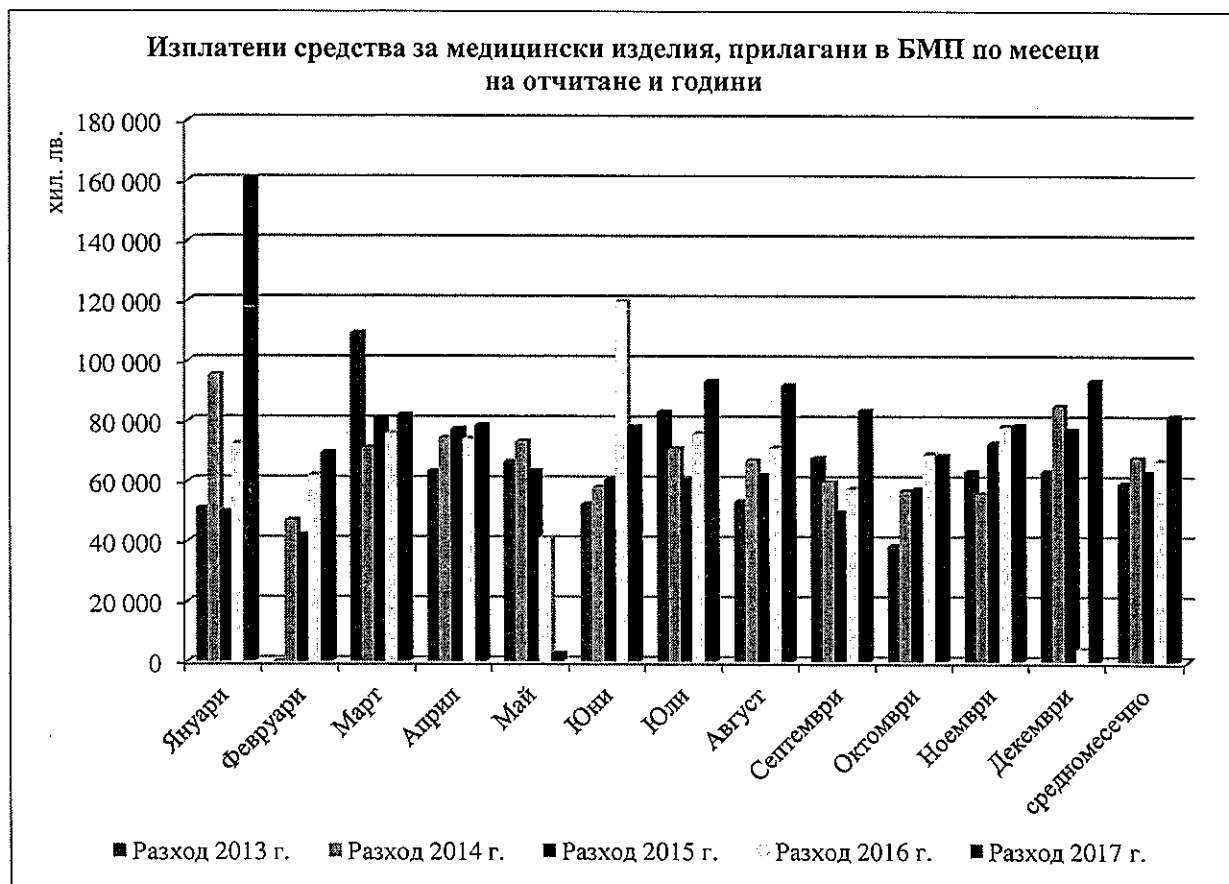
В резултат годишният план е в размер на 98 145,2 хил. лв. (в т.ч. 3 474,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. са изплатени 98 145,1 хил. лв. (с включени 3 474,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 2,8% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания и 100,0% от годишния план. Съгласно чл. 359, ал. 2 от НРД 2017 г. плащанията за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ се извършват до 30-о число на втория месец, следващ отчетния, с което плащането за дейността през месец ноември 2017 г. се прехвърли за сметка на ЗБНЗОК за 2018 г.

Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита увеличение със 17 920 хил. лв. или с 22,3%.

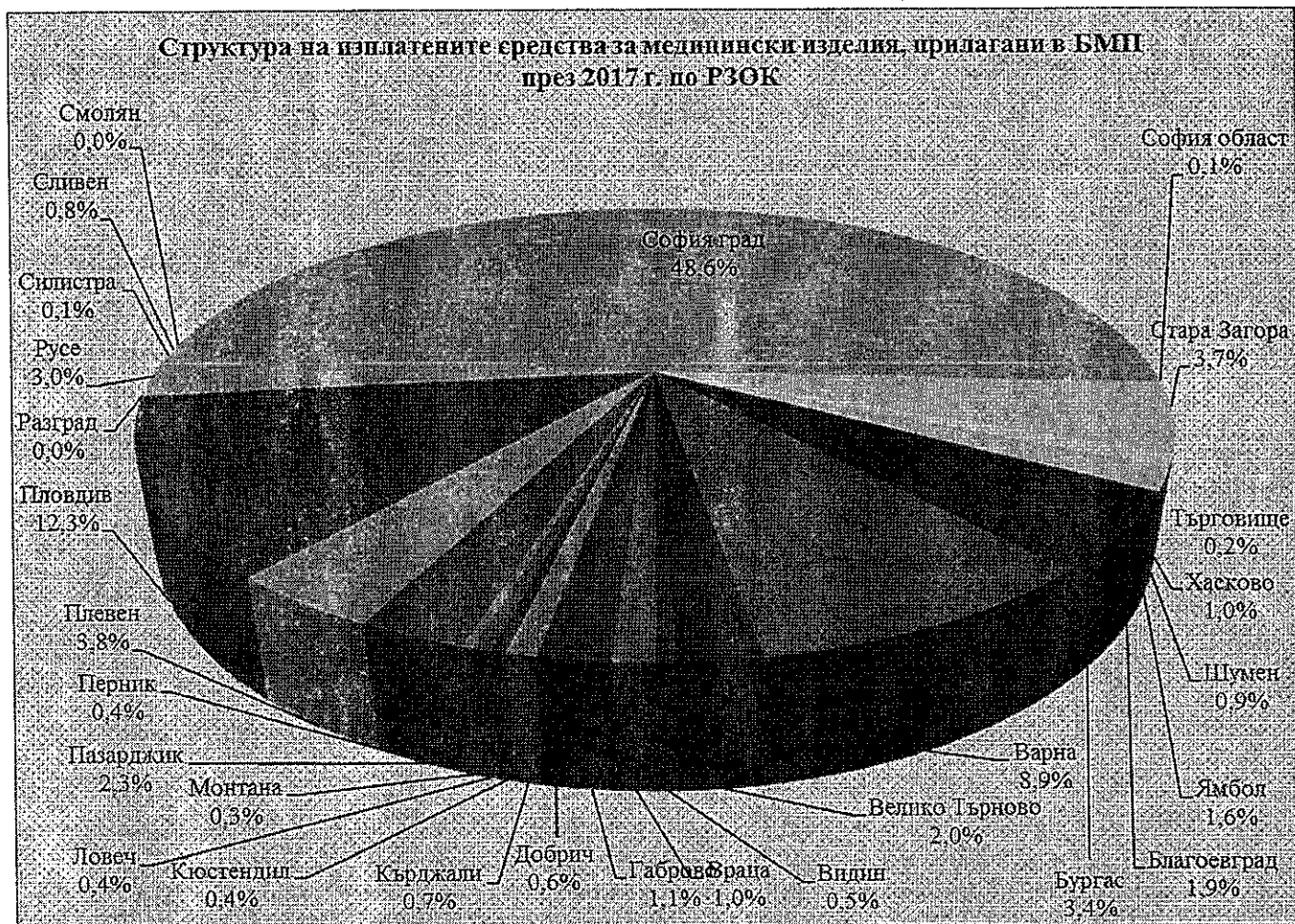
№ по ред по ЗБНЗОК	ПОКАЗАТЕЛИ (млн. лв.) с включен трансфер към бюджетни организации (ведомствени болници)	ЗБНЗОК 2017 г. ДВ бр. 98 от 2016 г.	Годишен план 2017 г.	Отчет 2017 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2017 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2017 г.	Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2016 г.	Ръст на разхода 2017 г. спрямо 2016 г. в %	Разлика 2017 г. спрямо 2016 г. в млн. лв.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.1.3.6.	Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ	39-07	80 000,0	98 145,2	98 145,1	122,7%	100,0%	80 225,6	22,3%	17 919,5

Следващата графика представя изплатените средства за медицински изделия по месеци на касово отчитане и години:



През 2016 г. с решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-179 от 21.12.2016 г. средства в размер на 8 526 хил. лв. бяха отложени за заплащане през 2017 г., които са заплатени на изпълнителите на болнична медицинска помощ от ЗБНЗОК 2017 г. през месец януари на 2017 г., както е видно от графиката. С влизането в сила на НРД 2017 г. и прилагането на чл. 359, ал. 2, дейността, извършена през месец април е заплатена през месец юни 2017 г. Средномесечната стойност на заплатените през 2017 г. МИ, е в размер на 8 179 хил. лв., което в сравнение със средномесечната стойност на заплатените през 2016 г. МИ, в размер на 6 685 хил. лв., представлява увеличение с 22,3% (Приложения МИ, Таблица 2).

Относителният дял на изплатените средства за МИ по РЗОК през 2017 г. е представен на следващата графика:



На регионално ниво този вид дейност се отчита от всички РЗОК, като се запазва тенденцията от предходната година и най - много средства за МИ са изплатени на РЗОК София град – 47 719 хил. лв. или 48,6% от всички изплатени средства по този параграф. Следват РЗОК Пловдив – 12 057 хил. лв. или 12,3% и РЗОК Варна – 8 718 хил. лв. или 8,9%. Най -малък е делът на изплатените средства на РЗОК Разград с 22 хил. лв. или 0,02 на сто, следвани от РЗОК Смолян с 30 хил. лв. или 0,03 на сто и РЗОК Силистра с 57 хил. лв. или 0,06 на сто.

Най - голямо увеличение на разходите за МИ през 2017 г. спрямо 2016 г. бележи РЗОК Видин със 461 хил. лв. през 2017 г. спрямо 131 хил. лв. през 2016 г. или с 252,5%. Следват РЗОК Силистра с 57 хил. лв. спрямо 23 хил. лв. или със 149,1% и РЗОК Монтана с 263 хил. лв. спрямо 122 хил. лв. или със 114,78%. По - ниски разходи за МИ през 2017 г. спрямо 2016 г.

отчитат РЗОК Ловеч с 33,1%, следвана от РЗОК Разград с 14,3% , РЗОК София област с 6,8% и РЗОК Враца с 0,6%.

На ниво лечебни заведения най - много средства за този вид дейност са отчетени от УСБАЛССЗ Св. Екатерина - ЕАД - 7 775 хил. лв. или 7,9% от общо отчетената и заплатена дейност за медицински изделия, следват АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА ЕАД – 7 155 хил. лв. или 7,3%, УМБАЛ Свети Георги ЕАД Пловдив – 5 515 хил. лв. или 5,6%, Сити Клиник Кардиологичен център МБАЛ ЕООД – 5 287 хил. лв. или 5,4% и с по 5,2 на сто МБАЛ Света Марина ЕАД – 5 141 хил. лв. и МБАЛ - НКБ - ЕАД – 5 117 хил. лв. Тези лечебни заведения за болнична медицинска помощ (ЛЗ за БМП) са сред десетте ЛЗ за БМП, в които се поставят най - много видове МИ, с най - много преминали пациенти и с най - голям брой приложени МИ. УСБАЛССЗ Св. Екатерина – ЕАД и АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА ЕАД са и сред десетте ЛЗ за БМП с най-висока средна цена на МИ (*Приложения МИ в БМП, Таблица 3*).

В топ 10 влизат представените в таблицата лечебни заведения за болнична медицинска помощ, които формират разходи в размер на 48 589 хил. лв. или 49,5% от всички разходи за МИ през 2017 г.:

№	РЗОК	Регистрационен №	Име на ЛЗ	Общо 2017	Относителен дял
Общо:				48 589 073	49,5%
22	София град	2201211005	УСБАЛССЗ Св. Екатерина - ЕАД	7 775 254	16,0%
22	София град	2201211067	АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА ЕАД	7 154 997	14,7%
16	Пловдив	1622211001	УМБАЛ Свети Георги ЕАД Пловдив	5 515 245	11,4%
22	София град	2201211093	Сити Клиник Кардиологичен център МБАЛ ЕООД	5 286 929	10,9%
3	Варна	0306211001	МБАЛ Света Марина ЕАД	5 140 591	10,6%
22	София град	2201211083	МБАЛ - НКБ - ЕАД	5 117 190	10,5%
22	София град	2201211001	МБАЛ Св. Анна - София АД	4 126 844	8,5%
22	София град	2201211091	МБАЛ Софиймед ООД	3 593 295	7,4%
24	Стара Загора	2431211026	МБАЛ Св.Иван Рилски ЕООД	2 587 157	5,3%
22	София град	2201911042	Военномедицинска академия	2 291 571	4,7%

Двадесет и три от лечебните заведения за болнична помощ отчитат разходи за МИ под 100 хил. лв. годишно, които възлизат на 762 хил.лв. или 0,8%. В тези ЛЗ за БМП са преминали малък брой пациенти (относителният им дял е 0,8% от всички пациенти, на които са приложени МИ) и сключените им договори са за дейности с по едно или две МИ. Лечебните заведения с най-нисък разход са представени в следващата таблица:

Национална здравноосигурителна каса

№	РЗОК	Регистрационен №	Име на ЛЗ	Общо 2017	Относителен дял
Общо:				761 601	0,8 %
20	Сливен	2020211001	МБАЛ Д-р Иван Селимински АД - Сливен	90 120	0,1%
13	Пазарджик	1319211015	МБАЛ Здраве ООД гр.Пазарджик	86 760	0,1%
22	София град	2201911041	Медицински институт - МВР	84 360	0,1%
12	Монтана	1224211003	МБАЛ Св. Николай Чудотворец - ЕООД гр. Лом	68 760	0,1%
23	София област	2318211005	МБАЛ Проф. д-р Ал. Герчев Етрополе - Етрополе ЕООД	64 740	0,1%
19	Силистра	1931211001	МБАЛ - Силистра АД	56 780	0,1%
12	Монтана	1229211001	МБАЛ Д-р Стамен Илиев АД	55 080	0,1%
6	Враца	0610211020	МБАЛ Вива Медика Враца ООД	49 140	0,1%
21	Смолян	2131211001	МБАЛ - Д-р Братан Шукеров АД гр.Смолян	30 240	0,0%
13	Пазарджик	1319211005	МБАЛ-Ескулап ООД гр.Пазарджик	29 340	0,0%
3	Варна	0306211021	МБАЛ Еврехоспитал ООД	25 980	0,0%
17	Разград	1726211001	МБАЛ Св. Иван Рилски - Разград АД	21 600	0,0%
7	Габрово	0729211003	МБАЛ Д-р Стойчо Христов ЕООД	18 000	0,0%
22	София град	2201211094	МБАЛ за женско здраве - Надежда ООД	16 099	0,0%
15	Плевен	1524911008	ВМА – МБАЛ – Плевен	13 080	0,0%
25	Търговище	2524211002	МБАЛ - Попово ЕООД	12 600	0,0%
2	Бургас	0204211024	МБАЛ Лайф Хоспитал ЕООД	10 200	0,0%
16	Пловдив	1626211048	МБАЛ Паркхоспитал ЕООД Пловдив	8 031	0,0%
15	Плевен	1524211019	„МБАЛ Св. Марина – Плевен” ООД	5 771	0,0%
22	София град	2201211085	МБАЛ Св. Пантелеймон АД	5 340	0,0%
13	Пазарджик	1308211004	МБАЛ-Велинград ЕООД гр.Велинград	4 620	0,0%
23	София област	2317211024	МБАЛ - Скин Системс ЕООД - с. Доганово	4 460	0,0%
22	София град	2201214020	СБАЛ по онкология ЕАД	500	0,0%

Дейност с медицински изделия през 2017 г. са отчетели общо 99 лечебни заведения за болнична медицинска спрямо 93 през 2016 г.

Лечебни заведения, които са започнали да отчетат този вид дейност през 2017 г., са: МБАЛ Сърце и Мозък ЕАД и „МБАЛ Св. Марина – Плевен” ООД - РЗОК Плевен, МБАЛ Паркхоспитал ЕООД - РЗОК Пловдив, СБАЛ по онкология ЕАД - РЗОК София град, МБАЛ - Скин Системс ЕООД - с. Доганово – РЗОК София област, и МБАЛ - Попово ЕООД – РЗОК Търговище.

По групи изделия структурата на разходите за 2017 г. е аналогична на структурата на разходите за 2016 г. През отчетният период медицинските изделия, заплащани от НЗОК са се увеличили с две нови групи – група 18 - Импланти за невростимулация и група 19 - Медицински изделия, прилагани при онкологични терапии. През 2017 г. за тези две групи не е отчетена дейност.

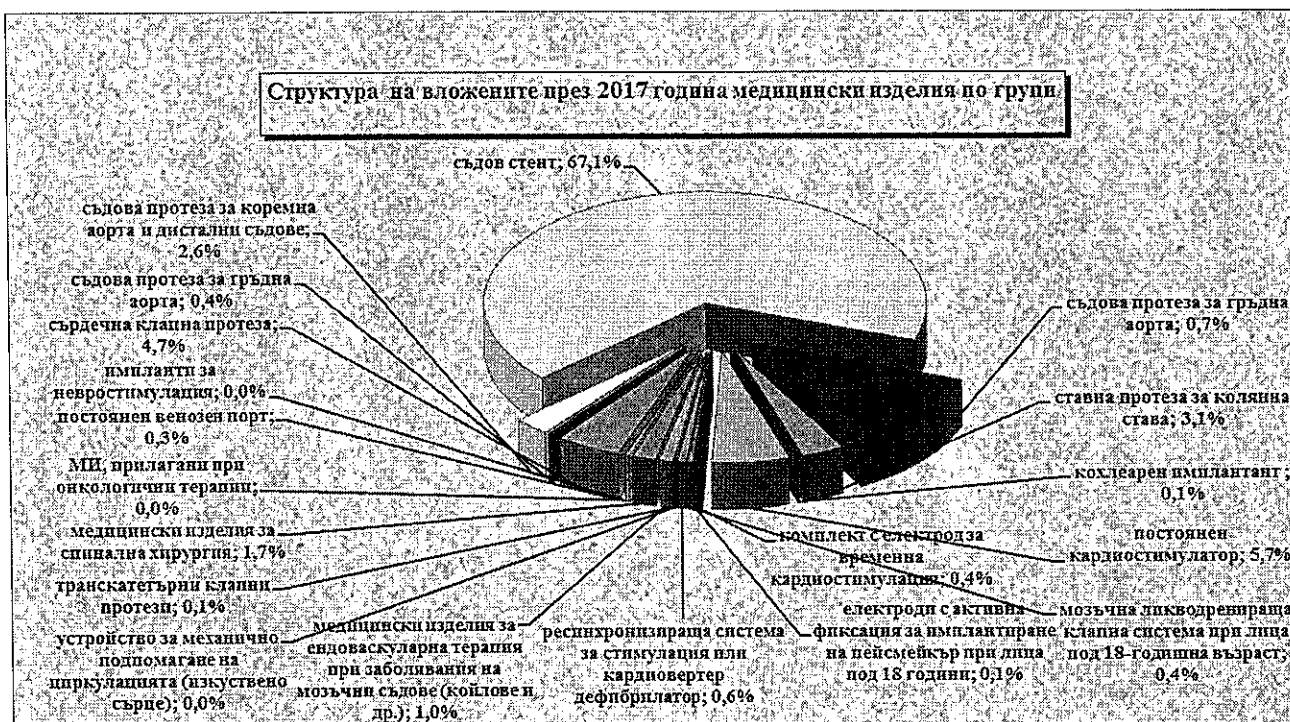
Разходите за медицинските изделия по групи и години е показана на следната графика:



В структурата по групи МИ най - голям дял заемат изделията от група 4 – Съдов стент с 45 020 хил. лв. или 46,2%, следвани от група 1 – Сърдечна клапна протеза с 10 686 хил. лв. или 11,0%, група 5 – Ставна протеза за тазобедрена става с 10 397 хил. лв. или 10,7% и група 8 – Постоянен кардиостимулатор с 9 357 хил. лв. или 9,6%. С дял под 1,0% са следните групи: група 9 - Комплект с електрод за временна кардиостимулация с 40 хил. лв. или 0,04%, група 10 - Електроди с активна фиксация за имплантиране на пейсмейкър при лица под 18 години със 77 хил. лв. или 0,08%, група 17 - Постоянен венозен порт със 115 хил. лв. или 0,12%, група 2 - Съдова протеза за гръдна аорта с 271 хил. лв. или 0,28%, група 11 - Мозъчна ликводренираща клапна система при лица под 18 - годишна възраст с 318 хил. лв. или 0,33% и група 13 - Устройство за механично подпомагане на циркулацията (изкуствено сърце) с 480 хил. лв. или 0,49%. Най - голям ръст в разходите за МИ по групи спрямо отчетените през 2016 г. разходи бележат група 16 - Медицински изделия за спинална хирургия с 2 133 хил. лв. повече или 223,3%, и група 17 - Постоянен венозен порт със 78 хил. лв. повече или 212,9%, което се дължи на много по - високия отчетен брой случаи в сравнение с предходната година, когато започват да се отчитат за първи път, група 11 - Мозъчна ликводренираща клапна система при

лица под 18 - годишна възраст със 189 хил. лв. или 147,1% в резултат на много по - големия брой поставени изделия по клинични пътеки „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“ в сравнение с 2016 г., както и група 10 - Електроди с активна фиксация за имплантиране на пейсмейкър при лица под 18 години с 38 хил. лв. или 98,9%, във връзка с многократно увеличение на броя отчетени случаи по клинични пътеки „Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция“, „Постоянна електрокардиостимулация с имплантация на ресинхронизираща система за стимулация или автоматичен кардиовертер дефибрилатор“ и „Постоянна електрокардиостимулация с имплантация на антибрадикарден пейсмейкър - еднокамерен или двукамерен“. През 2017 г. не се наблюдава намаление на разходите за нито една група в сравнение с изплатените през 2016 г. средства за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ.

Структурата на вложените медицински изделия по групи е показана на следната графика.



Отчетеният брой през 2017 г. поставени медицински изделия и компонентите им по лечебни заведения за болнична медицинска помощ и съпоставката им с отчетените през 2016 г. са представени в таблица (*Приложения МИ в БМП, Таблица 4*).

Вложените медицински изделия и компонентите им през 2017 г. са 70 828 броя спрямо 59 853 броя през 2016 г. Увеличението на този показател е с 10 975 броя или 18,3%.

Най - голям брой вложените медицински изделия и компонентите им през 2017 г. са в РЗОК София град – 28 180 бр. или 39,8% от общо отчетените медицински изделия. Следват РЗОК Пловдив – 9 356 бр. или 13,2% и РЗОК Варна – 6 281 бр. или 8,9%. Увеличение над 50% на броя поставени медицински изделия през 2017 г. спрямо 2015 г. отчита РЗОК Видин – 465 бр. спрямо 123 бр. през 2016 г. или увеличението е с 278,0%. Следват РЗОК Монтана – 261 бр. спрямо 102 бр. през 2016 г. или увеличението е със 155,9%, РЗОК Силистра – 42 бр. спрямо 20 бр. през 2016 г. или увеличението е със 110,0% и РЗОК Кюстендил – 468 бр. спрямо 295 бр. през 2016 г. или увеличението с 58,6%.

На ниво лечебни заведения най - много медицински изделия и компонентите им отчита АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА ЕАД – 3 842 бр. или 5,4 на сто от всички медицински изделия. Следват Сити Клиник Кардиологичен център МБАЛ ЕООД – 3 503 бр. и МБАЛ - НКБ – ЕАД – 3 438 бр. или с по 4,9 на сто и УМБАЛ Свети Георги ЕАД Пловдив – 3 405 бр. или 4,8%.

Заплащането на медицинските изделия от групи 13, 14 и 15 - устройство за механично подпомагане на циркулацията (изкуствено сърце); транскатетърни клапни протези и медицински изделия за ендоваскуларна терапия при заболявания на мозъчни съдове (койлове и др.) става след решение на Надзорния съвет на НЗОК в зависимост от наличните бюджетни средства.

През 2017 г. при медицинските изделия, които се заплащат след решение на Надзорния съвет на НЗОК (групите 13, 14 и 15) са отчетени изделия, както следва:

- от група 13 - Устройство за механично подпомагане на циркулацията (изкуствено сърце) – за първи път са отчетени 3 бр.;
- от група 14 - Транскатетърни клапни протези са с ръст от 29,0% или 80 броя през 2017 г. спрямо 62 бр. през 2016 г.;
- от група 15 - за Ендоваскуларна терапия при заболявания на мозъчни съдове (койлове и др.) са с ръст от 11,1% или 722 броя през 2017 г. спрямо 650 бр. през 2016 г.

Средната стойност на заплатените МИ и компонентите им е най-висока в група група 13 – „Устройство за механично подпомагане на циркулацията (изкуствено сърце)“ – 160 000 лв., група 14 – „Транскатетърни клапни протези“ – 49 885 лв., група 7 – „Кохлеарни имплантни системи“ – 23 400 лв. и група 12 – „Ресинхронизираща система за стимулация или кардиовертер дефибрилатор“ – 5 735 лв.

В *Приложения МИ, Таблица 7* е представен действителният ръст на отчетените и заплатени обеми и стойности през 2017 г. спрямо 2016 г. по видове медицински изделия, прилагани в БМП за съпоставими 11 - месечни периоди. От таблицата е видно, че ръстът на МИ по отношение на отчетените обеми е в посока увеличение с 5 099 броя, което представлява 8,5%, а по отношение на стойностите нарастването възлиза на 9 277 хил. лв. или 11,6%.

Изводи:

□ През 2017 г. здравноосигурителните плащания на НЗОК за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, са в размер на 98 145 хил. лв. или 2,8% от всички здравноосигурителни плащания, като с тези средства са заплатени медицински изделия приложени по дейност по клинични пътеки, заплатени в рамките на месечните стойности по приложение № 2 от индивидуалните договори на изпълнителите на БМП, по реда на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2017 г., за периода ноември 2016 г. – октомври 2017 г.

□ Средномесечната стойност на заплатените през 2017 г. МИ, приложени в условията на БМП, е в размер на 8 179 хил. лв., което в сравнение със средномесечната стойност на заплатените през 2016 г. МИ, приложени в условията на БМП, в размер на 6 685 хил. лв., представлява увеличение с 22,3%.

□ Увеличението на плащанията за МИ се дължи на:

- по-висока средна цена на заплащаните МИ през 2017 г. Средната цена на заплатени през 2017 г. МИ е била 1 379 лв. спрямо 1 341 лв. през 2016 г., което представлява увеличение с 2,8% на средната цена, заплащана от НЗОК.

- броят на МИ, приложени в БМП, нараства от 59 853 бр. медицински изделия за 2016 г. на 70 828 бр. медицински изделия за 2017 г. Увеличението е с 10 975 бр. или 18,3%.

3.7. Болнична медицинска помощ

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 1 457 528,9 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 238 021,5 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение със 119 739 хил. лв. за сметка на намаление на средствата от резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи,

- увеличение със 113 744,1 хил. лв. от преизпълнението на приходите, на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

- увеличение с 4 538,4 хил. лв. общо с вътрешно-компенсирани промени, по реда на чл. 115 от ЗПФ.

В резултат на промените годишният план е в размер на 1 695 550,4 хил. лв. (в т.ч. 70 816,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2017 г. за болнична медицинска помощ са изплатени 1 695 550,3 хил. лв. (в т.ч. 70 816,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 48,5% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания и 100,0% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания за болнична медицинска помощ се отчита увеличение с 81 994,8 хил. лв. или 5,1%.

№ по ред по ЗБНЗОК	ПОКАЗАТЕЛИ (хил. лв.) с включен трансфер към бюджетни организации (ведомствени болници)	ЗБНЗОК 2017 г. ДВ бр. 98 от 2016 г. §§	Годишен план 2017 г.	Отчет 2017 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2017 г.	% на изпълнение спрямо годишен план 2017 г.	Отчет за изпълнение о на бюджета към 31.12.2016 г.	Ръст на разхода 2017 г. спрямо 2016 г. в %	Разлика 2017 г. спрямо 2016 г. в хил. лв.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.1.3.7.	Болнична медицинска помощ	39-06	1 457 528,9	1 695 550,4	1 695 550,3	116,3%	100,0%	1 613 555,6	5,1%	81 994,8

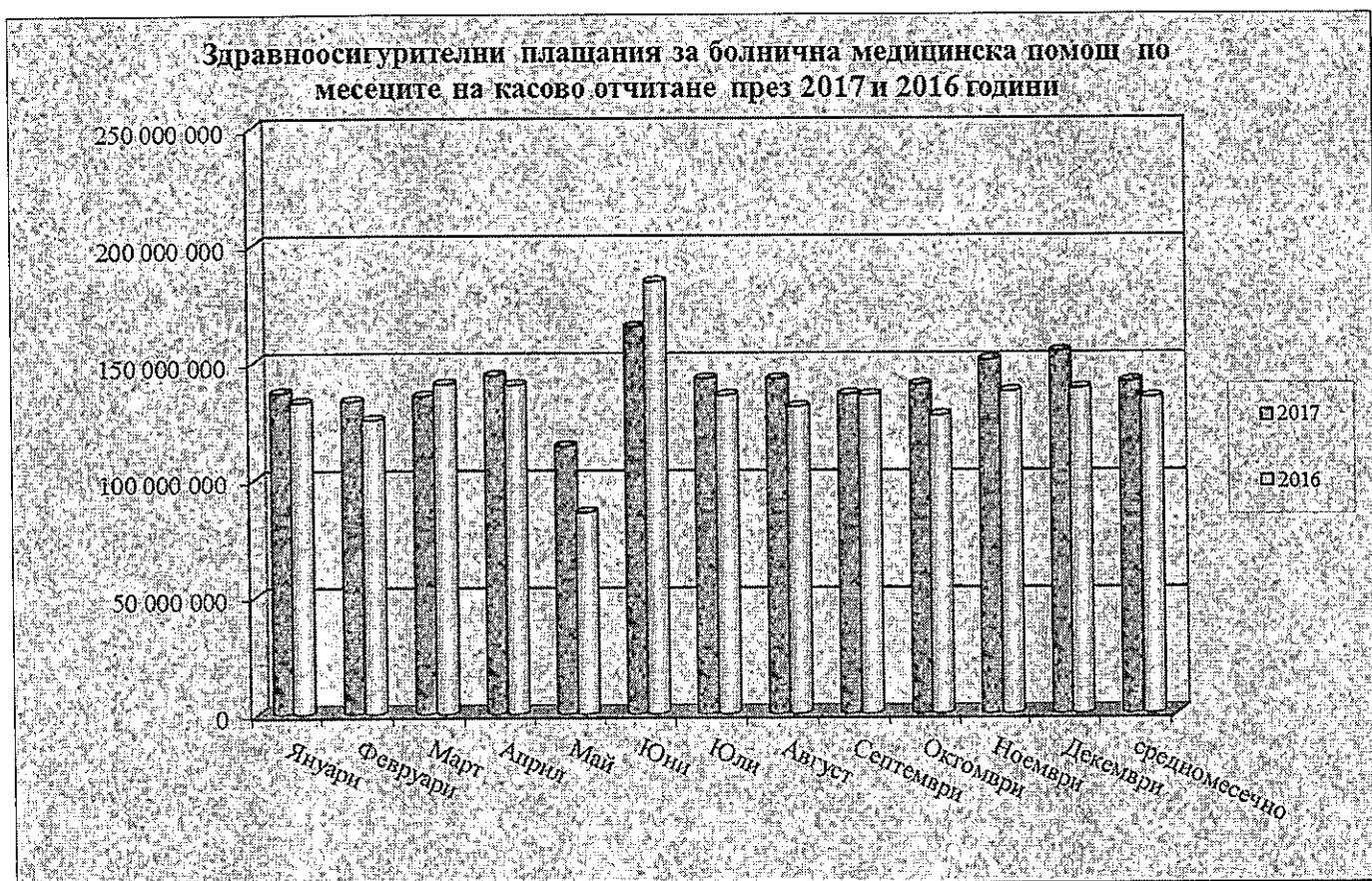
Средномесечната стойност на заплатените през 2017 г. дейности в БМП, е в размер на 141 296 хил. лв., което в сравнение със средномесечната стойност на заплатените през 2016 г. дейности в БМП, в размер на 134 463 хил. лв., представлява увеличение с 5,1% (Приложение БМП, Таблица 2).

През 2017 г. със средствата за болнична медицинска помощ е заплатена отчетената от изпълнителите на БМП дейност за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. в рамките на месечните стойности по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2017 г.

През 2017 г. по видове дейности в болнична медицинска помощ са изплатени средства за (Приложение БМП, Таблица 3):

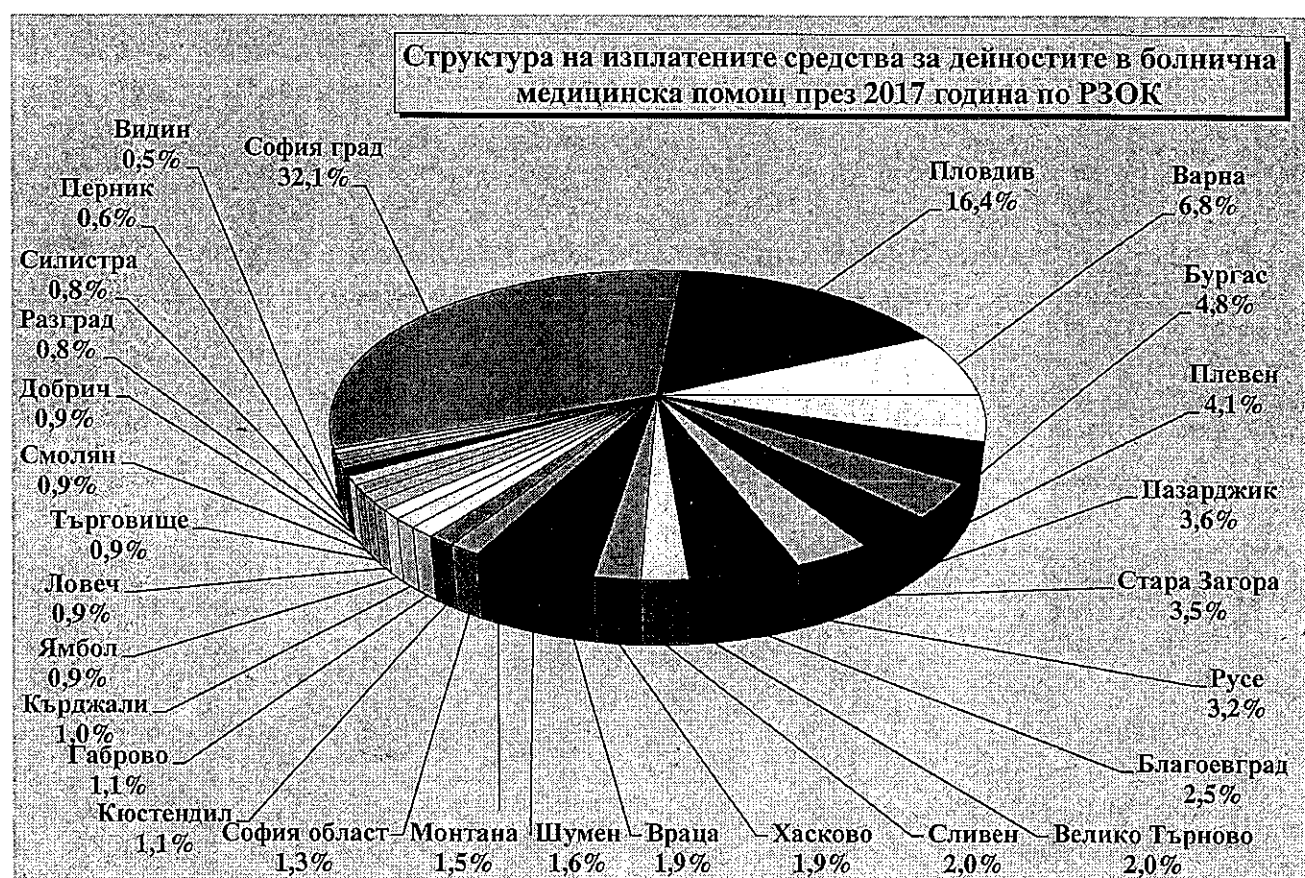
- клинични пътеки по Наредба 2 от 25 март 2016 г. – 1 451 109 хил. лв.;
- клинични процедури по Наредба 2 от 25 март 2016 г. – 69 160 хил. лв.;
- амбулаторни процедури по Наредба 2 от 25 март 2016 г. – 175 282 хил. лв.

Графиката, представена по-долу илюстрира динамиката на разходите за болнична медицинска помощ по касов отчет за 2017 г. в съпоставка с 2016 г.



Изпълнение на бюджета за БМП през 2017 г. на регионално ниво

Структурата на изплатените средства за дейностите в БМП по РЗОК се илюстрира от следната графика:

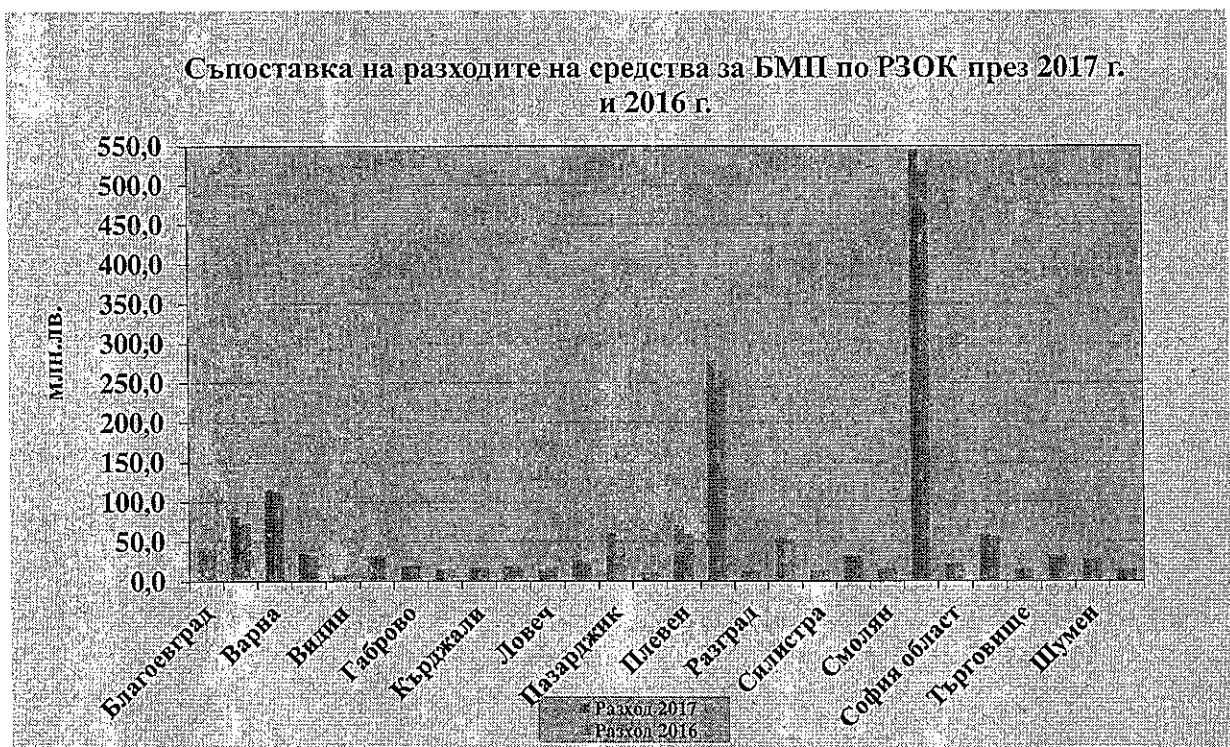


РЗОК, които са изплатили най-много средства на изпълнителите на болнична медицинска помощ през бюджетната 2017 г. по параграф 39-06 са РЗОК София-град – 544 667 хил. лв. или 32,1% от всички изплатени средства за болнична медицинска помощ през бюджетната 2017 г., следвана от РЗОК Пловдив – 278 855 хил. лв. или 16,4%, РЗОК Варна – 115 763 хил. лв. или 6,8%, РЗОК Бургас – 81 494 хил. лв. или 4,8%, РЗОК Плевен – 70 302 хил. лв. или 4,1% и РЗОК Пазарджик – 61 475 хил. лв. или 3,6%, а с най - малко изплатени средства по параграфа са РЗОК Видин – 8 657 хил. лв. или 0,5%, РЗОК Перник – 10 973 хил. лв. или 0,6%, РЗОК Силистра – 13 291 хил. лв. или 0,8% и РЗОК Разград – 13 383 хил. лв. или 0,8% (Приложение БМП, Таблица 3).

При съпоставката на разходите за БМП по РЗОК през 2017 г. спрямо 2016 г., най - голямо увеличение на разходите за БМП се наблюдава в РЗОК Пазарджик – от 51 336 хил.лв. през 2016 г. на 61 475 хил. лв. през 2017 г. или със 19,8%, следвана от РЗОК Плевен – от 59 212 хил. лв. на 70 302 хил. лв. или с 18,7%, РЗОК Монтана – от 23 091 хил. лв. на 26 254 хил. лв. или с 13,76% и РЗОК Бургас – от 73 992 хил. лв. на 81 494 хил. лв. или с 10,1%.

Намаление на разходите за БМП през 2017 г. в сравнение с 2016 г. бележи РЗОК Ловеч – от 16 652 хил. лв. през 2016 г. на 15 233 хил. лв. през 2017 г. или намалението е с 8,5%, следвана РЗОК Ямбол – от 16 490 хил. лв. на 15 995 хил. лв. или с 3,0%, РЗОК Силистра – от 13 645 хил. лв. на 13 291 хил. лв. или с 2,6%, РЗОК София област – от 22 877 хил. лв. на 22 461 хил. лв. или с 1,8%. Макар и незначително намаление на разходите за БМП през 2017 г. в сравнение с 2016 г. бележат и РЗОК Враца, Габрово, Добрич, Кърджали, Смолян и Хасково.

На следващата графика е представена съпоставка на разходите за БМП по РЗОК през 2017 г. и 2016 г.



Изпълнение на бюджета за БМП през 2017 г. на ниво лечебни заведения за БМП

Броят на лечебните заведения, сключили договор с НЗОК през 2017 г. е 373 спрямо 377 през 2016 година (*Приложение БМП, Таблица 15*):

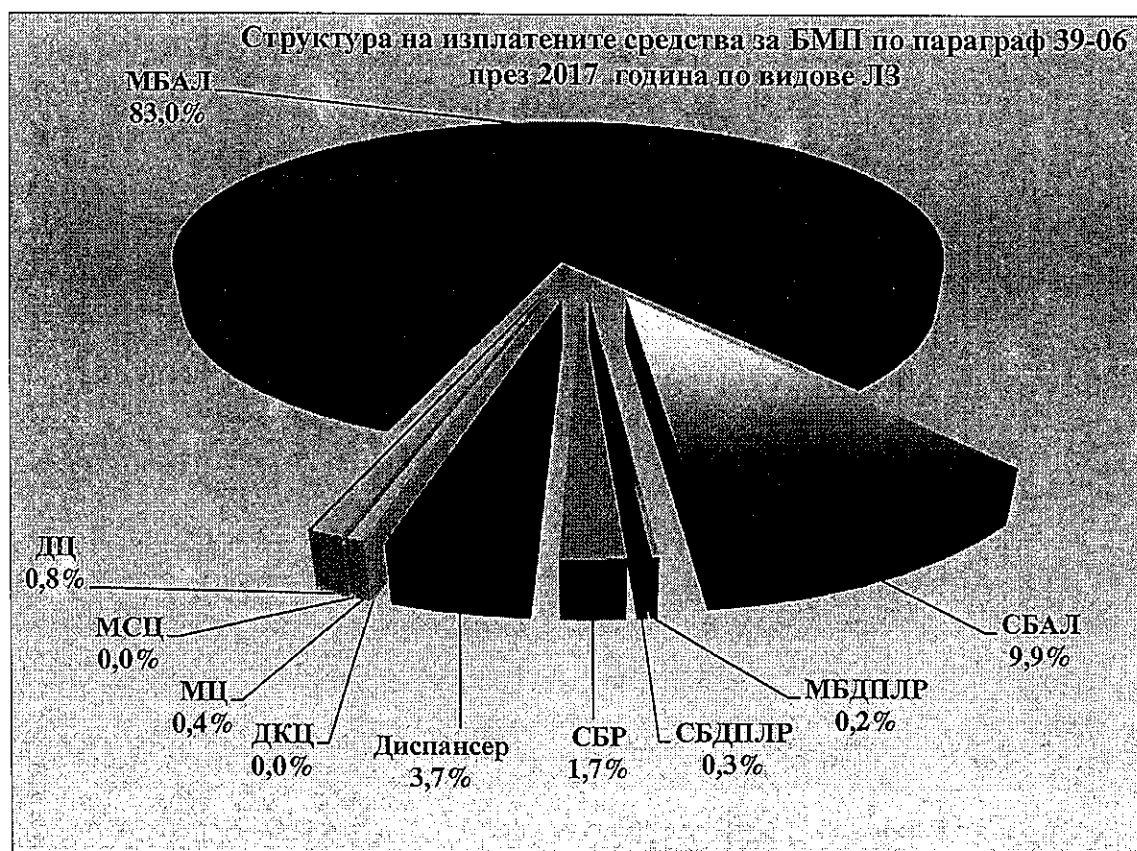
От тях - за дейност по клинични пътеки договори са сключили 314 лечебни заведения, от които – 178 многопрофилни болници, 75 специализирани болници, 12 диспансера, 30 СБР, 19 болници за долекуване и продължително лечение.

Договорите за дейностите по клинични процедури са 79. Всички са с МБАЛ.

За амбулаторни процедури са сключени 252 договора. От тях 10 договора са с диспансери, 9 договора са с ДКЦ, 14 договора с ДЦ, 148 договора с МБАЛ, 33 договора с МЦ, 37 договора със СБАЛ, 1 договор със СБДПЛР.

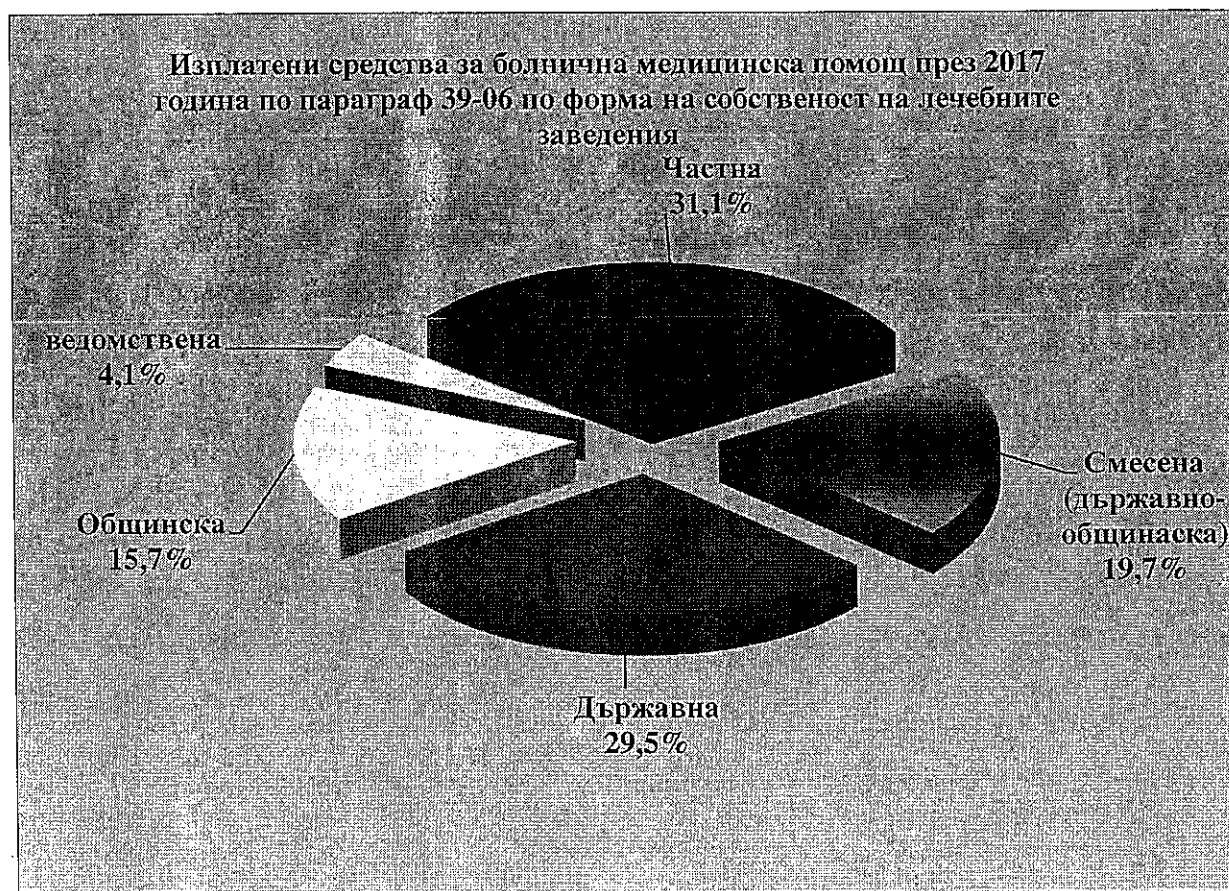
Общо сключените договори с изпълнители на болнична медицинска помощ през 2017 г. са 645 и спрямо 2016 г. този показател е намален с 9 договора.

Представената по - долу графика илюстрира относителния дял на стойността на изплатените средства за болнична медицинска помощ през 2017 г. по видове лечебни заведения за болнична медицинска помощ, като най-голям е дялът им към многопрофилните болници за активно лечение – 83,0%, следвани от специализираните болници за активно лечение с 9,9% и диспансерите с 3,7%.



Най - големият дял от изплатените средства за болнична медицинска помощ през 2017 г. се пада на лечебните заведения с държавна форма на собственост – 29,5% и с частна форма на собственост – 31,1%, следвани от тези със смесена държавно-общинска форма на собственост (областни болници) – 19,7%, с общинска форма на собственост – 15,7% и за ведомствени – 4,1%.

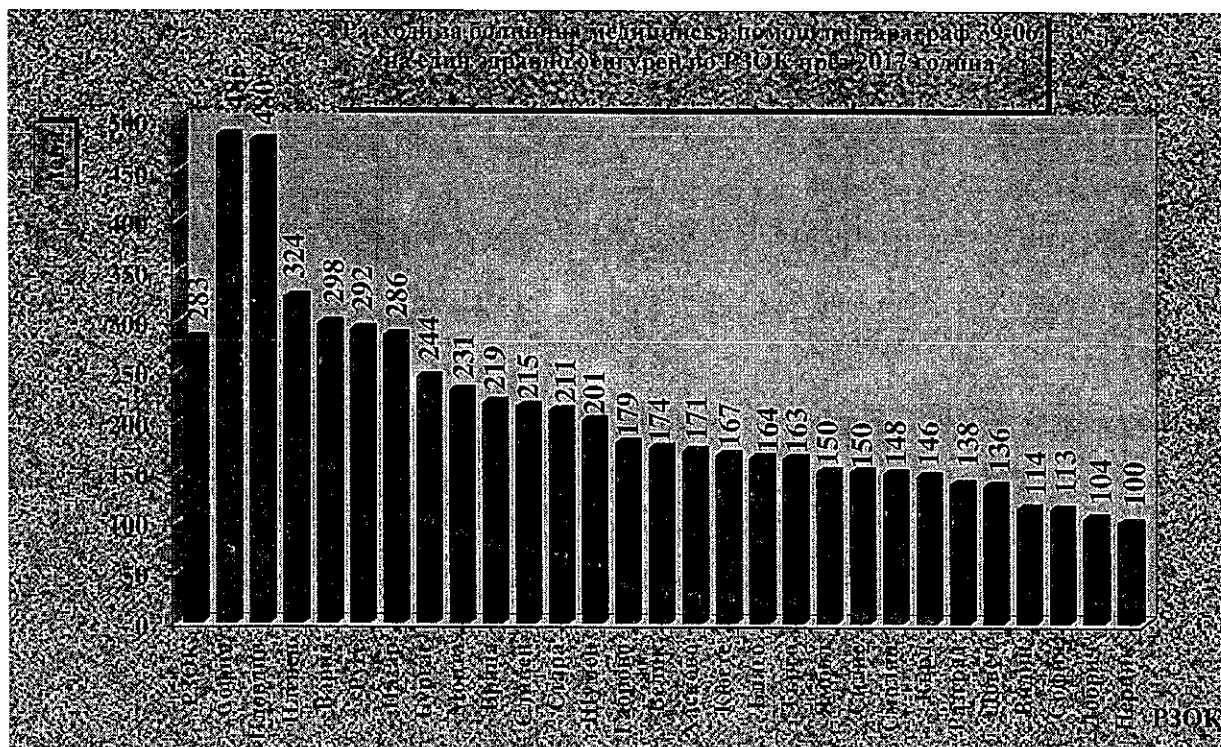
Структурата на изплатените средства за болнична медицинска помощ през 2017 г. по видове собственост на лечебните заведения, сключили договори с НЗОК е представена на следната графика:



Най - много средства за БМП през 2017 г. са изплатени на УМБАЛ Свети Георги ЕАД гр. Пловдив – 85 646 хил. лв. или 5,1% от всички изплатени средства за БМП през 2017 г. Следват МБАЛ Света Марина ЕАД гр. Варна – 60 913 хил. лв. или 3,6%, АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА ЕАД гр. София – 49 577 хил. лв. или 2,9%, МБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД гр. София – 49 434 хил. лв. или 2,9%, Военномедицинска академия гр. София – 36 981 хил. лв. или 2,2%, АДЖИ БАДЕМ Сити Клиник УМБАЛ ЕООД гр. София – 35 830 хил. лв. или 2,1%, и УМБАЛ Александровска - ЕАД– гр. София – 34 805 хил. лв. или 2,1% (Приложение БМП, Таблица 4).

През 2017 г. средният разход за БМП на един ЗОЛ, регистриран при ОПЛ, на национално ниво е 283 лв. На регионално ниво този показател е най - висок за РЗОК София град – 485 лв. Следват РЗОК Пловдив – 480 лв., РЗОК Плевен – 324 лв. и РЗОК Варна – 298 лв.

Най - ниският среден разход е в РЗОК Перник – 100 лв., РЗОК Добрич – 104 лв., РЗОК София област – 113 лв. и РЗОК Видин – 114 лв. Средният разход на един ЗОЛ през 2017 г. е представен на следващата графика:



С цел оптимизиране на разходите за болнична медицинска помощ в рамките на средствата, определени със ЗБНЗОК за 2016 г., на всички лечебни заведения за болнична медицинска помощ бяха разпределени годишни общи стойности на разходите (ГОСР) за дейности за болнична медицинска помощ съгласно „Правила за условията и реда за прилагане на чл. 4, ал. 1, ал. 2 и ал. 3 от Закона за бюджета на НЗОК“ (Правилата), приети с Решение № РД-НС-04-173/26.12.2016 г., изменени и допълнени с Решения на Надзорния съвет на НЗОК РД-НС-04-29/27.03.2017 г. и № РД-НС-04-77/20.06.2017 г.

За сравнителният анализ на количествените характеристики на извършената дейност от изпълнителите на болнична медицинска помощ през 2017 г. спрямо 2016 г., в настоящия отчет се използват данни за реално извършена дейност по месеци на извършване на дейността, без значение кога е платена.

Дейност по клинични пътеки

За периодът на дейност януари – декември 2017 г. през лечебните заведения за болнична медицинска помощ по клинични пътеки са преминали общо 1 911 406 пациенти спрямо 1 915 849 пациенти през 2016 г., т.е с 4 443 пациента по - малко или намалението е с

0,2%. Средномесечният брой пациенти, ползвали болнична медицинска помощ през 2017 г. е 159 284 спрямо 159 654 през 2016 г., т.е. намалението на средномесечните стойности по този показател е с 370 пациента на месец по-малко (*Приложение БМП, Таблица 5*).

Общата стойност на дейността по клинични пътеки, извършена през периода на дейност януари – декември 2017 г. е 1 459 491 хил. лв. спрямо 1 402 722 хил. лв. през 2016 г., което е с 56 769 хил. лв. повече или увеличението на разходите за дейността по клинични пътеки през 2017 г. спрямо 2016 г. е с 4,0%. Средномесечното увеличение на тези разходи през 2017 г. спрямо 2016 г. е с 4 731 хил. лв. (*Приложение БМП, Таблица 6*).

Средна цена на един преминал пациент през 2017 г. се е увеличила спрямо 2016 г. от 732 лв. на 764 лв. (*Приложение БМП, Таблица 7*).

На ниво приемащо РЗОК

Най - голям дял в средствата за дейността по клинични пътеки заема РЗОК София град – 31,5% от стойността на дейността по този показател, следват РЗОК Пловдив със 17,2% и РЗОК Варна с 6,3%, като тенденцията в сравнение с предходната година се запазва (*Приложение БМП, Таблица 6*).

С най - висок среден разход на преминал болен са РЗОК София град – 921 лв., РЗОК Варна – 854 лв., РЗОК Пловдив – 813 лв. и РЗОК Шумен – 810 лв. С най - нисък среден разход на преминал болен са РЗОК Смолян – 457 лв., РЗОК Разград – 526 лв., РЗОК София област – 534 лв., и РЗОК Силистра – 542 лв. Средно за страната този показател е 764 лв. спрямо 732 лв. през 2016 г. Увеличението е средно с 31 лв. или 4,3% (*Приложение БМП, Таблица 7*).

През 2017 г. пренасочените пациенти (пациентите, получили направление за хоспитализация по място на регистрация и потърсили болнична медицинска помощ в друг регион), са 450 419 спрямо 439 938 през 2016 година. Увеличението на този показател е с 10 481 бр.или 2,4% (*Приложение БМП, Таблица 8*).

Предвид свободния достъп на ЗОЛ до изпълнителите на болнична медицинска помощ, през 2017 г. са регистрирани 450 419 случая на пренасочени ЗОЛ от други РЗОК (*Приложение БП, Таблица 8*). Пренасочванията са основно към РЗОК София град – 193 406 случая или 42,9% от всички пренасочени пациенти, РЗОК Пловдив – 75 314 или 16,7%, РЗОК Варна – 30 042 или 6,7% и РЗОК Плевен – 23 144 или 5,1%. Най-много средства за обслужването на ЗОЛ от други РЗОК са изразходвани, както следва: РЗОК София град – 206 696 хил. лв.;

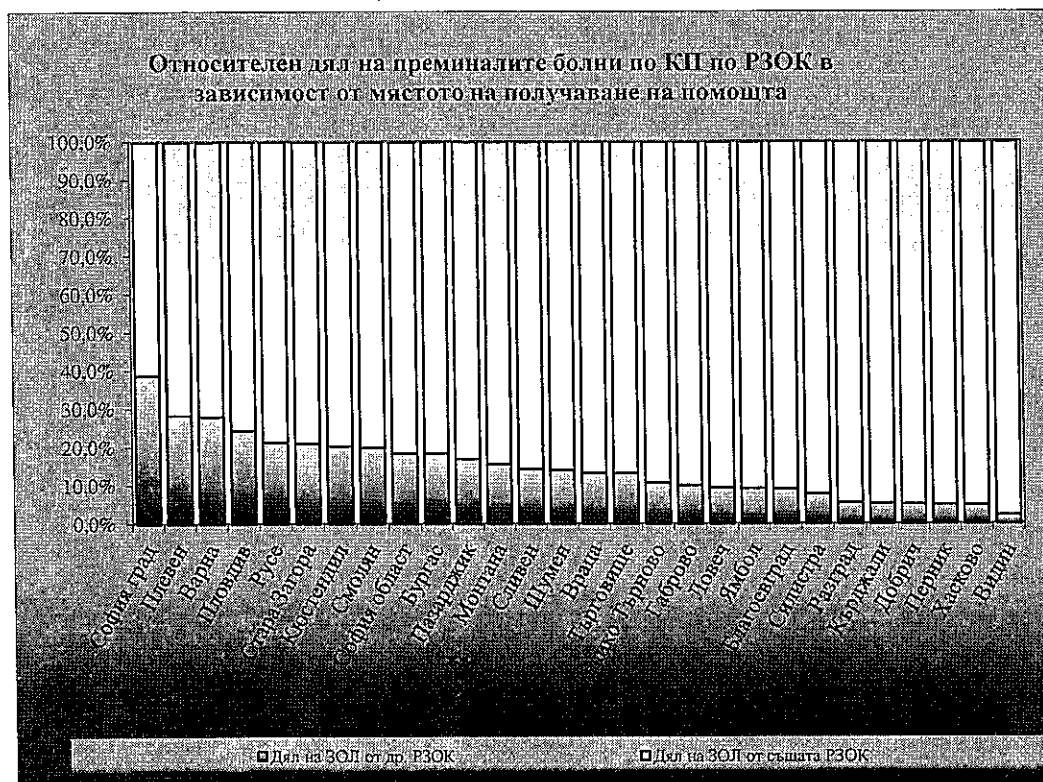
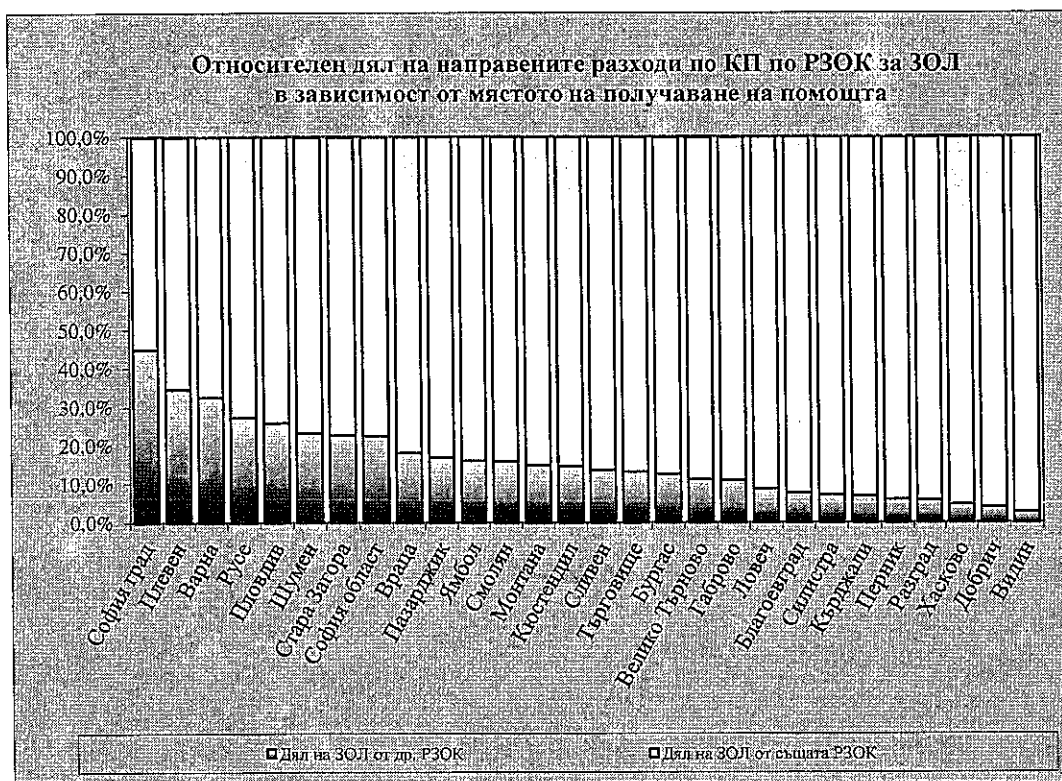
РЗОК Пловдив – 65 266 хил. лв.; РЗОК Варна – 29 807 хил. лв. и РЗОК Плевен – 21 917 хил. лв. (*Приложение БМП, Таблица 9*).

Най - висока цена на обслужен болен, изпратен от други РЗОК е реализирана в РЗОК Ямбол – 1 350 лв., РЗОК Шумен – 1 339 лв. и РЗОК София град – 1 069 лв. при средно за страната 732 лв. (*Приложение БМП, Таблица 10*).

В номинално изражение разликата в средните цени на обслужени пациенти от други РЗОК през 2017 г. спрямо 2016 г. на ниво НЗОК е увеличена с 44 лв. Това се дължи на факта, че през 2017 г. ЗОЛ са получавали болнична медицинска помощ в друг регион по скъпопоструващи КП.

Важно е да се отбележи, че в РЗОК София град 44,9% от извършените разходи по КП са за ЗОЛ от други РЗОК (или 38,7% от преминалите болни, обслужени в РЗОК са от други региони), в РЗОК Плевен – 34,6% от извършените разходи по КП (или 28,3% от преминалите болни), в РЗОК Варна – 32,6% (или 28,0% от преминалите болни), в РЗОК Русе 27,3% (или 21,3% от преминалите болни), следват РЗОК Пловдив, там разходи за пренасочените пациенти от други РЗОК представляват 25,9% (или 24,3% от преминалите болни), в РЗОК Шумен – съответно 23,2% (или 14,0% 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.



На ниво изпращащо РЗОК

Следва да се отбележи и фактът, че от общия брой издадени направления в РЗОК на ЗОЛ за хоспитализация, най-голям дял от пациенти, потърсили медицинска помощ в ЛЗ за болнична медицинска помощ на територията на същата РЗОК се пада на РЗОК София град – 94,6%, следват РЗОК Пловдив – 92,9%, РЗОК Варна – 89,8%, РЗОК Плевен – 84,0%, РЗОК Русе – 82,8% и РЗОК Бургас – 80,2%. Тенденцията по този показател се запазва спрямо предходната година, което дава основание да се направи извод, че в големите РЗОК ЗОЛ успяват да намерят предпочитана от тях болнична медицинска помощ.

В същото време най - голям дял от пациентите, получили направление за хоспитализация по място на регистрация и потърсили медицинска помощ в друг регион са от РЗОК Перник – 58,1%, следвана от РЗОК София област – 54,9%, РЗОК Ямбол – 47,3%, РЗОК Видин – 45,5% и РЗОК Добрич – 43,2% (*Приложение БМП, Таблица 11*).



Пренасочените пациенти по клинични пътеки през 2017 г. са основно по следните КП:

- КП № 265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ – 43 323 случая;
- КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“ – 29 371 случая;
- КП № 263 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система“ – 18 882 случая;
- КП № 241.1 „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори с КТ“ – 11 775 случая;
- КП № 29 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“ – 10 463 случая;
- КП № 56 „Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми“ – 9 202 случая;
- КП № 5 „Раждање“ – 9 177 случая;

Тенденцията в сравнение с 2016 г. се запазва.

На ниво брой здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права (ЗОЛ)

Общият брой регистрирани здравноосигурени лица за 2017 г. е 5 987 924 броя. Най-високият относителен дял на ЗОЛ, получили направления за хоспитализация спрямо общия брой регистрирани здравноосигурени лица по региони бележи РЗОК Пловдив – 43,4%, т.е в РЗОК Пловдив от общо 580 386 регистрирани здравноосигурени лица, болнична медицинска помощ са потърсили 251 940 ЗОЛ, следват РЗОК Пазарджик – 43,1% или от 214 641 регистрирани ЗОЛ болнична медицинска помощ са получили 92 468 ЗОЛ, РЗОК Монтана – 39,3% или от 113 761 регистрирани ЗОЛ болнична медицинска помощ са получили 44 676 ЗОЛ, РЗОК Смолян – 39,0% или от 99 103 регистрирани ЗОЛ болнична медицинска помощ са получили 38 625 ЗОЛ и РЗОК Враца – 38,3% или от 147 850 регистрирани ЗОЛ болнична медицинска помощ са получили 56 603, в резултат на което се налага извода, че това са регионите с най-висока заболяемост на ЗОЛ в страната. Средно за страната този показател е 31,9%, т.е за периода на дейност м. януари – м. декември 2017 г. от общо регистрирани 5 987 924 ЗОЛ са хоспитализирани – 1 916 406 ЗОЛ.

При анализа на високият дял на хоспитализиране на населението спрямо регистрирания брой на здравноосигурени лица в споменатите по-горе пет РЗОК се установи, че клиничните пътеки, по които се отчитат най-много случаи, са идентични и са както следва:

За РЗОК Пловдив - 5,4% от общия брой пациенти, получили направления за хоспитализации, регистрирани в тази област, независимо от мястото на получаване на помощта, е за КП № 265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат”, 5,1% за КП № 056 „Диагностика и лечение на болести на черепно - мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми, 4,3% за КП № 029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация”, 3,8% за КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения”.

За РЗОК Пазарджик - 6,5% от общия брой пациенти, получили направления за хоспитализации, регистрирани в тази област, независимо от мястото на получаване на помощта за КП № 048 „Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст”; 6,1% е за КП № 029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация”, 4,0% за КП № 265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат”, 3,8% за КП № 074 „Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума”.

За РЗОК Монтана - 7,1% от общия брой пациенти, получили направления за хоспитализации, регистрирани в тази област, независимо от мястото на получаване на помощта, е за КП № 050 „Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза”, 6,0% за КП № 056 „Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми”, 5,9% за КП № 029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация”, 3,3% за КП № 265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат” и 3,0% за КП № 263 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система”.

За РЗОК Смолян – 8,3% от общия брой пациенти, получили направления за хоспитализации, регистрирани в тази област, независимо от мястото на получаване на помощта, е за КП № 265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно - двигателен апарат”, 5,9% за КП № 056 „Диагностика и лечение на болести на черепно -

мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми“, 5,8% за КП № 078.1 „Декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години“ и 5,4% за КП № 029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“.

За РЗОК Враца - 6,9% от общия брой пациенти, получили направления за хоспитализации, регистрирани в тази област, независимо от мястото на получаване на помощта, е за КП № 056 „Диагностика и лечение на болести на черепно - мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми“; 6,1% за КП № 265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно - двигателен апарат“; 4,9% за КП № 084 „Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит“; 3,8% за КП № 029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“ и 3,5% за КП № 050 „Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза“.

На ниво лечебни заведения

През периодът на дейност м. януари – м. декември 2017 г. най - голям дял от стойността на извършената дейност по клинични пътеки се пада на УМБАЛ Св. Георги гр. Пловдив – 76 475 хил. лв. или 5,2% от цялата стойност на извършената дейност по клинични пътеки, следват Аджибадем Сити Клиник МБАЛ "ТОКУДА" гр.София – 45 258 хил. лв. или 3,1%, "МБАЛ Света Марина" ЕАД гр.Варна – 44 024 хил. лв. или 3,0%, УМБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД – 40 837 хил. лв. или 2,8%, УМБАЛ Софиямед ООД гр.София– 32 150 хил. лв. или 2,2% (Приложение БМП, Таблица 13).

Лечебни заведения за болнична медицинска помощ, обслужили най - голям брой пациенти по клинични пътеки са УМБАЛ Св. Георги ЕАД Пловдив – 72 454 пациенти или 3,8% спрямо общо преминали пациенти по клинични пътеки през 2017 г., следват МБАЛ „Света Марина“ ЕАД – 47 645 бр. или 2,5%, „УМБАЛ Д-р Г. Странски“ ЕАД гр. Плевен – 37 445 бр. или 2,0% и Военномедицинска академия – 38 796 бр. или 2,0% (Приложение БМП, Таблица 14). Това се дължи на факта, че тези лечебни заведения, с изключение на Военномедицинска академия, са с областни функции и обслужват пациенти от населени места от цели области.

Най - високият среден разход на преминал болен през лечебно заведение, е както следва: МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД гр.Плевен – 5 039 лв., следват "СБАЛК СИТИ КЛИНИК БУРГАС" ООД - 3 892 лв., УНМБАЛ СВЕТА ЕКАТЕРИНА ЕАД гр.София– 3 022 лв., СБАЛК

"МЕДИКА-КОР" ЕАД гр.Русе – 2 330 лв., СБАЛК МАДАРА ЕАД Шумен – 2 142 лв. и "СБАЛ по кардиология КАРДИОЛАЙФ" ООД гр.Варна – 2 035 лв. Всички тези лечебни заведения са кардиологични клиники, които работят по скъпоструващи клинични пътеки.

Лечебните заведения за болнична медицинска помощ, които са лекували най - голям брой пациенти по клинични пътеки от други РЗОК (над 10 000 случая), са както следва:

1. УМБАЛ „Св. Георги“, гр. Пловдив – 18 158 бр. или 4,0% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно по следните клинични пътеки: КП № 243 „Диагностика и лечение на лимфоми“ – 827 бр., КП № 090.1 „Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години“ – 691 бр., КП № 074 „Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума“ – 668 бр., КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“ – 617 бр. и КП № 244 „Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии“ – 578 бр.;

2. УМБАЛ „СВ. МАРИНА“ - ВАРНА ЕАД, гр. Варна – 16 018 бр. или 3,6% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, от които предимно по следните клинични пътеки: КП № 090.1 „Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години“ – 1 021 бр., КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“ – 841 бр., КП № 244 „Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии“ – 680 бр., КП № 243 „Диагностика и лечение на лимфоми“ – 631 бр., КП № 242 „Диагностика и лечение на левкемии“ – 589 бр. и КП № 76 „Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания“ – 514 бр.;

3. Военномедицинска академия, гр. София – 15 518 бр. или 3,4% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: КП № 076 „Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания“ – 1303 бр., КП № 078.1 „Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания“ – 660 бр., КП № 073 „Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума“ – 527 бр., КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“ – 512 бр. и КП № 145 „Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища“ – 479 бр.;

4. Аджибадем Сити Клиник МБАЛ "ТОКУДА ", гр.София – 14 380 бр. или 3,2% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с

него усложнения” – 901 бр., КП № 073 „Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума” – 800 бр., КП № 241.1 „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори с К ” – 557 бр., КП № 017 „Инвазивна диагностика при сърдечно - съдови заболявания” – 547 бр. и КП № 025 „Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване” – 407 бр.;

5. УМБАЛСМ Н.И.Пирогов ЕАД, гр.София – 12 879 бр. или 2,9% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: КП № 219 „Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност” – 723 бр., КП № 145 „Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища” – 703 бр., КП № 220 „Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност” – 534 бр., КП № 074 „Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума” – 410 бр. и КП № 236 „Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан” – 397 бр.;

6. УМБАЛ Св.Иван Рилски ЕАД, гр.София – 11 882 бр. или 2,6% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: КП № 076 „Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания” – 1719 бр., КП № 089.1 „Системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години” – 1140 бр., КП № 090.1 „Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години” – 889 бр., КП № 243 „Диагностика и лечение на лимфоми” – 769 бр. и КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения” – 705 бр.;

7. УМБАЛ Софиямед ООД, гр.София – 11 502 бр. или 2,6% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: КП № 076 „Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания” – 1144 бр., КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения” – 594 бр., КП № 090.1 „Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години” – 574 бр., КП № 069 „Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт” – 410 бр., и КП № 123 „Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им” – 385 бр.

8. МБАЛ „Александровска“ - ЕАД, гр. София – 10 896 бр. или 2,4% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно по: КП № 086.1 „Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити” - остри и хронични, първични и вторични при системни

заболявания - при лица над 18 години” – 678 бр., КП № 056 „Диагностика и лечение на болести на черепно - мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми“ – 484 бр., КП № 134 „Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му” – 392 бр., КП № 133 „Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми“ – 373 бр., КП № 059 „Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи централна нервна система и моторния неврон (ЛАС)” – 367 бр., КП № 026 „Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение“ – 353 бр. и ;КП № 152 „Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища” – 338 бр.;

9. МБАЛ Св.Анна София АД, гр.София – 10 482 бр. или 2,3% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: КП № 098 „Диагностика и лечение на остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром” – 584 бр., КП № 029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация” – 528 бр., КП № 050 „Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза” – 414 бр., КП № 017 „Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания” – 342 бр. и КП № 020 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания” – 295 бр.;

10. УМБАЛ д-р Г.Странски ЕАД“, гр. Плевен – 10 465 бр. или 2,3% от всички пренасочени от други РЗОК пациенти, предимно: КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения” – 959 бр., КП № 243 „Диагностика и лечение на лимфоми” – 466 бр., КП № 242 „Диагностика и лечение на левкеми ”- 388 бр., КП № 138 „Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото със среден обем и сложност“ – 316 бр.;КП № 147 „Оперативни процедури върху мъжка полова система” – 309 бр. и

Новите лечебни заведения за болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК за дейност по клинични пътеки през 2017 г. са СБПЛР Минерални бани ЕООД - Полски Тръмбеш, МБАЛ"Кардиолайф"ООД гр. Ловеч, МБАЛ Света Параскева ООД гр. Плевен и МБАЛ Сърце и Мозък ЕАД гр. Плевен. Стойността на извършената дейност от тези лечебни заведения е в размер на 7 258 хил. лв. и отчетеният брой случаи по КП е 2 266 бр. (Приложение БМП, Таблица 18).

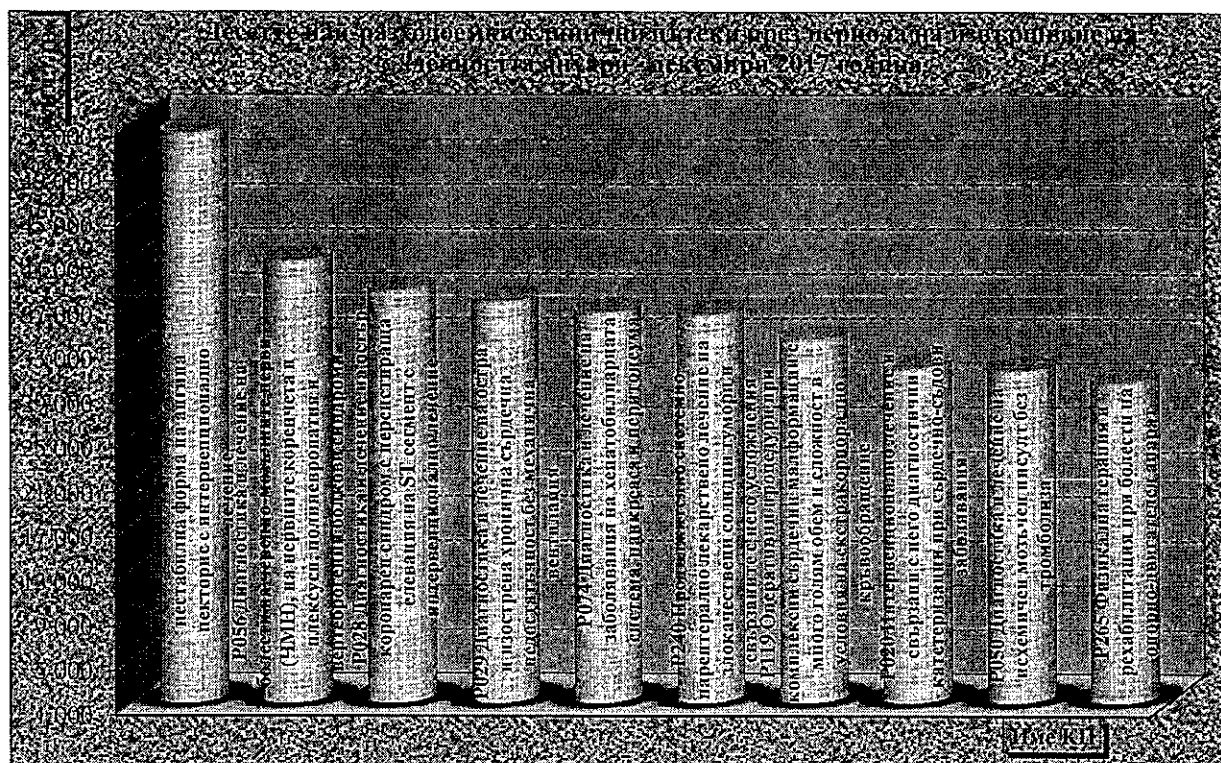
На ниво клинични пътеки

Най-много средства по клинични пътеки за периода на извършване на дейността януари – декември 2017 г. са усвоени по следните КП:

- КП № 026 „Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение,, – 52 164 хил. лв. или 3,6% от всички изплатени средства;
- КП № 056 „Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми“ – 40 692 хил. лв. или 2,8%;
- КП № 028 „Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение“ – 38 048 хил. лв. или 2,6%;
- КП № 029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“ – 37 009 хил. лв. или 2,5%;
- КП № 074 „Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума“ – 36 046 хил. лв. или 2,5%;
- КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“ – 35 829 хил. лв. или 2,5%;
- КП № 119 „Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условия на екстракорпорално кръвообращение“ – 33 656 хил. лв. или 2,3%;
- КП № 020 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания“ – 31 060 хил. лв. или 2,1%;
- КП № 050 „Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза“ – 30 793 хил. лв. или 2,1%;
- КП № 265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ – 29 802 хил. лв. или 2,0%;

(Приложение БМП, Таблица 19).

Графика на 10 - те най-разходоёмки КП за периода на извършване на дейността януари – декември 2017 г. е представена по - долу:



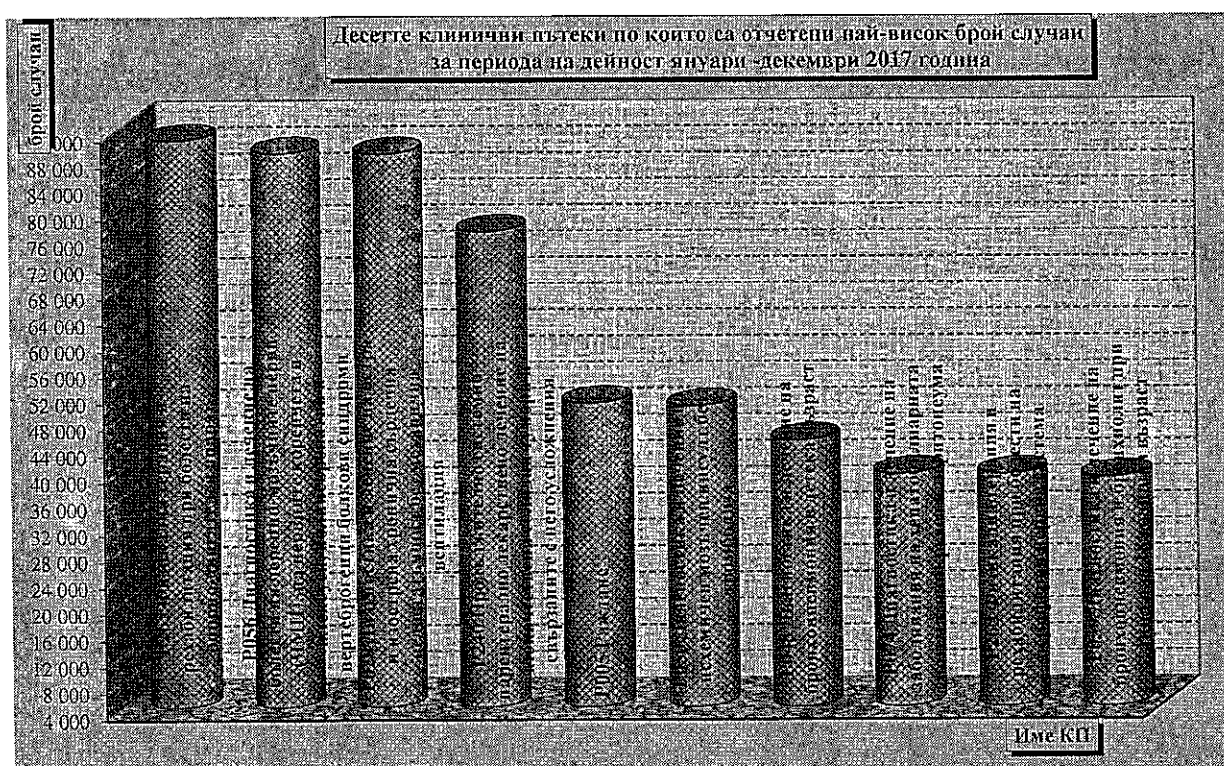
Най-голям брой случаи по КП за периода на извършване на дейността януари – декември 2017 г. е по следните клинични пътеки:

- КП № 265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ – 90 309 бр. или 4,7%;
- КП № 056 „Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми“ – 88 268 бр. или 4,6% от общия брой преминали пациенти;
- КП № 029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“ – 88 146 бр. или 4,6%;
- КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“ – 76 265 бр. или 4,0%;
- КП № 005 „Раждане“ – 50 123 бр. или 2,6%;
- КП № 050 „Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза“ – 49 674 бр. или 2,6%.
- КП № 048 „Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст“ – 44 403 бр. или 2,3%;

- КП № 074 „Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума“ – 39 283 бр. или 2,1%;
- КП № 263 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система“ – 39 241 бр. или 2,1%;
- КП № 039 „Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст“ – 38 727 бр. или 2,0%.

(Приложение БМП, Таблица 21).

10 - те КП, по които са отчетени най-голям брой случаи са представени на графиката по - долу:



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 3 000 лв. са общо 42 от 292 и заемат 20,8% от общия разход за клинични пътеки. Най-голям дял в този разход е на КП № 026 – „Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение“ – 52 164 хил. лв. или 3,6% от общо изплатените средства за дейността по КП. Следват КП № 028 „Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение“ – 38 048 хил. лв. или 2,6%, КП №119 „Оперативни процедури при

комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условия на екстракорпорално кръвообращение, – 33 656 хил. лв. или 2,3%, КП №020 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания“ – 31 060 хил. лв. или 2,1%, КП №251.2 „Модулирано по интензитет лечение на онкологични и неонкологични заболявания 30 дни престой или не по-малко от 20 процедури без нощувка“ – 23 998 хил. лв. или 1,6%, КП №123 „Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им“ – 23 358 хил. лв. или 1,6% и др. (Приложение БП, Таблица 21).

Дейност по клинични процедури (КПр)

Изплатени средства за извършената дейност по клинични процедури през 2017 г. възлиза на 69 160 хил. лв., в т.ч. по Наредба 2 от 25 март 2016 г. – 68 884 хил. лв., а отчетеният брой извършени КПр по Наредба 2 за същия период – 215 638 бр. (Приложение БМП, Таблица 22 - 23).

По видове КПр най-много средства през 2017 г. са изплатени за КПр № 03 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ – 56 005 хил. лв. или 81,3% от всички изплатени средства за дейност по КПр по Наредба 2 и за КПр № 04 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ – 11 495 хил. лв. или 16,7%.

На ниво лечебни заведения най-много средства за този вид дейност са изплатени на УМБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД – 6 112 хил. лв. или 8,9% от всички изплатени средства. Следват МБАЛ Св. Анна - София АД – 4 728 хил. лв. или 6,9% и УМБАЛ Царица Йоанна – ЕАД гр. София – 3 931 хил. лв. или 5,7%.

Най - голям брой са отчетените по КПр № 03 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ – 131 467 бр. или 61,0% от всички отчетени КПр по Наредба 2 през 2017 г. и за КПр № 04 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ – 74 163 бр. или 34,4%.

На ниво лечебни заведения най - голям брой КПр са отчетени от УМБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД – 16 382 бр. или 7,6% от всички отчетени КПр по Наредба 2 през 2017 г. Следват Военномедицинска академия – 12 855 бр. или 6,0% и МБАЛ Св. Анна - София АД – 12 800 бр. или 5,9% и

Дейност по КПр по Наредба 2 през 2017 г. са отчетели общо 79 лечебни заведения за болнична медицинска помощ или със 7 повече от 2016 г.

Дейност за амбулаторни процедури (АПр)

Изплатените средства за амбулаторни процедури през 2017 г. възлиза на 175 282 хил. лв., в т.ч. за извършената дейност по Наредба 2 през 2017 г. – 175 087 хил. лв., а отчетеният брой извършени АПр за същия период – 1 114 797 бр. (*Приложение БМП, Таблица 24 и 25*).

На регионално ниво най-много амбулаторни процедури се отчитат в РЗОК София град – 299 661 бр. или 26,9% от всички отчетени АПр през 2017 г. Следват РЗОК Пловдив – 153 366 бр. или 13,8%, РЗОК Варна – 96 216 бр. или 8,6% и РЗОК Бургас – 59 509 бр. или 5,3%.

На ниво лечебни заведения най-много процедури отчита МБАЛ Света Марина ЕАД, гр. Варна – 58 071 бр. или 5,2% от всички извършени амбулаторни процедури през 2017 г. Следват УМБАЛ Свети Георги ЕАД Пловдив – 38 338 бр. или 3,4% , КОЦ Пловдив ЕООД – 38 102 бр. или 3,4%, и „УМБАЛ Д-р Г. Странски“ ЕАД гр.Плевен – 33 673 бр. или 3,0%.

Най - много средства за АПр са изплатени на РЗОК София град – 51 880 хил. лв. или 29,6% от всички изплатени средства за АПр. Следват РЗОК Пловдив – 22 068 хил. лв. или 12,6%, РЗОК Варна – 20 211 хил. лв. или 11,5%, и РЗОК Бургас – 8 215 хил. лв. или 4,7%.

На ниво лечебни заведения най-много средства за АПр са изплатени на МБАЛ Света Марина ЕАД гр.Варна – 14 091 хил. лв или 8,0% от всички изплатени средства. Следват УМБАЛ Александровска – ЕАД – 10 950 хил. лв. или 6,3%, АДЖИ БАДЕМ Сити Клиник УМБАЛ ЕООД гр. София – 7 163 хил. лв. или 4,1%, УМБАЛ Свети Георги ЕАД Пловдив – 6 733 хил. лв. или 3,8% и „УМБАЛ Д-р Г. Странски“ ЕАД – 3 931 хил. лв. или 2,2% .

По видове амбулаторни процедури (*Приложение БМП, Таблица 25*).най-много средства са изплатени за АПр №01 „Хрониохемодиализа“ – 79 877 хил. лв. или 45,6% от всички изплатени средства за АПр през 2017 г. Следват АПр №36 „Позитронно - емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (РЕТ/СТ)“ – 26 130 хил. лв. или 14,9%, АПр №19 „Оперативно отстраняване на катаракта“ – 13 945 хил. лв. или 8,0% и АПр №07 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ – 13 905 хил. лв. или 7,9%.

Аналогично най - голям брой АПр са отчетени за АПр № 01 „Хрониохемодиализа“ – 554 698 бр. или 49,8% от всички отчетени процедури през 2017 г. Следват АПр № 07 – 106 962 бр. или 9,6%, АПр № 05 „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени

заболявания“ – 90 539 бр. или 8,1% и АПр №06“ Системнолекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ – 88 282 бр. или 7,9%.

Сравнение на утвърдените обеми дейности в БМП и отчетените и заплатените обеми дейности в БМП през 2017 година

Утвърдени обеми дейности за 2017 година бяха приети с два нормативни акта:

- С решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-7-1/11.01.2017 г. за периода януари – април 2017 г. (месеците на дейност декември 2016 г. – март 2017 г.) и
- Национален Рамков Договор (НРД) за 2017 г. за периода май – декември 2017 г. (дейност април – ноември 2017 г.)

Сравнение на утвърдените обеми за БМП с отчетените и заплатените през 2017 г. по касов отчет е представено в таблици 26, 27 и 28 (*Приложение БМП, Таблица 26, 27, 28*).

На ниво клинични пътеки (КП) утвърдените обеми са в размер на 1 889 408 бр. Отчетените и заплатените обеми са в размер на 1 921 688 бр. Увеличението на отчетените и заплатени обеми спрямо утвърдените е в размер на 32 280 бр. или 1,7% (*Приложение БМП, Таблица 26*).

Трябва да се отбележи, че утвърдените обеми и отчетените през 2017 г. за клинични пътеки № 257 „Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при персистиращо (хронично) вегетативно състояние“ и № 253 „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“ са в леглодни. За КП № 254 „Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето“, за КП № 255 „Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции“, КП № 256 „Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обим и сложност с остатъчни проблеми за здравето“ и КП № 260 „Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа“ прогнозният обем и отчетените обеми са в брой случаи, като цената е за 10 леглодни.

Най-голямо увеличение на отчетените през 2017 г. обеми бележат следните клинични пътеки:

- КП № 241.2 „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори с ЯМР“ – от 781 бр. на 2 278 бр. или увеличението е с 191,7%;

□ КП № 235 „Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)“ – от 39 бр. на 108 бр. или увеличението е с 176,9%;

□ КП № 108 „Диагностика и лечение на фаловидно гъбно отравяне“ – от 3 бр. на 7 бр. или увеличението е с 133,3%;

□ КП № 251.2 „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания 30 дни престой или не по-малко от 20 процедури без нощувка“ – от 2 038 бр. на 4 302 бр. или увеличението е с 111,1%;

□ КП № 252.1 „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“ – от 197 бр. на 409 бр. или увеличението е с 107,6%;

□ КП № 136 „Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с много голям обем и сложност“ – от 979 бр. на 1 820 бр. или увеличението е със 85,9%;

□ КП № 251.1 „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания престой 5 дни или не по-малко от 5 процедури“ – от 1 348 бр. на 2 399 бр. или увеличението е със 78,0%;

□ КП № 238 „Реплантация и реконструкции с микросъдова хирургия“ – от 49 бр. на 87 бр. или увеличението е със 77,6% и др.

Общо 151 КП от 295 бележат увеличение на отчетените обеми спрямо утвърдените, като 12 КП бележат увеличение с над 50%.

Неизпълнение на утвърдените обеми бележат следните клинични пътеки:

□ КП № 105 „Диагностика и лечение на вирусни хеморагични трески“ – 8 бр. спрямо утвърдените 24 бр. или намалението е с 66,7%;

□ КП № 248 „Конвенционална телегаматерапия“ – 273 бр. спрямо 793 бр. или намалението е с 65,7%;

□ КП № 217.3 „Оперативни процедури при множествени счупвания и/или луксации на таза, горни и долни крайници“ – 143 бр. спрямо 296 бр. или намалението е с 51,7%;

□ КП № 101 „Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит В, С и D“ – 750 бр. спрямо 1 415 бр. или намалението е с 47,0%;

□ КП № 035 „Диагностика и лечение на хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации в детска възраст“ – 21 бр. спрямо 38 бр. или намалението е със 44,7%;

- КП № 103 „Диагностика и лечение на покривни инфекции“ – 46 бр. спрямо 83 бр. или намалението е със 44,6%;
- КП № 230 „Оперативно лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област“ – 148 бр. спрямо 266 бр. или намалението е със 44,4% и др.

Общо 137 клинични пътеки бележат намаление на отчетените обеми спрямо утвърдените.

Само при седем КП утвърдените обеми отговарят на отчетените. Няма КП, по които не са отчетени обеми.

На ниво **клинични процедури (КПр)** утвърдените обеми са в размер на 196 376 бр. Отчетените и заплатените обеми са в размер на 215 638 бр. Увеличението на отчетените и заплатени обеми спрямо утвърдените е в размер на 19 262 бр. или 9,8% (*Приложение БМП, Таблица 27*).

Най-голямо увеличение на отчетените през 2017 г. обеми бележат следните клинични процедури:

- КПр № 01 „Диализно лечение при остри състояния“ – от на 7 295 бр. на 8 713 бр. или увеличението е с 19,4%;
- КПр № 03 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ – от 113 194 бр. на 131 467 бр. или увеличението е с 16,1%;
- КПр № 02 „Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане“ – от 1 161 бр. на 1 295 бр. или увеличението е с 11,5%;

Общо 3 КПр от 4 бележат увеличение на отчетените обеми спрямо утвърдените.

Неизпълнение на утвърдените обеми бележи:

- КПр № 04 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ – 74 163 бр. спрямо 74 726 бр. или намалението е с 0,8%.

Общо 1 КПр бележи намаление на отчетените обеми спрямо утвърдените

На ниво **амбулаторни процедури (АПр)** утвърдените обеми са в размер на 1 037 197 бр. Отчетените и заплатените обеми са в размер на 1 114 797 бр. Увеличението на отчетените и заплатени обеми спрямо утвърдените е в размер на 77 600 бр. или 7,5% (*Приложение БМП, Таблица 28*).

Най-голямо увеличение на отчетените през 2017 г. обеми бележат следните АПр:

□ АПр № 26 „Амбулаторни хирургични процедури“ – от 903 бр. на 9 661 р. или увеличението е с 969,9%;

□ АПр № 27 „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ – от 786 бр. на 3 262 бр. или увеличението е с 315,0%;

□ АПр № 17 „Диагностика и лечение на еритродермии“ – от 400 бр. на 1 585 бр. или увеличението е с 296,3%;

□ АПр № 29 „Постапна вертикализация и обучение в ходене“ – от 341 бр. на 1 195 бр. или увеличението е със 250,4%;

□ АПр № 16 „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“ – от 576 бр. на 1 806 бр. или увеличението е с 213,51%;

□ АПр № 33 „Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема“ – от 422 бр. на 974 бр. или увеличението е с 130,89% и др.

Общо 23 АПр от 42 бележат увеличение на отчетените обеми спрямо утвърдените, като 12 АПр бележат увеличение с над 50%.

Неизпълнение на утвърдените обеми бележат следните АПр:

□ АПр № 28 „Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви“ – 2 бр. спрямо утвърдените 127 бр. или намалението е с 98,4%;

□ АПр № 39 „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“ – 12 бр. спрямо утвърдените 395 бр. или намалението е с 97,0%;

□ АПр № 34 „Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт“ – 1 637 бр. спрямо утвърдените 3 394 бр. или намалението е с 51,8%;

□ АПр № 11 „Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика“ – 3 467 бр. спрямо утвърдените 5 135 бр. или намалението е с 32,5% и др.

Общо 13 АПр бележат намаление на отчетените обеми спрямо утвърдените.

За 6 АПр няма отчетени обеми.

Изводи:

Основните фактори, които влияят в процеса на нарастване на здравноосигурителните плащания на НЗОК за БМП са:

□ Продължаващата тенденция на застаряване на ЗОЛ и свързаната с това висока необходимост от медицинска помощ. От друга страна по-ниските доходи на лицата в тази възрастова група водят до негативната тенденция свързана с незакупуване и неприлагане

на предписаното извънболнично лечение на заболяванията, в следствие на което нараства потребността от болнично лечение;

□ Въвеждането в алгоритъма на дейностите, заплащани от НЗОК, на новите високотехнологични и високоспециализирани методи и терапии, които предвид изискваните ресурси се заплащат на по-високи цени от НЗОК. Освен това във връзка с по-добрата си медицинска ефективност те са предпочитани за прилагане, както от пациентите, така и медицинските специалисти, което води до бързо увеличаване на отчитаните обеми.

□ Предвид организацията здравноосигурителните плащания на НЗОК за основния пакет здравни дейности, със средствата за направление болнична помощ се заплащат и дейностите които не предполагат болнично лечение, като например АПр, осъществявани по договори както с лечебни заведения за болнична помощ, така и за извънболнична помощ. Заплащането за АПр в размер от 175 281,6 хил. лв., формира около 10,3% от здравноосигурителните плащания за БМП през 2017 г.

□ Предвид факта, че бюджетните средства на НЗОК са ограничени, е необходимо без да се ограничават правата на ЗОЛ на достъп до основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, да се ограничават изпълнителите на болнична помощ да предлагат свръх услуги, при балансирано постигане на ефективност при лечението на болестите.

□ Друга причина за високия разход за болнична медицинска помощ е че основният пакет медицински дейности (Наредба №2/2016), които НЗОК заплаща на изпълнители на БМП като предвидените финансови ресурси са не достатъчни и спрямо нарастналия брой ЛЗ за БМП през последните няколко години.

□ Заплащането на изпълнителите на БМП е за извършената дейност (КП, КПр, АПр) и не е обвързано с конкретните резултати (качествени критерии) от лечението. Принципът на финансиране по клинични пътеки стимулира болниците да приемат всички пациенти („повече пациенти – повече приходи”), да кодират такива диагнози, за които могат да отчетат по-скъпи КП, да прехвърлят пациентите от отделение в отделение, за да регистрират случаи по нова КП. Липсва система, чрез която да се оценява и измерва степента на тежест на състоянието при хоспитализация и същата при изписването, т.е. възможностите за оценка на своевременността, адекватността, здравната ефективност и качеството на предоставената медицинска помощ.

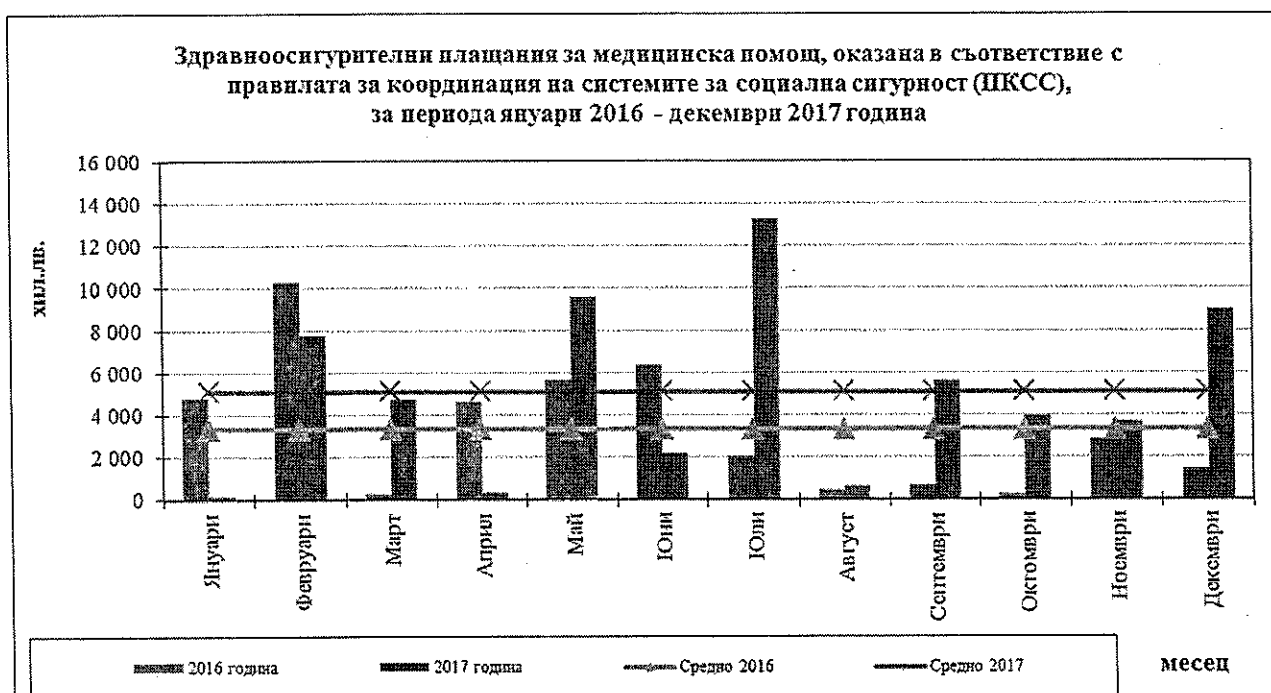
3.8. Медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 60 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 1 024,2 хил. лв., в т.ч.:

- с 960,1 хил. лв. с утвърдени вътрешно-компенсирани промени от Управителя на НЗОК, съгласно решение на НС на НЗОК, по реда на чл. 115 от ЗПФ и
- с 64,1 хил. лв. целеви субсидии от МЗ по реда § 3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

В резултат на промените годишният план на средствата, определени за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност е в размер на 61 024,2 хил. лв. (в т.ч. 122 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Отчетените през 2017 г. разходи са в размер на 61 024,2 хил. лв. (в т.ч. 122 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 1,7% от всички извършени през 2017 г. здравноосигурителни плащания или 100,0% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършения към 31.12.2016 г. разход се отчита ръст с 21 277,7 хил. лв. или с 53,5%.



Общата сума на здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, през 2017 г. са в размер на 63 170,1 хил. лв. Постъпленията от възстановени разходи за медицинска помощ,

оказана на осигурени лица от други държави-членки, са в размер на 2 145,9 хил. лв. което намалява с 3,4% плащанията на НЗОК по параграфа (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 2017 г., 5 466,4 хил. лв. (в т.ч. 122 хил. лв. трансфер към ведомствени болници) или 9,0% 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 2016 г. – ноември 2017 г. Разходът през отчетната 2017 г. е с 1 315,5 хил. лв. или с 31,7% повече от този през 2016 г.

Графиката илюстрира ежемесечната динамика на касовия разход през периода януари 2016 – декември 2017 г. съпоставен със стойността на разхода, отнесена към периода, през който е реализирана заплатената дейност (Приложение ПКСС, Таблица 3.)



Здравноосигурителните плащания на НЗОК по двустранни спогодби (с Република Македония, с Република Сърбия и с Черна гора) през 2017 г. представляват 17,7 хил. лв. или 0,3% от здравноосигурителните плащания за медицинска помощ за осигурени в други държави лица. Разходът е нараснал с 15 хил. лв. или с 574,2% спрямо 2016 г. (Приложение ПКСС, Таблицы 4,5).

В ролята си на институция по място на оказване на помощта, през 2017 г. НЗОК е заплатила за медицинска помощ на осигурени лица от 30 от другите държави-членки на ЕС и ЕИП (всички държави без Лихтенщайн). Здравноосигурителните плащания на НЗОК за медицинска помощ на територията на България на осигурени в другите държави-членки на ЕС/ЕИП лица през 2017 г. представляват 5 448,7 лв. или 99,7% от здравноосигурителните плащания за медицинска помощ за осигурени в други държави лица. В абсолютна стойност разходът е нараснал с 1 300,4 хил. лв. или с 31,3% спрямо 2016 г. (*Приложение ПКСС, Таблица 5*).

Най-висок е разходът за лица, осигурени във Великобритания – 1 658,2 хил. лв. или 30,3% от здравноосигурителните плащания за медицинска помощ на осигурени в друга държава лица, в Германия – 1 020,7 хил. лв. или 18,7%, в Италия – 735,6 хил. лв. или 13,5%, в Гърция – 281,9 хил. лв. или 5,2%. И през 2016 г. разходите за медицинска помощ за лица, осигурени в тези четири държави, са формирали над 60% от разход. (*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 – формуляри за регистриране към НЗОК на осигурени лица от друга държава-членка (наети, самостоятелно заети, пенсионери и членовете на техните семейства - E106, E109, E120, E121, E123, S1 и DA1).

През 2017 г. здравноосигурителните плащания по ПКСС за медицинска помощ за лица, осигурени в други държави, на основание на удостоверителни документи, даващи право на:

– необходимата медицинска помощ в случай на престой, възлизат на 3 646,4 хил. лв. или 66,7% от плащанията, като са нараснали с 734 хил. лв. или с 25,2% спрямо 2016 г.;

– планова медицинска помощ, възлизат на 1,9 хил. лв. или 0,03% от плащанията, като спрямо 2016 г. се отчита намаление с 1 хил. лв. или с 35,5%;

– ползване на целия пакет медицинска помощ, възлизат на 1 818,1 хил. лв. или 33,3% от плащанията, като спрямо 2016 г. са нараснали с 582,5 хил. лв. или с 47,1% (*Приложение ПКСС, Таблици 6,7*).

През 2017 г. здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана на територията на България на осигурени в други държави лица, са извършвани от всички РЗОК. Запазва се тенденцията от предходните години основният разход по параграфа да е концентриран в РЗОК София-град – 1 250 хил. лв. или 22,9% от разхода, РЗОК Пловдив – 1 000,3 хил. лв. или 18,3%, РЗОК Варна – 671 хил. лв. или 12,3%, РЗОК Бургас – 530 хил. лв. или 9,7%. И през 2016 г. тези четири РЗОК са извършили основния дял от тези разходи – над 60% (*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 – 4 679,6 хил. лв. или 85,6%, следвана от лекарствените средства за домашно лечение – 649,1 хил. лв. или 11,9%. Здравноосигурителните плащания за извънболнична медицинска и дентална помощ представляват 137,7 хил. лв. или 2,5% от този разход. При всички видове медицинска помощ се отчита увеличение спрямо 2016 г. (*Приложение ПКСС, Таблици 9, 10, 11, 12*).

Възстановяване между държавите на разходите за обезщетения в натура, оказани на лица, осигурени в друга държава

Съгласно европейските регламенти за координация на системите за социална сигурност, възстановяването между държавите на разходите за обезщетения в натура, оказани на лица, осигурени в друга държава, се извършва по два начина – възстановяване на действително извършени разходи и възстановяване по реда на средномесечни суми. Вторият начин се прилага само за възстановяване на разходи в случаите на пребиваване в друга държава на пенсионери и членове на техните семейства и членове на семейства на наети и самонаети лица, когато пребивават в другата държава без основното осигурено лице. По новите Регламенти (влезли в сила от м.май 2010 г.) възстановяване по реда на средномесечни суми се прилага само от 10 държави, които поради организацията на финансиране на системите си за здравеопазване срещат трудности при персоналното идентифициране на извършените разходи. Предвид обвързаността на плащанията на НЗОК с персоналното отчитане от изпълнителите на оказаната медицинска помощ, България не е сред държавите,

прилагащи средните суми по новите Регламенти. От 2013 г. Италия и Малта също се изключват от този списък.

През 2017 г. България има и действащи двустранни спогодби за социална сигурност, с обхват по отношение на здравното осигуряване, с Македония, Сърбия и Черна гора. Съгласно двустранните спогодби възстановяването между държавите на разходите за обезщетения в натура, оказани на лица, осигурени в другата държава се извършва на базата на действително извършени разходи.

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

Общо от пратените до 2017 г. искове към други държави (вкл. за възстановяване на действително извършени разходи и за възстановяване по реда на средномесечни суми), към 01.01.2017 г. 31 държави дължат възстановяване, като общата дължима сума възлиза на 5 115 хил. лв. С най-голяма обща стойност са дължимите суми на Великобритания – 1 813 хил. лв. или 35,5% от общата стойност на неприключените искове; Германия – 836 хил. лв. или 16,3%; Италия – 798 хил. лв. или 15,6% и Гърция – 490 хил. лв. или 9,6% (*Приложение ПКСС, Таблица 13*).

През 2017 г. НЗОК е изпратила искове към 33 държави на обща стойност 2 862 хил. лв. С най-голяма обща стойност са исковете към Германия – за 802 хил. лв. или 28,0% от общата стойност на изпратените искове; Италия – за 457 хил. лв. или 16,0%; Гърция – за 267 хил. лв. или 9,3% и Кипър – за 157 хил. лв. или 5,5% (*Приложение ПКСС, Таблица 13*).

До края на 2017 г. са постъпили възстановявания от 26 държави в размер на 2 146 хил. лв., които представляват 42% от общата сума на неприключените към 01.01.2017 г. искове. Постъпленията през 2017 г. са с 160 хил. лв. или със 7% по-малко от тези през 2016 г. От възстановените суми най-голям е размерът на плащанията от Германия – 602 хил. лв. или 28,1% от постъпленията през годината, от Гърция – 284 хил. лв. или 13,3% от постъпленията и от Италия – 259 хил. лв. или 12,1% от постъпленията (*Приложение ПКСС, Таблица 13*).

Общата сума на дължимите от другите държави суми към България към 31.12.2017 г. възлиза на 5 802 хил.лв. Най-голяма е дължимата сума на Великобритания – 1 856 хил. лв. или 32,0% от общата дължима сума; Германия – 1 013 хил. лв. или 17,5%; Италия – 996 хил. лв. или 17,2%; Гърция – 472 хил. лв. или 8,1%. Общата сума на неприключените към 31.12.2017 г. искове се е увеличила с 687 хил. лв. или със 13,4% спрямо тази към 31.12.2016 г. (*Приложение ПКСС, Таблица 13*).

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

През 2017 г. общият разход за заплащане по искове от другите държави възлиза на 57 268 хил. лв. и представлява 93,8% от разходите на НЗОК за здравноосигурителни плащания за медицинска помощ по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност. Увеличението на разхода спрямо 2016 г. е с 20 021 хил. лв. или с 53,8. *(Приложение ПКСС, Таблица 2).*

От постъпилите от другите държави искове, по реда за възстановяване на действително извършени разходи, към 01.01.2017 г. НЗОК дължи плащане на 32 държави на обща стойност 229 293 хил. лв., за получени обезщетения в натура в тези държави от лица, осигурени в НЗОК. С най-голям общ обем неприключените индивидуални справки (брой Е125 и Е127) са исковете от Германия – 89 456 бр. или 60,2% от индивидуалните справки по неприключените искове, от Австрия – 12 340 бр. или 8,3% и от Испания – 10 885 бр. или 7,3%. С най-голяма обща стойност са исковете от Германия – за 98 777 хил. лв. или 43,1% от общата стойност на неприключените искове и от Франция – за 35 025 хил. лв. *(Приложение ПКСС, Таблица 14).*

През 2017 г. от 32 държави са постъпили нови искове, съдържащи 49 463 индивидуални справки на обща стойност 93 965 хил. лв. С най-голям обем са исковете от Германия – 26 549 бр. или 53,7% от индивидуалните справки постъпили през 2017 г. и от Австрия – 6 548 бр. или 13,2%. С най-голяма обща стойност са исковете от Германия – за 47 005 хил. лв. или 50,0% от общата стойност на исковете и от Франция – за 9 762 хил. лв. или 10,4% *(Приложение ПКСС, Таблица 14).*

През 2017 г. за заплащане по искове от другите държави, по реда за възстановяване на действително извършени разходи, НЗОК е извършила здравноосигурителни плащания в размер на 57 268 хил. лв. Плащанията са извършени в рамките на наличните бюджетни средства след обработка на исковете и проверки за пълнота и коректност на индивидуалните справки, валидност на удостоверителния документ и недублиране на плащанията. Възстановените сумите са по 47 433 бр. индивидуални справки, като в резултат на проверките са отхвърлени 285 индивидуални справки за 6 866 хил. лв. От възстановените суми най-голям е размерът на плащанията към Германия – 27 473 хил. лв. или 48% от плащанията; към Белгия – 6 706 хил. лв. или 11,8% *(Приложение ПКСС, Таблица 14.)*

По платените от НЗОК искове най-висока е сумата за болнична помощ – 37 612 хил. лв. или 65,7% от разхода. Сумите за останалите видове обезщетения в натура са както следва: за

извънболнична медицинска помощ – 8 293 хил. лв. или 14,5%; за дентална помощ – 883 хил. лв. или 1,5%; за лекарства – 4 936 хил. лв. или 8,6%; за други обезщетения в натура – 5 251 хил. лв. или 9,2% и за средни разходи за пребиваване – 293 хил. лв. или 0,5%. Тази тенденция е характерна и за разпределението на плащанията и през предходните години, както и по държави – над 50% от сумите за заплатените обезщетения в натура за наши осигурени лица са за болнична помощ при почти всички държави (*Приложение ПКСС, Таблици 15 и 16*).

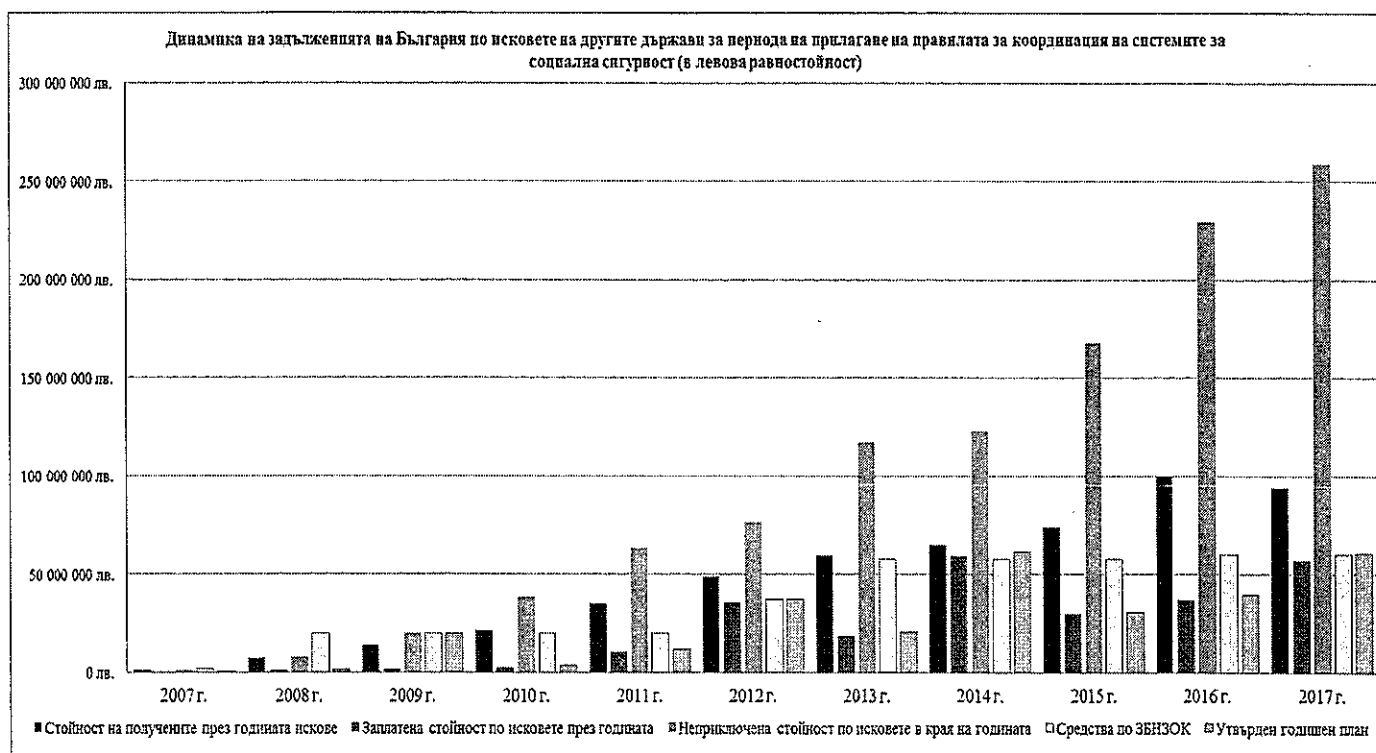
Запазва се тенденцията, получените обезщетения в натура да са основно по повод на спешни и неотложни състояния, възникнали по време на временен престой на лицата в другите държави – 37 768 хил. лв. или 65,9% от заплатената от НЗОК сума е на основание на ЕЗОК или УВЗ ЕЗОК, издадени от НЗОК. Разходите на основание на формуляри за продължително пребиваване представляват 12 377 хил. лв. или 21,6% от заплатената сума (*Приложение ПКСС, Таблици 17 и 18*).

През 2017 г. плащанията на НЗОК по искове от другите държави на основание издадени разрешения за планово болнично лечение (E112/S2) са в размер от 7 123 хил. лв. или 12,4% от заплатената сума, от тях 4 002 хил. лв. са по издадени формуляри E112/S2 от Министерство на здравеопазването/Център „Фонд за лечение на деца“.

Към 31.12.2017 г. общият брой на неприключените индивидуални справки по искове от други държави за възстановяване по реда на действителни разходи представлява 150 222 бр., на обща стойност 259 111 хил. лв. С най-голяма обща стойност са исковете от Германия – за 118 309 хил. лв. или 45,7% от общата сума; Франция – за 39 035 хил. лв. или 15,1%. Общата сума дължима от България по искове от други държави за възстановяване по реда на действителни разходи е нараснала с 29 819 хил. лв. или с 13% спрямо тази към 31.12.2016 г. (*Приложение ПКСС, Таблица 14*).

През всяка от годините от приемането на България в ЕС годишните суми на платените задължения по исковете на другите държави са по-ниски от стойността на постъпилите през годината искове, което се дължи на недостатъчни бюджетни средства в периода на календарната година и е причина за непрестанно нарастване на стойността на задълженията към другите държави, от които към 31.12.2017 г. просрочените задължения са в размер на 119 467 хил. лв.

Следващата диаграма представя динамиката на задълженията на Р България по исковете на другите държави по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност индивидуални справки, за десетте години на членство на България в ЕС.



Възстановяване на разходи на ЗОЛ на НЗОК за заплатена от тях медицинска помощ при престой в друга държава

През 2017 г. в НЗОК са постъпили 333 заявления от ЗОЛ за възстановяване на разходи за заплатена от тях медицинска помощ при престой в друга държава-членка на ЕС и ЕИП на обща стойност 1 858 хил. лв.

През 2017 г. е приключена процедурата по разглеждане по 192 от постъпилите в НЗОК заявления. Няма възникнали финансови задължения за НЗОК по 43 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.

Частично или пълно възстановяване на извършените разходи на стойност 435 хил. лв., формиращи 0,7% от плащанията по параграфа през 2017 г., е одобрено по 140 от заявленията. При най-голям брой от заявленията с възстановяване през 2017 г. по извършените разходи, помощта е получена в Германия – 48 заявления или 34,3% от заявленията и обща стойност на възстановените разходи – 295 хил. лв. или 67,8% от възстановените суми. Средната сума на

възстановените през 2017 г. разходи по заявления на ЗОЛ е 3 109 лв. Спрямо 2016 г. плащанията по това направление на разхода са с 230 хил. лв. или със 34,6% по-малко (*Приложение ИКСС, Таблица 19*).

Изводи:

□ Съгласно ЗЗО и вписванията на Република България в европейските регламенти за координация на системите за социална сигурност и съответните двустранни спогодби, НЗОК следва да гарантира с бюджета си здравноосигурителните права на осигурените в НЗОК лица, при техния престой или пребиваване на територията на другите държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария, Македония, Сърбия и Черна гора, както и на осигурените в тези държави граждани при техния престой или пребиваване на територията на Република България.

□ За единадесетте години на членство на Р България в ЕС, средногодишният темп на нарастване разходите на НЗОК за заплащане на медицинска помощ, оказана на територията на България от договорни партньори на НЗОК за осигурени в други държави лица е с 31%, като през 2017 г. разходите са в размер на 5 466 хил. лв. за 6 хил. случая.

□ За последните пет години средногодишното изменение на стойностите по постъпващите иски от други държави за получени на тяхна територия обезщетения в натура от ЗОЛ, осигурени в НЗОК е с 15%, като левовата равностойност на постъпилите през 2017 г. иски е 93 965 хил. лв. по 49 хил. индивидуални справки за извършени разходи.

□ През всяка от годините от началото на членството на България в ЕС годишните суми на изплатените задължения на НЗОК по исковите на другите държави са значително по-ниски от стойността на постъпилите през съответната календарна година чужди иски, което води до трайно нарастване на размера на задълженията на НЗОК към другите държави членки. Тези темпове на нарастване на задълженията на Република България по правилата за координация на системите за социална сигурност значително надвишават финансовите възможности на НЗОК, като към 31.12.2017 г. общата стойност на неприключените иски от другите държави възлиза на 259 111 хил. лв., от които просрочените задължения са в размер на 119 467 хил. лв. Неспазване на сроковете за изплащане на задълженията на България към другите държави-членки кредиторки в следствие на недостатъчните средства в ЗБНЗОК за съответната година, е налице неизпълнение на задължения на държавата за гарантиране правата на българските граждани по време на техния временен престой или пребиваване на територията на другите държави-членки.

□ През 2017 г., в рамките на окончателно утвърдените бюджетни средства, извършените плащания приключват задължения по искове от другите държави, постъпили в период преди 36 месеца (преди 2015 г.), при постановен срок за извършване на плащанията по постъпили искове, съгласно Регламент (ЕО) № 987/2009 г., в рамките на 18 месеца от постъпването.

□ Основната част (над 75% от общата стойност) от исковете на НЗОК към другите държави се заплаща в рамките на регламентирания 18-месечен период, като от институциите на Дания, Норвегия, Люксембург, Малта, Швеция и Литва тези плащания се извършват в 6-месечен период. Най-големи забавяния се отчитат по исковете към Португалия (60 месеца).

4. ПЛАЩАНИЯ ОТ ТРАНСФЕРИ ОТ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПО ЧЛ.1, АЛ.1, РЕД 3 ОТ ЗБНЗОК ЗА 2017 Г.

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 24 000 хил. лв.

Към 31.12.2017 г. са изплатени 23 652,4 хил. лв. (в т.ч. 97,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 98,6% от заложените средства в ЗБНЗОК за 2017 г. Със средствата са заплатени дейности и продукти предоставени в периода м.ноември 2016 г. – м.август 2017 г. (или 10 месеца на дейност). Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита намаление със 710,5 хил. лв. или с 2,9%, като през 2016 г. са заплатени дейности и продукти предоставени в периода м.ноември 2015 г. – м.октомври 2016 г. (или 12 месеца на дейност).

По направления на плащанията от трансфери от МЗ разпределението е както следва:

Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ – приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 2 180 хил. лв. Към 31.12.2017 г. са изплатени 2 000,3 хил. лв. (в т.ч. 48 лв. трансфер за ведомствени болници) или 91,8% от заложените средства в ЗБНЗОК за 2017 г. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 1 315,8 хил. лв. или със 192,2%. Въпреки по - малкия период на дейност, заплатен през 2017 г., високият ръст на разходите се дължи на включването от 01.03.2017 г. на заплащане по „Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 – 2021 г.“ Средномесечният разход за периодите на заплащане по двете програми, в размер на 366,3 хил. лв., представлява нарастване на разхода с 317,7 хил. лв. или със 753,7% спрямо средномесечния разход през 2016 г. за заплащане само

по „Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2012 – 2016 г.“

Дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение – приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 1 740 хил. лв. Към 31.12.2017 г. са изплатени 1 735,3 хил. лв. (в т.ч. 74,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 99,7% от заложените средства в ЗБНЗОК за 2017 г. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 64,1 хил. лв. или с 3,8%. Средномесечният разход за периодите на дейност, заплатени през 2017 г., в размер на 173,5 хил. лв. е по - висок с 34,3 хил. лв. или с 24,6% спрямо средномесечния разход за периодите на дейност, заплатени през 2016 г., на което се дължи и отчетения ръст в разходите през 2017 г., въпреки по-малкия заплатен период на дейност.

Дейности за здравнонеосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ – приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 4 680 хил. лв. С решение на НС на НЗОК за вътрешно - компенсирани промени средствата бяха намалени с 635 хил. лв. Годишният план е в размер на 4 045 хил. лв. Към 31.12.2017 г. са изплатени 4 009,1 хил. лв. или 99,1% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита намаление с 696 хил. лв. или с 14,8%. Средномесечният разход за периодите на дейност, заплатени през 2017 г., в размер на 400,9 хил. лв. е по-висок с 8,8 хил. лв. или с 2,2% спрямо средномесечния разход за периодите на дейност, заплатени през 2016 г.

Плащания за сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО – приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. средства са в размер на 15 400 хил. лв. С решение на НС на НЗОК за вътрешно - компенсирани промени средствата бяха увеличени с 635 хил. лв. за сметка на средствата за дейности за здравнонеосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ. Годишният план е в размер на 16 035 хил. лв. (в т.ч. 23,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Към 31.12.2017 г. са изплатени 15 907,7 хил. лв. (в т.ч. 23,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 99,2% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита намаление с 1 394,4 хил. лв. или с 8,1%. Средномесечният разход за периодите на дейност, заплатени през 2017 г., в размер на 1 541,3 хил. лв. е по - висок с 58,3 хил. лв. или с 3,9% спрямо средномесечния разход за периодите на дейност, заплатени през 2016 г.

5. ПРИДОБИВАНЕ НА НЕФИНАНСОВИ АКТИВИ

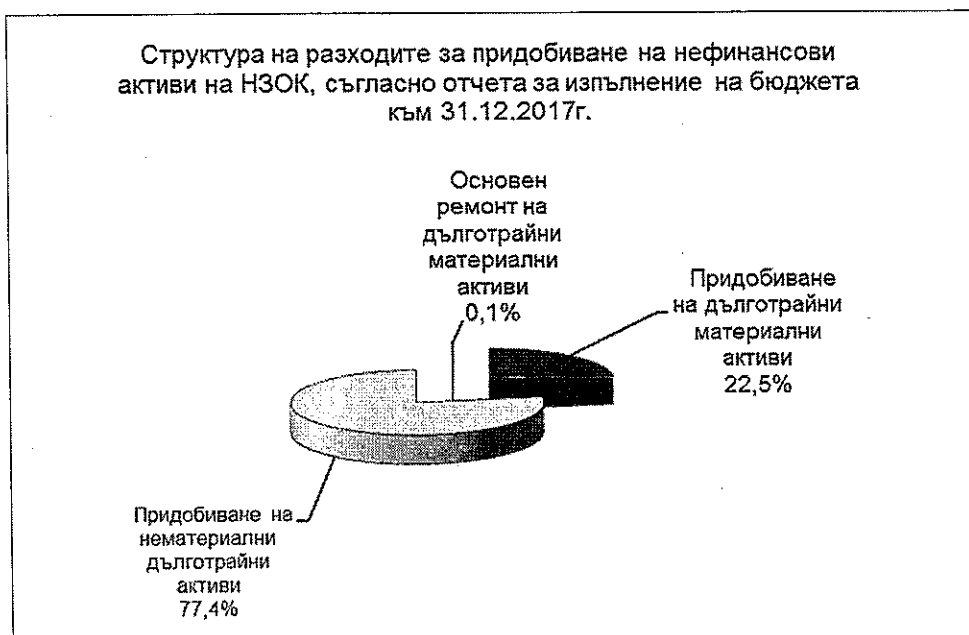
Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 6 000 хил. лв. и представляват 0,2% от приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи и трансфери – всичко. С решение на НС на НЗОК средствата бяха намалени с 3 473,5 хил. лв., за сметка на увеличение на здравноосигурителните плащания, по реда на чл. 115 от ЗПФ. Годишният план е в размер на 2 526,5 хил. лв. Към 31.12.2017 г. са изплатени 2 520,1 хил. лв. или 99,7% от заложените в годишен план средства и 0,1% от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2017 г. Отчетените през 2017 г. разходи за придобиване на нефинансови активи заемат същия дял от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2016 г.

Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за разходи за придобиване на нефинансови активи към 31.12.2017 година						хил. лв.
ПОКАЗАТЕЛИ	Параграф	Инвестиционна програма 2017 г. първоначално разпределение с Решение №РД-НС-04-8 от 17.01.2017г.	Годишен план Инвестиционна програма 2017 г.	Отчет за изпълнението на бюджета към 31.12.2017 г.	Изпълнение към годишен план	
Придобиване на нефинансови активи		6 000,0	2 526,5	2 520,1	99,7%	
Основен ремонт на дълготрайни материални активи	51-00	2 270,3	3,5	2,2	61,4%	
Придобиване на дълготрайни материални активи	52-00	1 489,4	567,7	567,3	99,9%	
Придобиване на компютри и хардуер	52-01	476,0	371,7	371,6	100,0%	
Придобиване на друго оборудване, машини и съоръжения	52-03	464,9	191,4	191,1	99,8%	
Придобиване на транспортни средства	52-04	540,0	0,0	0,0		
Придобиване на стопански инвентар	52-05	8,5	4,6	4,6		
Придобиване на нематериални дълготрайни активи	53-00	2 240,3	1 955,3	1 950,6	99,8%	
Придобиване на програмни продукти и лицензи за програмни продукти	53-01	2 240,3	1 955,3	1 950,6	99,8%	

Към 31.12.2017 г. са извършени разходи в размер на 2 520,1 хил. лв., както следва:

- 2,2 хил. лв. за основни ремонти в РЗОК;
- 567,3 хил. лв. за придобиване на дълготрайни материални активи, в т.ч.:
- 1 950,6 хил. лв. за придобиване на нематериални дълготрайни активи – за развитие на ПИС на НЗОК, покриване на нуждите от лицензи за надграждане и разширение на ИТ структурата на НЗОК, придобиване на антивирусен софтуер, софтуер за управление

на архива на НЗОК и изграждане на допълнителни софтуерни модули за надграждане на съществуващата система HOSP_CPW.



6. РЕЗЕРВ, ВКЛЮЧИТЕЛНО ЗА НЕПРЕДВИДЕНИ И НЕОТЛОЖНИ РАЗХОДИ

Приетият със ЗБНЗОК за 2017 г. резерв е в размер на 341 381,6 хил. лв.

В съответствие с правомощията, определени със ЗПФ, ЗЗО и ЗБНЗОК, с решения на НС на НЗОК средствата са освободени и разпределени за здравноосигурителни плащания, както следва:

- със 7 270,9 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за СИМП,
- с 12 877,4 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за ДП,
- с 836,3 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за МДД,
- със 182 238 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, в т.ч. със 120 140 хил. лв. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната и с 62 098 хил. лв. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги,
- с 18 420 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ
- със 119 739 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за БМП.

След освобождаването на средствата от резерва са извършени корекции по бюджета на НЗОК за 2017 г.

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

7. ПРЕДОСТАВЕНИ ТРАНСФЕРИ НА НАЦИОНАЛНАТА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ ПО ЧЛ. 24, Т. 6 ОТ 330 И КЪМ БЮДЖЕТНИ ОРГАНИЗАЦИИ, СКЛЮЧИЛИ ДОГОВОРИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ С НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

Приетите със ЗБНЗОК за 2017 г. разходи са в размер на 4 054 хил. лв. През годината средствата бяха увеличени с отчетените като трансфери средства, заплащани по договори, сключени между разпоредители с бюджет и НЗОК (ведомствени болници), в размер на 82 384,5 хил. лв., на основание §4 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. и указания на МФ ДР № 1 от 05.01.2017 г. В резултат годишният план е в размер на 86 438,5 хил. лв.

Към 31.12.2017 г. са изплатени 86 438,5 хил. лв. или 100,0% от заложените в годишен план средства. От общите средства 4 054 хил. лв. са предоставените трансфери на НАП за такса за обслужване събирането на здравноосигурителни вноски, дължими за 2016 г. и за 2017 г., до размера на заложените в ЗБНЗОК за 2017 г. средства.

Като трансфери към ведомствените болници са отчетени средства в размер на 82 384,5 хил. лв., съгласно Указания на МФ ДР №1 от 05.01.2017 г., като от тях 51,4 хил. лв. са от здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ, 619,1 хил. лв. са от здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение), 571,6 хил. лв. от здравноосигурителни плащания за медико - диагностична дейност, 6 631,4 хил. лв. от здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, 3 474,5 хил. лв. от здравноосигурителни плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, 70 816,7 хил. лв. от здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ, 122 хил. лв. от други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност и 97,7 хил. лв. от плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от 33 (48 лв.), дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно - венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение (74,5 хил. лв.) и за суми по чл. 37, ал. 6 от 330 (23,1 хил. лв.)

IV. БЮДЖЕТНО САЛДО (ДЕФИЦИТ / ИЗЛИШЪК)

Съгласно ЗБНЗОК за 2017 г. (ДВ бр. 98 от 2016 г.) бюджетът на НЗОК за 2017 г. е приет с балансирано бюджетно салдо.

В резултат на отчетените към 31.12.2017 г. разходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 571 333,3 хил. лв., спрямо отчетените приходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 581 495,3 хил. лв. се формира положително бюджетно салдо (излишък) за годината в размер на 10 162,1 хил. лв.

V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса е реализирано в съответствие със Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г., като извършените процеси по изпълнението се подчиняват на законосъобразност и прецизност на разходването на средствата. Дейността по администриране на всички видове плащания – административни, здравноосигурителните плащания, придобиване на нефинансови активи и плащания от трансферни средства са осъществени при точно прилагане на нормативните актове и решенията на Надзорния съвет на НЗОК.

УПРАВИТЕЛ НА НЗОК:

ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ, Д.М.Н.

Съгласували:

Д-р Йорданка Пенкова – подуправител на НЗОК

Михаил Гайдаржиев – главен секретар на НЗОК

Ганка Аврамова - директор на дирекция БФП

Изготвили:

Таня Кирилова – началник отдел УЗОП в дирекция БФП

Румяна Табакова – началник отдел УПРАД в дирекция БФП

Моника Белева – главен експерт в дирекция БФП

Росица Василева – главен експерт в дирекция БФП

Таня Кунева – главен експерт в дирекция БФП

Йордан Банков – главен експерт в дирекция БФП

Евгения Стойчева – главен експерт в дирекция БФП

Милена Павлова – главен експерт в дирекция БФП

Даниела Драгомирова – главен експерт в дирекция БФП

Ваня Гойчева – главен експерт в дирекция БФП



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ

№...02.01-69.....
...29 юни... 2018 г.

НАРОДНО СЪБРАНИЕ	
Вх. №	802-00-33
Дата	29 / 06 2018

ДО

ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА
НАРОДНОТО СЪБРАНИЕ

г-жа ЦВЕТА КАРАЯНЧЕВА

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО КАРАЯНЧЕВА,

На основание чл. 30, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване изпращам Ви одобрения с Решение № 445 на Министерския съвет от 2018 г. Годишен отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителната каса за 2017 г. за приемане от Народното събрание.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Решение на Министерския съвет.
2. Проект на Решение на Народното събрание.
3. Решение № РД-НС-04-39 на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса от 14 юни 2018 г.
4. Годишен отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г.

ЗА МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ:

(Томислав Дончев)



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ

Препис

РЕШЕНИЕ № 445

от 29 юни 2018 година

ЗА ОДОБРЯВАНЕ НА ГОДИШНИЯ ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА
БЮДЖЕТА НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА
ЗА 2017 Г.

На основание чл. 30, ал. 1 във връзка с чл. 19, ал. 7, т. 8 от Закона за
здравното осигуряване

МИНИСТЕРСКИЯТ СЪВЕТ
РЕШИ:

1. Одобрява Годишния отчет за изпълнението на бюджета на
Националната здравноосигурителна каса за 2017 г., внесен от управителя на
Националната здравноосигурителна каса чрез министъра на
здравеопазването.

2. Предлага на Народното събрание да разгледа и приеме отчета
по т. 1.

ЗА МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ: /п/ Томислав Дончев

ГЛАВЕН СЕКРЕТАР НА
МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ: /п/ Веселин Даков

Вярно,

ДИРЕКТОР НА ДИРЕКЦИЯ
“ПРАВИТЕЛСТВЕНА КАНЦЕЛАРИЯ”:

/Апостол Михов/



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ЧЕТИРИДЕСЕТ И ЧЕТВЪРТО НАРОДНО СЪБРАНИЕ

РАЗПОРЕЖДАНЕ

НА ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА НАРОДНОТО СЪБРАНИЕ

№ 850-01-168 / 03. 04. 2018 г.

На основание чл. 8, ал. 1, т. 1 и чл. 90, ал. 3 от Правилника за организацията и дейността на Народното събрание

РАЗПОРЕЖДАМ:

Разпределям Отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г., № 802-00-33, внесен от Министерски съвет на 29.06.2018 г., на следните постоянни комисии:

- Комисия по бюджет и финанси
- Комисия по здравеопазването

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
НАРОДНОТО СЪБРАНИЕ:

ЦВЕТА КАРАЯНЧЕВА



