



# НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. „Кричим” № 1

## СТЕНОГРАФСКИ ПРОТОКОЛ ОТ ЗАСЕДАНИЕ НА НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК ПРОВЕДЕНО НА 13 ФЕВРУАРИ 2018 ГОДИНА

Днес, 13 февруари 2018 г., в сградата на НЗОК, гр. София, ул. Кричим 1, ет. 4 се проведе извънредно заседание на Надзорния съвет на НЗОК.

Присъстват:

**От Надзорния съвет на НЗОК:** Жени Начева, д-р Бойко Пенков, Галя Димитрова, Росица Велкова, Теодор Василев, Боян Бойчев, Оля Василева, Андрей Дамянов.

**От ЦУ на НЗОК:** проф. д-р Камен Плочев.

**Отсъстват следните членове на Надзорния съвет:** д-р Иван Кокалов.

Заседанието започна в 16.05 часа.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Добър ден, колеги. Проф. Плочев с г-н Ананиев са в Центъра по хигиена и правят анализ на ситуацията там, и може би затова управителят ще закъснее. Предлагам да започваме. Преди да започнем с материалите по същество, един материал е представен на Вашето внимание за промяна в Приложение 2 в параметрите на лечебните заведения за болнична помощ, които бяха разпределени от Надзорния съвет на

предишни заседания. В област Бургас не се променя общата сума, която е гласувана от Надзорния съвет предишния път, а се променя само преразпределението между лечебни заведения за месеците февруари, март, април касово, за месеци на дейност януари, февруари и март, до приемането на рамковия договор. Причина за това е, че са изпуснати два медицински центъра в РЗОК - Бургас. Отделно от това са направени компенсирани промени между лечебните заведения, които директорът на РЗОК - Бургас е объркал. Нов е директорът. Извини се. Пратил е всички материали във връзка с компенсирани промени. И освен това са пропуснати и две лечебни заведения в РЗОК - Благоевград, и в РЗОК - Враца, на които не са разпределени средства, отново поради грешка, по-точно пропуск, на двамата директори на РЗОК. Не се променят общите параметри на разходите нито на ниво болнична помощ, нито на ниво РЗОК, но молбата ми е да подкрепим предложенията във връзка с Правилата по чл. 4 от Закона за бюджета. Моята молба е, ако нямате нищо против, да приемем тези вътрешно-компенсирани промени, отразени в приложението. Изказвания? Който е „за“, моля да гласува. Приема се. Благодаря.

Взе се следното решение:

## **НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ**

### **РЕШИ:**

1. Приема, в приложение 1 към настоящото решение, изменение на решение на Надзорния съвет на НЗОК № РД-НС-04-11/29.01.2018 г. за стойности на дейностите в болнична медицинска помощ (БМП) на изпълнители на БМП.
2. Възлага на управителя на НЗОК да разпорежи на директорите на РЗОК Благоевград, Бургас и Враца при сключването на анекси към договорите с изпълнителите на БМП да се отразят в Приложение № 2 на индивидуалните

договори стойностите за дейностите по приложения 2 от Правилата от настоящото решение.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, Галя Димитрова, Теодор Василев, Боян Бойчев, Оля Василева, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

Росица Велкова по време на гласуването е извън залата.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Аз се извинявам за късното изпращане в този насипен вид на материалите по НРД за медицинските дейности, но през последните две седмици доста усилено работихме на експертно ниво и аз, и д-р Пенков, а периодично сме докладвали и на г-н Ананиев. Уверявам Ви, въобще не бяха лесни разговорите с представителите на Българския лекарски съюз. За да не бъдем обвинени, че няма нормативна уредба, на базата на която подготвяме проекта на НРД, паралелно с текстовете на НРД, сме работили по Наредбата за основния пакет, достъпа и диспансеризацията, и профилактиката. Това са три наредби, всъщност, плюс медицинските стандарти, които - в момента на готовност, се оповестяват на сайта на МЗ, и заедно с проектите на рамковите договори за денталната и за медицинската помощ, ще качим и тези наредби на сайта на министерството, за да могат паралелно да се обсъждат и коментират, и да е ясно, че ще има и нормативна уредба, на базата на която сме подготвили проекта на рамков договор. И тъй като работата наистина беше много мащабна, многокомпонентна (имаше различни групи от специалисти, експерти, консултанти и т.н.), трябваше по някакъв начин да наложим параметри и синхрон в работата. Цените и обемите нямаше как да направим, преди да имаме яснота по наредбите за основния пакет и медицинските стандарти. И всичко това даде отражение на късния срок, в

който предлагаме за разглеждане документите. Защо е много важно да бъдат качени на сайта за публично обсъждане за 14 дни. Защото крайният срок, до който трябва да стоят на сайта, е до 28 февруари, за да не бъде обжалван проектът на рамков договор. В рамките на този 14-дневен период, разбира се, ние можем да правим корекции, допълнения, уточнения. Не случайно утре, след срещата ни с Българския лекарски съюз за уточняване на позициите, които днес ще споделите, ние специално предложихме да няма медийни изяви, да се изчака този 14-дневен срок, ако се направят някакви промени - да се направят, да се синхронизират и с министъра на здравеопазването, който също слага подпис под рамковите договори и чак тогава да се правят медийни изявления, поне от страна на НЗОК. И с това предисловие, предлагам да преминем към дневния ред. Всички сте се запознали с него. Предлагам, като точка първа, да гледаме проекта на Национален рамков договор за денталните дейности. Който е съгласен с дневния ред, моля да гласува. Приема се.

#### **ДНЕВЕН РЕД:**

1. Проект на Национален рамков договор за денталните дейности за 2018 г.
2. Проект на Национален рамков договор за медицинските дейности за 2018 г.
3. Приемане на Инвестиционна програма на НЗОК за 2018 г.
4. Разни.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, Галя Димитрова, Росица Велкова, Теодор Василев, Боян Бойчев, Оля Василева, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Първа точка - проектът на НРД за денталните дейности. По отношение на денталната медицинска помощ няма спорни моменти на експертно ниво. Средствата за дентална помощ са разпределени в рамките на параметрите по бюджета, който е приет от Народното събрание с предвидени 10 милиона лева средства от резерва, които ще бъдат предназначени за реализиране от 1 септември на новата дейност, а именно протезите на възрастни хора. В тази връзка сме направили предложение за промяна в наредбата за основния пакет медицински дейности. Няма промяна в заплащането на останалите дейности за дентална помощ и няма съществена промяна в механизма на заплащане на денталните дейности, както и в оказване на денталната помощ по НРД 2018 спрямо НРД 2017 година. Нещо от медицинска гледна точка, д-р Йорданова, ако трябва да се добави, заповядай.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Благодаря. Всъщност, г-жо Начева, Ви е го казахте. Това, което мога да добавя за протетичната дейност на лекаря по дентална медицина е, че са включени дейностите за цялостно обеззъбена горна или долна челюст. Като критерий за качество за дентална помощ оказана на пациента, все пак да се гарантира, че пациентът няма да отиде за протеза на следващата година, е договорен един срок от 4 години, в който пациентът, получавайки този вид дентална помощ, му е гарантирано качество. Тук са включени и контролните прегледи за тази дейност.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Добър ден. Извинявайте за закъснението.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** И за лицата?

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** За лицата от 65 до 69 годишна възраст. Във връзка с това, че вече имаме включване на дейности по възстановяване на дъвкателната функция чрез протеза - горна и долна, при цялостно обеззъбяване, „зъбен статус“ се променя на „орален статус“, логично,

защото няма какъв статус на зъби да се сменя. И всъщност в тези две посоки са промените. От зъбен статус на орален статус на цената на прегледа с орален статус. Ново, което сме договорили в първичните медицински документи е, че здравноосигуреното лице е запознато, че в цената се включва само дейността оказана от лекаря по дентална медицина, не е включена дейността от медико -техническата лабораторията и той ще бъде запознат с това нещо. Попълва се една декларация специална за това и накрая след приключване на процеса се отразява всичко в амбулаторния лист. В амбулаторния лист са предвидени съответните кодове за новите дейности, така че да се проследяват още с отчитането на първите такива пациенти. Това е като цяло новото в НРД за дентална помощ. Въвежда се електронната фактура. Към нея е сложена и частта от спецификацията, при което отпада необходимостта от сканирането на тези документи в PDF файл, както до сега и всички могат да се отчитат електронно.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Могат или задължително?

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Могат от 1 април. Даден е един гратисен период до 1 юли, защото може да има изпълнители на дентална помощ, на които ще им трябва един период от време и затова от 1 юли става задължително за всички. Т.е. хартията категорично отпада от 1 юли и само по електронен път ще се подава фактурата, в която вътре са сложени и елементите на спецификациите по видове дейности.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Това е голям пробив за специалистите по дентална помощ, че по този начин трябва да се отчита.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** А тези 4 години, за които споменахте, това съгласувано ли е?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да. Това, което пропуснах да кажа в началото е, че лекарите по дентална медицина имаха предварително заседание на техния

Управителен съвет и са обсъдени текстовете, и с тях имаме пълно съгласие по така представените и на Вашето внимание документи.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Това, което е предоставено на Вашето внимание е всъщност проекта на рамков договор, който е след работни срещи на експертно ниво от работната група на НЗОК със Зъболекарския съюз и тези 4 години, за които Вие питате, освен предложението на зъболекарския съюз са и на националния консултант по протетична медицина. Взети са становищата от всички страни. Представили сме ги първо на проф. Плочев. И след това са влезли като елемент на преговорния процес на експертно ниво от наша страна, преди да предложим окончателно договорения проект на вниманието на проф. Плочев за внасяне за разглеждане в Надзорен съвет.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Въпроси, предложения?

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Аз имам няколко въпроса. Бихте ли ни разказали в последните три години как се е променил бюджетът, който е свързан с денталната помощ?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Последните три години, ако мога да взема думата от д-р Йорданова, тя ще ме допълва, миналата година се въведе трета дейност за възрастните. В момента има четири дейности за лицата до 18 г. и три дейности, които заплаща касата за лицата над 18 - годишна възраст. Тази година не се прави промяна в обхвата на дейността. Променя се единствено тази нова дейност, която в момента предлагаме. Мисля, че единствено в денталната сфера има изпълнение на планираните първоначално цени и обеми на дейностите, за разлика от някои от останалите направления на медицинска помощ, като например лекарствата. И тук сме заложили регулаторен механизъм, който действа всяка година в рамковия договор, съгласно който могат да се правят оценки на изпълнението на бюджета на тримесечие, и да се предприемат действия за

частично коригиране на нивото на заплащане от страна на касата.–Знаете, че това е единствената медицинска помощ, за която пациентите доплащат над това, което касата заплаща.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Може би да преформулирам въпроса си. Колко е бил бюджета за дентална дейност за 2016 г. и колко е днес, тъй като не получих отговор. По мой спомен има едно нарастване повече от 50%.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** 50% не е ръстът в бюджета.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Мисля, че беше 112 или 117, нещо такова. Въпросът ми е срещу тези едни колко си процента какво стои.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** От 2016 г. спрямо 2017 г. има ръст единствено във връзка с предвиждането на тази трета дейност при възрастните хора, които имаха право до тогава на две дейности – пломба и екстракция и разчетите са точно за тази трета дейност.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** 157 милиона лева е бюджета за 2018 г. За 2016 г. е 123 милиона лева.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Това е изпълнението или бюджета?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Законът за бюджета е 123 милиона лева за дентална помощ. Основният ръст идва от добавянето на нови дейности и най-вече третата дейност при лицата над 18 – годишна възраст е допринесла за увеличение на разходите.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Анализът, който правим на тримесечие на дейностите показва, че потреблението на дентална помощ, като обръщаемост на населението 2016 – 2017 г. се запазва относително еднакво. Т.е. броят на лицата, които са потърсили дентална помощ първична се запазва, но поради това, че вместо две имат право на три дейности е този ръст, за който каза г-жа Начева.



**БОЯН БОЙЧЕВ:** Другото, което ме смущава е това, което се покрива – пломба...

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Обтурация с амалгама или химичен композит. Това е едната дейност.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** А тази въпросна амалгама? Това като материал е нещо от преди 20 години.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** От 1 юли, съгласно регламент на Европейския съюз, който е предвиден в рамковия договор за 2018 г. отпада обтурацията с амалгама, но само за бременни и за деца, и за лица, при които има млечни зъби. Дори и в тези случаи е предвидено, съгласно европейския регламент, при наличието на съответните аргументи от страна на лекаря по дентална медицина да може да се постави и амалгама. Така че тази промяна е в сила от 1 юли 2018 г. и е предвидена в рамковия договор, в Преходните и заключителни разпоредби на проекта на рамковия договор – „Считано от 01.07.2018 г., съгласно чл. 10 от Регламент (ЕС) 2017/852 на Европейския парламент, не се използва дентална амалгама за дентално лечение на деца под 15 г. и на бременни и кърмещи жени, освен когато това се счита за абсолютно необходимо от страна на лекаря по дентална медицина, въз основа на специфичните медицински нужди на пациента“. Т.е. това е предвидено от 2018 г., но пак казвам, че не е за цялото население, а само при деца, бременни и кърмачки. До този момент не е имало такъв регламент и е казано в съответствие със стандартите по дентална медицина не само в нашата страна.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Така съм по-удовлетворен, но имам съображения, че в амалгамата има живак.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Има два вида живак. Има един лош и един добър. По-добрият е полезен, защото обеззаразява и убива микробите. И

примерно когато ядеш суши или съомга, примерно, в тази риба има живак колкото няма в 10 амалгами.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Съобразили сме се с този регламент в § 8, ал. 3 на проекта на рамков договор, който е на Вашето внимание.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Ако се наложи по медицински причини да се направи obtурация не с амалгама, а с по-скъп материал разликата пациентът ли ще я поеме?

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** И към момента е предвидено, че obtурацията е с амалгама или с химичен композит, т.е. цената, която заплаща НЗОК е до тази цена за едното или за другото, другото си го доплаща пациента. Ако пациентът желае цирконий или керамика, това вече не е в пакета от услугите, покривани от Националната здравноосигурителна каса.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Тази промяна, съгласно бюджета идва от резерва, който тази година е по-малък.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Този резерв априори е заложен в Закона за бюджета. Знаете че в текста на Закона за бюджета е разписан резерв от 114 милиона, в това число - 7 млн. лв. за ПИМП, 7 млн. лв. за СИМП, 3 млн. лв. за МДД и 10 милиона за дентална помощ. Още като се водиха първоначално преговорите на ниво дебати и в парламента, знаете че това беше едно от основните искания и народните представители също, до колкото съм слушала дебатите, са подкрепили да се въведе тази нова дейност за възрастните лица за протезите. Ще направим анализ тази година как вървят нещата, ще направим алгоритъм на контрол за реализирането на тази дейност от 1 септември, ще оценим тенденциите в разходите, за да има по-голяма яснота за следващи бюджетни периоди. Други коментари, въпроси, предложения?

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Аз мисля, че нещата са ясни в тази част.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Ако няма други въпроси, предлагам да гласуваме материалът да бъде качен на сайта в този вид. А вече в хода на обсъждането, ако постъпят предложения за промени или други разисквания ще Ви запознаем и отново ще ги подложим на обсъждане преди окончателното подписване на рамковия договор. Моля, който е съгласен с така предложения проект, да гласува. Против? Въздържали се? Няма.

По точка 1 от дневния ред се взе следното решение:

### **НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ**

#### **РЕШИ:**

1. Приема проекта на Национален рамков договор за денталните дейности за 2018 г. за обществено обсъждане.
2. Възлага на управителя на НЗОК да предприеме действия по публикуване на сайта на НЗОК за обществено обсъждане на проекта по т. 1.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, Галя Димитрова, Росица Велкова, Теодор Василев, Боян Бойчев, Оля Василева, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Преминаваме към точка втора – проект на рамков договор за медицинските дейности. Как предлагате да процедираме? Да минем през целия текст и да разгледаме моментите, които са маркирани като нови...

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Имаше един материал – нови моменти в НРД за медицинските дейности.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Тогава ще започнем от новите моменти. Предлагам да започнем с извънболничната помощ.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Аз имам предложение. Тъй като нямахме достатъчно време да прочетем подробно все пак един брифинг за акцентите.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** В частта за първичната медицинска помощ, моля колегите д-р Йорданова и д-р Генев да ме допълват и коригират там, където считат, че е необходимо. В първичната медицинска помощ, специализираната и медико-диагностичните дейности най-същественят нов момент, освен прецизиране на медицинската документация и начинът, по който тя се подава, отчетността на общопрактикуващите лекари, най-съществените промени, които предлагаме са въвеждането на нов вид преглед, проследяващ преглед за оценка на категориите лица, които попадат в рискови групи по заболявания – ендокринни заболявания, сърдечно-съдови заболявания и онкологични заболявания, както и проследяване на проблеми, в резултат от тютюнопушене и затлъстяване, но в по-малка степен. В момента общопрактикуващите лекари попълват едни карти, в които отразяват определени показатели, на базата на които се констатира състоянието на пациента като слабо рисково, средно рисково, високо рисково за едно от тези заболявания. Но основният момент от попълването на тези карти е свързан с редица изследвания, които лицето трябва да си направи. В повечето случаи лицето не се връща при общопрактикуващия лекар с резултатите от изследванията и това на практика обезсмисля попълването на картите за състоянието на съответния пациент, обезсмисля до някъде и резултатите от профилактичния преглед, и възможността, ангажимента на общопрактикуващия лекар да се погрижи за този пациент, в случай че в резултат от медико-диагностичните изследвания е видно, че е настъпил някакъв проблем. Сега, въвеждайки възможността общопрактикуващите лекари да получат допълнителни 9 лева за оценка на рисковата карта и за втори профилактичен преглед на съответното лице (предвидили сме средствата във финансовите разчети),

първо се увеличава заплащането за дейност на общопрактикуващите лекари за сметка на капитационното заплащане и - второ, те имат ангажимент сами да инициират и да проследят връщането на пациента с резултатите от медико-диагностичните изследвания. Получавайки резултатите от медико-диагностичните изследвания, в случай че има сериозна степен на риск, да бъде задължен общопрактикуващият лекар да насочи пациента към специалист или съответно към болнична помощ спрямо неговото състояние. Така смятаме, че профилактиката като първа стъпка няма да бъде толкова формална, както досега. Това е най-съществената промяна. Предвиждаме включване на задължителни консултации с кардиолог и ендокринолог на лица над 18 – годишна възраст с много висок риск от развитие на сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет. Разширява се възрастовата граница за жени на възраст от 30 до 40 години за извършване на консултативен преглед от акушер-гинеколог и снемане на материал за цитонамазка. При констатиране на висок риск от рак на млечната жлеза и развитие на рак на маточната шийка се въвежда задължителна консултация с акушер-гинеколог. Отпада възможността лечебни заведения за болнична помощ да връщат пациенти с издадени направления за хоспитализация към общопрактикуващ лекар, специалист в СИМП за допълнителни консултации и изследвания при предстоящ планов прием по клинични пътеки. Т.е., ако пациентът няма изследвания, те се правят в лечебното заведение за болнична помощ, ако пациентът пък има изследвания сме предвидили ред, по който те трябва да бъдат признати, а не да се дублират изследвания в болничната и извънболничната медицинска помощ. Въведени са критерии за качество на оказаната медицинска помощ за профилактика на деца и бременни, за лица на възраст над 18 г., които подлежат на оценка по съвместна методика на НЗОК и БЛС. В тази връзка сме задължили общопрактикуващите лекари да изпращат информация за тези карти за оценка на риска на пациентите с класирането им по степен на

риск и това предоставяне на картите с оценка на рисковите профили на пациентите да е условие и за заплащане на дейността на месечна база. По този начин ще имаме съществена база данни за профилактиката на лицата, които се наблюдават от общопрактикуващите лекари. Въвеждане на електронните отчети, това е ясно. Електронната форма на отчет за общопрактикуващите лекари. В частта за плащанията на общопрактикуващите лекарите имаме достигнат консенсус, ако разбира се и Вие одобрите, в рамките на бюджета, който е предвиден със Закона за бюджета на касата и допълнителните 7 милиона резерв за увеличаване на капитационното плащане за всички категории лица. За лица на възраст от 0 до 18 години от 1.37 лв. на 1.45 лв.; за лицата от 18 до 65 години от 1.05 лв. на 1.11 лв.; за лицата над 65 години от 1.47 лв. на 1.52 лв. Предлагаме по всички направления на дейностите – детско здравеопазване, майчино здравеопазване, профилактика - увеличаване на цените от 50 ст. до 1 лв. Таблиците са предложени на Вашето внимание. Като най-съществената част, както отбелязах и най-голямо увеличение в интервала от 1 лев спрямо сега действащите цени - 1.50 лв. е предложен в профилактиката на лицата от 0 до 1 година и от 1 до 2 години. В дейностите по програма „Майчино здравеопазване“ - от 7 на 9 лв. се прави увеличение и съответно диспансерните прегледи, които са за лица с повече от едно заболяване. Вторичните прегледи на лица, включени в групата с рискови фактори за развитие на заболяване, това е новият преглед, за който споменах, предлагаме цената да бъде 9 лв. Договореният прогнозен брой прегледи на лицата в рискови групи е заложен на 15% от планирания брой профилактични прегледи. Профилактичните прегледи са разчетени на 35% от населението, което е записано при общопрактикуващите лекари. В частта на първичната медицинска помощ, като цени и политика на дейност, и на промени основно е това. Д-р Йорданова, имате ли нещо да допълните?

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Може би като цяло за всички изпълнители е подаването на документи за сключване на договори по електронен път. Това е ново също.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** И може би това, което трябва да споделим с Вас е, знаете, че в Закона за здравното осигуряване се направиха промени в парламента преди приемането на Закона за бюджета на касата за 2018 г., където се изисква доплащането от държавата за потребителската такса на лица над 65 годишна възраст, което се плаща като трансфер от Министерството на здравеопазването към здравната каса. Въведе се изискване за предоставяне на информация за фискалните бонове. Въвели сме механизъм, по който това нещо да става по електронен път с отчетите на общопрактикуващите лекари. Направихме среща тук с проф. Плочев, информатици, общопрактикуващи лекари и мисля, че постигнахме съгласие с тях независимо от първоначалния отпор тази информация да постъпва ежемесечно за тази част от дейността им.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Може би и в наредбата ще се наложат промени. Аз днес писах писмо на д-р Пенков как да се промени наредбата.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** По отношение на специализираната медицинска помощ основната промяна, която предлагаме е свързана с увеличаване на цената на първичния преглед с 1 лев.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Тези, новите моменти, които са упоменати това са неща, които са договорени?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** В частта на първичната медицинска помощ, като цяло нямаме противоречия с лекарския съюз.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Съгласили са се и сме се договорили така да бъде.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** По отношение на цените това са неща пак договорени с тях, така ли?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да. Те имаха по-различна политика. Това са договорени цени. Като казвам договорени, договорени на ниво преди Надзорен съвет. Ако тук се реши нещо друго... Но в общи линии аз също участвах и проф. Плочев, и д-р Пенков в тези разговори на всякакви нива от тяхна страна. Тръгнахме от доста различни позиции в началото, но мисля, че следваме една стратегическа линия с поставяне на акцент върху профилактиката, наблюдението на децата, детско, майчиното здравеопазване. И основните ръстове, разбира се, в рамките на бюджета са насочени в тези направления. Като сме засилили изискванията към договорните партньори за наблюдение на рисковите показатели на пациентите и предприемане на съответните дейности, ако има отклонения от съответните норми.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Обемите са миналогодишните?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да, не сме правили компромиси с обемите. Това мога да го подчертая.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** А увеличението е за сметка на парите от резерва?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Увеличението е за сметка на парите от резерва, а имаме ръст от 7 милиона в Закона за 2018 г. спрямо Закона за 2017 г. в първичната помощ. В специализираната е по-малък ръстът. И увеличените обеми, насочването на пациенти за проследяване с по-висока степен на риск и необходимостта от профилактични прегледи, като МДД и изследвания в ПИМП и СИМП са планирани съответно в разчетите за МДД, в цените и обемите за медико-диагностичната дейност. Като за медико-диагностичната дейност сме описали, че там много малко промени правим с изключение на прецизиране на някои изследвания, които може би



д-р Йорданова да обясни, защото водихме много дебати. Аз го разбрах донякъде медицински. Единствено променяме цената от 12.10 лв. на 16 лв. за диагностика на остеопороза, което считаме, че е добър момент и изследване за холестерол, което е важно за целите на профилактиката и диагностициране на определени заболявания от 1.60 лв. на 1.80 лв. Седимент на урина също знаете, че е важно изследване от 80 ст. на 85 ст.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Само да ви кажа, че те искаха целия мастен профил да включим и да плащаме целия мастен профил. Много сериозни дебати водихме, защото не ни трябва за някои болести, не ни трябва целия мастен профил, няма смисъл да плащаме триглицериди, общ холестерол и т.н. Просто да плащаме диференцирано, което е хем по-информативно, защото е конкретно, т.е. не размива информацията, хем излиза по-евтино. Така, че тук имаше сериозни дебати, но, слава Богу, мога да кажа благодарение на д-р Йорданова успяхме да се справим.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Капитацията, необходимо ли е да бъде променена? Аз съм привърженик да се коригират цените за дейност.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да, там е по-малък ръстът, отколкото при децата, но това е разумният компромис, до който стигнахме. Те ни убедиха с факта, което е истина, правейки паралелно с всички останали наредби, работейки по Националната здравна карта, че София не е България и наистина има джипи-практики извън София, които трудно се издържат само на база средствата, които получават и за дейност. И с тази цел се съгласихме да предложим на Вашето внимание увеличение в капитацията.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** БЛС искаха да отпаднат част от документите, които се издават за медицинската експертиза на работоспособността от основния пакет и да излязат от задълженията по каса, и да бъдат с допълнително заплащане от здравноосигурените лица.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Но ние не се съгласихме.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** За медицинските бележки на учениците беше много голям спор. Те не искат да дават медицински бележки на учениците.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Ние затова Ви предлагаме за обобщено разглеждане тези неща, които за нас са абсолютно абсурдни дори да ги предложим на Вашето внимание и да Ви губим времето с неща, с които няма как да се съгласим. Те не са в полза и на пациента най-малкото.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Министерство на образованието иска отделен документ, административен документ, а трябва да признава медицинският документ, който удостоверява, че детето е болно. В това отношение това беше тяхната логика, защото това е допълнителен административен документ, но ние това не можем да го решим. Проведохме разговори с министерство на образованието и те ни декларираха, че може би ще настъпи там промяна в техните нормативни уредби. Защо бележка от родителя да не е документ, че детето е болно? Това го казвам, защото всички може би имате такива проблеми, да знаете как сме ги дискутирали.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Вие, като експертен състав удовлетворени ли сте от разговорите?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Не знам дали сме удовлетворени, но сме много изморени.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Аз лично мисля, че постигнахме...

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Защото знаем от къде са тръгнали нещата.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Знаем откъде са тръгнали. Вратата беше изключително широко отворена, както в извънболничната, така и в болничната помощ, като искания за нови дейности, нови изследвания, нови процедури и пътеки. Но истината е, че както и да ги разглеждахме в

извънболничната помощ, постигнахме най-доброто на този етап в рамките на този бюджет, като достъп на пациента и засилване ангажиментите за профилактично наблюдение на хората. А в болничната помощ - максимално консервативно. Но ще кажа за болничната помощ малко по-късно.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** И това, което беше страшно увеличиха петскенерите. Това стана като ехограф. Всеки прави петскенери. Там сложихме също регулаторен режим, за да можем да ограничим и там нещата, защото не може ..

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Като ЯМР?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Да, подобен режим. Тя самата методика изисква болният да се изчисти от химиотерапевтика, от антибиотика, от кортикостероида. Методиката на изследването позволява ние да въведем този режим без да нарушаваме медицинския баланс.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Касата осъществява ли последващ контрол след като лечебното заведение заяви 10 ЯМР за 10 пациента, касата отпусне 5. Осъществява ли контрол по степен на важност или който изпревари в системата?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Дали по медицински показания или по входящ номер?

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Точно така.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Това все пак е право на лечебното заведение, лекарят преценява кой е пациентът, който се нуждае. И тъй като това е контрол на качеството, който не е в прерогативите и правомощията, най-често когато има такива проблеми ние отиваме съвместно с одита, но по-скоро поради това, че има определен обем, определени финансови средства...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Ако трябва някой бързо да мине, защото му предстои операция пишат cito. Не е напълно регулирана, трябва да бъдем точни.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Това ограничава ли пациентите?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Ограничение няма, регулиране има. В смисъл, че не може примерно казано януари месец да направим 200 петскенера, можем да направим 150 и 50 остават за февруари, по медицинска преценка. Но нито един петскенер няма да бъде пропуснат. Те ще се правят, но ще се правят, когато се изчерпи обема.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Приоритизираме на исторически принцип първоначално разпределение, нещо като на принципа на Приложение 1, но все пак се опитваме и да наблюдаваме нещата на национално ниво.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** В София са около 1000, във Варна са около 360. Горне-долу на тази бройка ги оставихме, но ако са повече пак ще ги направим, но твърде вероятно и да отидат в следващия месец.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Но все пак се прави проверка, ако достигнат някаква бройка над историческата...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Не бива да минаваме на ниво ехограф. Тук просто много внимателно да го гледаме, защото се злоупотребява не защото е необходимо, а защото е скъпо. Никой не коментира медицинската необходимост. Коментираме медицинска злоупотреба, защото, съжалявам, че трябва да го кажа, но го има. Полза имат истински болните пациенти от това. Наистина този, който се нуждае на него да дадем приоритета, а не примерно този, който има връзки.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Да няма в този регулаторен режим някаква спънка за пациента.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** За спънка въобще не говорим. Няма да има човек, на когото да не му се направи това изследване.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Няма напрежение?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** В момента няма напрежение.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Имам общ въпрос. Каква е целта на дискусиите по тази точка. Какво се очаква? По какъв начин ние ще приключим? Аз съм получил 13 документа по тази точка, единият вчера, другите всички в рамките на 3 часа преди започване на самото заседание. И едно такова запознаване с детайлите без да видим общата рамка, поне аз не съм способен да взема отношение и да дам мнение. Само да погледнете как е записано – съгласно заложените средства в Закона за бюджета са договорени увеличения на следните дейности. Съгласно бюджета ние договаряме увеличение на дейности, само че защо? Защо примерно от 1.37 лв. отива на 1.45 лв., а не на 1.50 лв., не на 1.80 лв. Т.е. каква е разходо-регламентираната част, какъв е труда, който стои зад тези числа? Защото едно такова просто нагласяне на числата, за да се вместим в бюджета аз не виждам...

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Така изглежда наистина елементарно погледнато... Първо да отговоря на първия Ви въпрос. Целта на днешната среща е, както направих уговорка в началото още, е да Ви запознаем с общата концепция на това, което предлагаме като промяна. Вие ще ги видите в детайли разписани текстовете. Да Ви запознаем с това има ли съществени различия, противоречия и тревожни моменти след преговорите с лекарския съюз, след като сме синхронизирали мненията си и с тях, с техните експерти и нашите експерти. Все пак да поискаме Вашето разрешение този материал да бъде качен на сайта за публично обсъждане, в рамките на което всеки ще може да се запознае допълнително и отново да се проведе дебат. А по отношение на цените не за първи път се правят

промени и разговори за цени и обеми на медицинската дейност. Има методика, която беше разписана още 2010 г. Дали е най-добрата, не мога да кажа, но тя действа устойчиво, докато не измислим нещо по-разумно и съвсем не е нагласяване на стойности, а стои доста съществен труд в тези числа и параметри. Пак казвам, отчетени са достигнатите обеми, отчетени са нашите наблюдения за това къде искаме да поставим акцента в грижата за пациента от гледна точка на профилактика и диспансерно наблюдение. Отчетени са разходите в няколко общопрактикуващи практики. Отчетени са редица обстоятелства. Сега, разбира се, всеки може да каже защо от 1.37 лв. не е 1.50 лв., но наистина това е баланс между цени и обеми, който считаме, че е единственият разумен компромис в рамките на средствата по бюджета с добавяне на средствата от резерва, които в Закона за бюджета са записани за този вид дейност. Разбира се, приемаме всякакви други мнения, препоръки, забележки.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** В този резерв залагаме много очаквания. В тези цени, които са посочени тук, ще стигне ли този резерв? Защото там има и други очаквания.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Нито ние, нито лекарският съюз можем да имаме допълнителни очаквания от резерва в рамките на финансовата година. В денталната помощ Ви казах за десетте милиона. В първичната помощ са 7 милиона. Те са разчетени. Това е изчислението. В специализираната са 7 милиона, които са разчетени. На практика с този ръст в първичния преглед сме търсили баланс между прегледите в ПИМП и в СИМП. И все пак, тъй като тенденцията е – макар че това е друга тема, но така или иначе имаме едно сближаване на цените между ПИМП и СИМП, и затова сме търсили компромиса цените в първичната помощ да не са по-високи от тези в специализираната медицинска помощ в рамките на ресурса. И затова сме завишили някои дейности по профилактика, както отбелязах, които

смятаме, че са добри за хората, а пък в СИМП сме осигурили да бъдат извършени съответните вторични прегледи и наблюдението на тези рискови групи пациенти, завишили сме броя на някои прегледи в тази посока. Много коментирахме някои части, както вие отбелязахте, свързани с движението на пациента в системата. Ако има нещо, което считате за тревожно, ние можем да го коригираме. Считаме, че 2019 г. ще бъде различна от тази година в аспект, че паралелно работим за електронното здравно осигуряване. Не го казвам абстрактно, а съвсем сериозно. В рамките на този проект с европейски средства, освен идентификатора на пациента, в който координираща и основна водеща роля има Държавната агенция „Електронно управление“ - не е министерството, не е и касата, имаме амбицията по-бързо да станат някои регистри и електронната рецепта, и електронното направление, което съвсем ще улесни движението и контролът върху движението на пациента в системата. Допълнително проф. Плочев организира съвместен екип от министерство и каса, направихме работна група, за да може да се попълни досието на пациента още от м. юни т.г. В момента за медико-диагностичните изследвания за болнична помощ има само резултати за това, че е изследвана само кръвна картина. Сега амбицията ни е да се събират тези изследвания и да се виждат самите резултати от изследванията, да се въвежда в досието на пациента и историята на заболяването.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Цялата епикриза вече ще съдържа, освен писмена част, която се пише с химикалка, реални изследвания, реална образна диагностика. Това ще го направим по компютърен път. До сега имахме пречка с кодовете. Знаете, че кодове нямаше. Мисля, че това е положителния ефект, който ще направим за отчитане на реалността. Да видим дали тези пари действително отиват там, където трябва.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Ние сме пред финализиране на тази разработка още с началото на новия рамков договор, но и по-рано това трябва да стане. Изработването на електронния идентификатор ще отнеме време. Както отбелязах това е по-мощен проект на Държавна агенция „Електронно управление“. А още преди това пациентите да могат да достъпват досието си с кода на НАП, не само с кода, който касата в момента издава. Съответно фирмата, която основно поддържа системите на касата, поема ангажимента да реализира тази функционалност.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Мисълта ми е, видяхме договорените моменти в ПИМП, видяхме цените. Има тук материал, който съдържа непостигнатите съгласия, които също не е малък. Ние по него днес вземаме ли отношение?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** В частта за ПИМП, СИМП и МДД, заповядайте, д-р Йорданова.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Това, което не е намерило отражение в проекта, но сме ги посочили като текстове, които предстоят, това е Наредбата за достъпа. Те не съществуват в текстовата част на рамковия договор. Остана като част, която ще бъде включена когато излезе Наредбата за достъпа до медицинска помощ.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Проектът на Наредбата за достъпа до медицинска помощ ще бъде качен на сайта до края на тази седмица. Но това, за което спомена д-р Йорданова ние вчера го обсъдихме и на практика то не е в противоречие с позициите, които вчера уточнихме. Те са свързани с няколко момента, с които ще Ви запознаем когато проектът на наредбата бъде качен на сайта на Министерството на здравеопазването. Предложенията на БЛС, които не бяха приети от нас са свързани първо със записване на пациента, при нов избор на ОПЛ от кога да бъде включен в



пациентската листа на новия лекар. Дали по всяко време или от началото на следващия отчетен период.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** То нали си има регламент до сега толкова години?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Сменян е регламентът. Ти знаеш, че преди години беше или от началото на следващия отчетен месец, или от датата на постъпване на заявлението. Те настояват да е от началото на следващия отчетен месец.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Защо?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Защото за целите на планирането, отчитането това за тях е по-удобно.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Нали го правим за пациента?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** За общопрактикуващите лекари и за пациентите твърдят, че било по-удобно.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Има случаи, в които пациентът си сменя лекаря по необходимост и иска на другия ден да отиде при новия лекар.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да, сменя адрес или...

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Може да има недоволство от лекаря, което се изразява с отписване от листата и отива при друг. И се налага в този вакуумен период, ако е от 5ти до 30ти, 25 дена ходи къде? По задължение при стария.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Това е единия момент в Наредбата за достъпа.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Няма други проблеми. Остана възможността и БЛС я предложиха, това е разумно, при изрично съгласие на здравноосигуреното лице да се даде достъп на общопрактикуващия лекар до неговото здравно досие, но с изрично съгласие, нарочна

декларация. Това беше договорено. И има един текст, който е изискване към графика на общопрактикуващия лекар, тук даже имаме консенсус да отпадне задължението на ОПЛ да обявяват на вратата си целия списък на заместниците си, а да остане само когато отсъстват да обявят заместника си и за срока, в който отсъстват. И това, което остана като проблем на експертните в работните групи е да влиза в сила от 1во число на месеца следващ избора.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Това остана единствено за дебат. Тъй като тези материали със спорни моменти бяха на по-ранен етап, ние доста неща изчистихме.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Искат да се обмисли възможността, ако има тормоз от страна на пациент да намерим начин на решение той да се откаже от него и да бъде служебно записан при друг лекар.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Има и обратната ситуация.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Това трябва да го обмислим.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Прави ми впечатление за текстовете за лекарствата.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Болна е д-р Кондева. Слушам Ви.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Това, което мен ме смущава от тази гледна точка е, че в случай, че ОПЛ констатира, че при назначението от лекаря - специалист кодът на НЗОК не съответства той няма да предпише съответното лекарство, а чрез пациента ще го върне обратно при лекаря, който е направил тази рецептурна бланка, т.е. пациентът ще се размотава между единия и другия лекар като пинг понг.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Спорът е така. Специалистът изписва дадена терапия. Най-простия пример ще Ви дам – изписва опиати, синята рецепта. Той дава препоръката, а рецептата ще се изписва от

общопрактикуващия лекар. Документът, под който има подпис той е документ, който в съда има юридическа стойност, докато предишния документ няма такава юридическа тежест и стойност. И общопрактикуващият лекар казва – аз не съм съгласен да ти се дава опият. Просто той се тревожи, че може да направи внезапна сърдечна смърт. Има и такива случаи. Негово право е да се страхува, той е лекар. И в такива случаи спорният въпрос е какво да правим. Има ли право общопрактикуващият лекар да върне на специалиста за ново становище, като си напише опасенията или твърдо да приеме, като даденост, като аксиома това, което е написал специалиста. И сега тук общопрактикуващите лекари считат, че никой не може да им нарежда да слагат подписите си под нещо, в което се съмняват, че ще навредят на пациента си.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Те имат ли компетентност да се усъмнят с тяхната квалификация?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Позицията на ОПЛ е, че могат.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** По закон има права на лекар. И той казва – като не искате аз да поема отговорност, не ми давайте на мен аз да пиша рецептата. Той това казва. Аз Ви казвам спорът какъв е. Спор, който аз самия като преподавател, човек, който дава специалност много трудно мога да реша. Давам дипломи на студентите, давам дипломи и на специализантите. И двете страни са правоспособни, но едните са с по-висок ранг.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Бланката на специалиста не остава ли в досието на пациента? Т.е. основата, върху която е изписано лекарството от ОПЛ. Това не остава ли в архива?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Остава.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Така че, ако възникне някакъв проблем – защо това си го изписал безропотно - има основание защо.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Нямаш право да навредиш. Ако си се усъмнил и нищо не си направил си виновен. Сега целия съвкупен народ пие ремантадин срещу грип. Знаете ли, че той има определени ограничения за определена възраст и т.н.? По колко се взима и как се взима. Ако го знаеш това, като ти дойде човек над 65 г. ти ще прецениш дозата, която пият хората, които са по-млади и такъв.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Мен ме притеснява това, че чрез пациента. Защото пациентът може дори да е обездвижен и ние да го караме да се мотка между единия и другия.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Уточняването на терапията е в негов интерес.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Докато не въведем електронната рецепта, няма как да се реши този въпрос.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Целта е да не навредим.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Има спор по медицински показания.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Те не са толкова много тези случаи.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Възникна и друг въпрос колко да е продължителността на прегледа. Те категорично не искат да им се дава продължителност на прегледа. Ние казваме – трябва да бъде 10 минути. И се мотивираме с две неща. Първо, опита, който имаме и второ – решение на ВАС, което казва, че това е критерий, който трябва да се използва за оценка на качеството на медицинската дейност. Не можахме да се разберем.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** До сега нямаше ли продължителност на прегледа минимална?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Ние го въвеждаме, като критерий за качеството за прегледа за профилактика.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Ако позволите, проф. Плочев, на срещата с БЛС сте приели да бъде тази продължителност препоръчителна. Това беше единия вариант.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Това беше единия вариант. Аз не се съгласих да е препоръчителна.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Или да не е основание за санкция.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Или да не е основание за санкция, или да е препоръчителна. Препоръчителната означава, че нищо няма да стане. За санкцията тук мога до известна степен да се съглася лично, като лекар. Това да не е наказателно, че той е стоял по-малко от 10 минути, но трябва да има регламент 10 минути.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Те и тези 10 минути не стигат.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Абсолютно съм съгласен. Що се касае за профилактичен преглед. Това не е остро състояние да реагирам направо да го хвана за врата и да го карам в съседната стая за интензивни грижи. Това е профилактичен преглед. Той е хронично болен. Аз трябва да му видя първа епикриза, втора епикриза, предишно изследване, следващо изследване, да го прегледам. 20 минути не ми стигат. Трябва да го разпитам. Не можем да се разберем.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Общопрактикуващите лекари са обжалвали във Висшия административен съд и на тричленната инстанция Върховният административен съд е постановил, че трябва да има критерии за качества 10 минути. Да, има решение на тричленен състав в наша полза.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Да не се налага санкция е по-компромисния вариант, допустим в рамките на допустимата медицинската етика, според мен.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Това е едно и също казано с различни думи.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** В същото време законодателят е предвидил, ако не се спазят точно тези критерии за качество да се наложи санкция. Така че да се види дали няма да е препоръчителен и да е оценка за критерия за качество.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Другият аргумент в тяхна полза е това, което каза проф. Плочев, че не винаги прегледът може да бъде завършен.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Ако не се налага становище от друг лекар. Но това се касае за профилактичните прегледи, дългия преглед, това не е остър преглед, това не е спешно отделение.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** При профилактичния преглед да си прочетат внимателно наредбата за профилактика, но те явно не искат да я прочетат, защото се страхуват, че това ще им е санкция и това им е основния проблем. В случая не е само профилактичният преглед и оценката на риска. Той няма как да е по-малко от 10 минути , но така или иначе това им е болната тема и в тази връзка, като вървим още на вариант ПИМП, степента на обхващане за профилактика. Те са предложили 30%, ние 35%.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Те се съгласиха. Разчетите са ни за 35%. Така че това няма как...

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** За детското здравеопазване те са предложили обхват 75%, ние сме предложили обхват 85%, говоря само за ПИМП.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Тук не трябва да отстъпваме. Защото ваксинациите, една ваксина не е действителна, ако не обхване поне

90% от населението. Под 70% изгубва предназначението си, казвам го като специалист в тази област. Ние не бива да отстъпваме тук, защото ще направим беля.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** В петък, когато е била срещата сте обсъдили ... Остава въпросът с 10 минути да се обясни, че профилактичният преглед включва в това число оценка на риска и формиране на рискови групи, и тогава може би няма да има проблем.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** За прословутите техни договори, там се изпокарахме какъв да им бъде договора постоянен ли да им бъде или ... за втория договор едновременно. Това беше голям скандал.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Това, което договорихме е, че общопрактикуващият лекар ще може да работи в болнична медицинска помощ на втори договор на места, където има недостиг на лекари-специалисти в болнична помощ.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Това е когато стигнем до болнична помощ. Това е спорен проблем. Ще Ви кажа какво искат.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Те и сега могат да работят на граждански договор.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Те не искат думата „граждански“. То и нашите юристи спорят по това.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Изобщо тази възможност за работа на второ място. Аз предлагам за 10те минути, проф. Плочев, да напишем така, за да не са толкова чувствителни – профилактичен преглед, който включва и оценка на риска, и формиране на рискова група. Тогава вече те ще разберат, че не става въпрос да му измерят кръвното и де направят ЕГК.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Каквото реши Надзорът. Аз казвам, че съм против да е по-малко от 10 минути.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** В чл. 171 да добавим, че минимална продължителност на профилактичния преглед включва и оценка на риска, и попълване на карта за профилактика. Тогава те няма да имат никакви притеснения, тъй като тези етапи са последващи, а и така е записано в Наредбата за профилактика.... Няма текст за санкция. Те затова се притесняват. Нали няма такъв текст?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Не, нали в наредбата за профилактика има такъв текст?

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Не, има в Закона.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Може да ги подгони Закона, съгласно решение на ВАС.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** След профилактичния преглед да се запише, че включва оценка на риска и формиране на рискови групи, и попълване на карта. Чл. 171. Ето това е степен на обхващане - да стане 85%.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Аз предлагам след като приключи Надзорният съвет да прегледаме още веднъж текстовете.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** Минимална продължителност на профилактичния преглед включва и формиране на риск, и попълване на карта за профилактика. И за диспансерния преглед трябва да се помисли. И може би в критерии за качество на резултата да кажем, че за първи път с лекарския съюз договорихме да се направи оценка на това, какъв е контрола на сърдечно-съдовите и да се проследява по съвместна методика между лекарския съюз и НЗОК какво е здравословното състояние на пациентите със сърдечно-съдови, захарен диабет и резултатите от проведеното лечението, но без санкционен механизъм, това, което каза г-жа Начева – пътят на пациента - профилактика, диспансеризация и лечение, и



оценката ще се прави по съвместна методика на полугодие, с БЛС сме договорили. Това е другия акцент, да направим съвместна методика.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Някакви други въпроси в частта на първичната помощ, СИМП и МДД?

Сега за болничната помощ няколко думи да споделя и някои неща оперативно ще коригираме и по текстове, като, разбира се, това, което ще се качи на сайта, ще бъде по-изчистено, като вариант. В болничната медицинска помощ ще качим алгоритмите на клиничните пътеки, но там съществени промени не са правени, а има малки корекции, където отпадат на някои места допълнителни ненужни изследвания и прецизиране на болничния престой или изследванията, които са направени съответно в болнична или доболнична помощ, както отбелязах, да не се дублират такива изследвания. Това е основният момент, че получихме подкрепата на лекарския съюз за обща комисия, която да наблюдава изпълнението на договорите и да прави съвместни проверки на изпълнителите на медицинска помощ. Лекарският съюз не отказаха да ни подкрепят със специалисти по съответните специалности. Договориха се редица мерки, свързани с контрола върху разходите за онкологични заболявания в болниците. Въведохме електронно следене на протоколите 1А/В/С в системата на касата и съответно някаква система, с която ще се опитаме да контролираме остатъчните количества на онколекарствата в болничните аптеки. Доста сериозни усилия положихме тук след разговорите с асоциацията на болничните аптекари. Тази система ще позволи да не се разпиляват количества онкологични лекарства, по-правилно да се прецизират количествата за лечение и на назначаване на терапията на онкоболни хора и хора, които са на химиотерапия. По този начин считаме, че ще сведем разходите за лекарства в болнична помощ до реалните потребности на пациентите, а не до изхвърляне или злоупотреба с

количества. Създаваме регионални и национална комисия за наблюдение на медицинската онкология и онкохематологията, които няма да имат отношение към лечението на пациентите, а по-скоро след назначаване на терапията ще правят съответните проверки и контрол върху изписаните протоколи, така че да има кръстосани проверки между комисии на регионален и на национален принцип, и контрол върху назначаване лечението на пациентите. Отново подчертавам без това да влияе на самото лечение на пациентите, без те да разбират за това. По-скоро контролът е върху работата на онкокомисиите, създадени в лечебните заведения. Както вече отбелязах, на общопрактикуващите лекари се дава възможност в болници и лечебни заведения, където отсъстват лекари с определена специалност, да дават дежурства, най-вече нощни, което е добре и за пациентите, и за самите лекари.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Това е един спорен момент. Тук проблемът е много сериозен от юридическа гледна точка. Това да даваш нощно дежурство, това означава, че си част от екипа на тази клиника или отделение, т.е. ти носиш цялата юридическа отговорност, защото пациентът първо го гледа д-р Петков, след обяд го гледа д-р Йорданов, вечерта го гледа д-р Х и при един смъртен случай отговорността се разпределя между тримата човека, които са го наблюдавали този болен. Този общопрактикуващ лекар е външен, той не е част от този колектив, от този екип и нещата могат да добият много сложен юридически смисъл, дори и при медицинска грешка. Всичко се случва в медицината, в крайна сметка. Там как решихме, д-р Генов, въпроса?

**Д-Р СТРАШИМИР ГЕНЕВ:** Когато има такъв общопрактикуващ лекар със специалност, който дава дежурства, трябва да сключи някакъв договор с лечебното заведение изпълнител на болнична помощ и тъй като той не е част от приложение 1, т.е. ние няма да сключим договор заради

него, всички негови действия трябва да се контролират от завеждащ отделението, който преподписва неговите действия като документи, прегледи...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Точно тук е въпросът какъв да бъде договора. Да бъде основен трудов договор или някакъв друг тип договор. При основния трудов договор той е част от екипа и носи отговорност. Ако е на някакъв друг вид договор, граждански договор, той не носи вече отговорност за смъртта на този човек, защото ще каже – те са го уморили втора смяна, примерно казвам. Нещата тук стоят от чисто юридическа гледна точка. Аз съм сложил под въпрос този проблем, защото ние не го решихме.

**Д-Р СТРАШИМИР ГЕНЕВ:** Би следвало да е трудов договор, тъй като гражданският е...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Той юридически носи отговорност и отива на равни начала с другите колеги само, ако е на трудов договор. Което означава ние да разрешим два трудови договора.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Това ще бъде допълнителен трудов договор.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** В какъв смисъл два трудови договора? Общопрактикуващият лекар е самостоятелна практика и сключва един трудов договор с някаква болница. Обаче този човек, когато има трудов договор примерно за 4 часа какво става с практиката?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Този въпрос също ги питахме. Практиката трябва да е 24 часова.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Как си представяте този човек след нощно дежурство...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Ще отиде сутринта да преглежда болните по десет минути.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Примерно за болница в Разград, измислям си, ако няма педиатър, а има необходимост и е единствената с педиатрично отделение в областта, и има общопрактикуващ лекар - педиатър няма как през нощта да не му дадем право да осъществи дежурство.

**Д-Р СТРАШИМИР ГЕНЕВ:** Ако позволите. Аз съм работил като участъков лекар едно време, т.е. общопрактикуващ и никога не ни питаше за това защо след нощно дежурство... Съжалявам, че правя такива аналогии.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Има трудово законодателство.

**Д-Р СТРАШИМИР ГЕНЕВ:** Разбира се и то се спазва.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Те повече от 7 – 8 часа не могат да седят в болнична среда. Това е трудовото законодателство. И това е големият проблем. Въпросът е наистина, обаче София не е България, както казахме. В Смолян, Разград, Тутракан няма, има един лекар, просто той трябва да поеме. Има и болница. Трябва да решим проблема по някакъв начин с компромис. Ние не можем да направим тук някакъв компромис.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Тук текстът, който виждам аз в проекта – общопрактикуващи лекари със специалност могат да сключват граждански договор за оказване на медицинска помощ с Центрове за спешна медицинска помощ, както и с лечебни заведения за болнична помощ, които нямат други лекари със същата специалност.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Проблемът е, че той по граждански договор не носи никаква отговорност.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Това ще разтовари ОПЛ да сключва договори с Центрове за спешна помощ за нощните дежурства. Той ще каже – аз съм си там и си ги поемам.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Не, напротив. Те си имат желание тези договори да си ги сключват.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Те плащат за тази услуга.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да.

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** И плащаме два пъти, един път капитация...

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Капитацията е едната дейност...

**Д-Р ГАЛЯ ЙОРДАНОВА:** 11 стотинки са на капитационен принцип. Те са само за 24-часовата осигуреност.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Общопрактикуващият лекар дава на друг медицински център да осигурява вместо него...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Де факто той не си изпълнява условието за капитация, така излиза. И е много сложно сега.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** За мен договорът не може да е граждански. Трябва да е друг. Въпросът е дали тогава няма да има противоречие с общия договор.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Затова го оставихме това за Надзора, защото продължаваме това да го дискутираме. Защото, наистина, не можем да намерим вариант. А наистина имат нужда провинциалните болници от лекари, които да дават нощни дежурства. Това е истината.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Особено някои специалности.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Анестезиология, неонатология, детските ...

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Не могат ли да се изброят дефицитните специалности?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** То не е въпрос за специалности.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Ние сме го писали за анестезиология и за неонатология.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Защото сега е отворено за всички ОПЛ със специалност. Ако специфицираме вида на специалността, като дефицитна...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Кой може да прецени как ще варира в годините колко ще избягат в чужбина уши-нос-гърло, примерно?

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** НРД е за една година.

**Д-Р СТРАШИМИР ГЕНЕВ:** Това е добра идея, обаче за съжаление джипитата нямат специалности, които са в кръга... Повечето имат ендокринология, кардиология, педиатрия. По-масовите.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Има ли наблюдение върху това колко често се налага да дават нощни дежурства джипитата в болниците?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Най-вече в областните болници, които са отдалечени. Примерно видинската, Разград, Смолян, Кърджали, Силистра.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Нас какво ни вълнува толкова, аз не мога да разбера. Болницата го наема да работи на парче, може и граждански договор, според мен, защото то е услуга и в този месец трябва да даде две дежурства и с това приключва.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Няма никакъв проблем за едното и другото. Въпросът е, че ако е граждански договор при някаква нежелана медицинска реакция, тогава може да се случи да се търси отговорност. И само от персонала, който е на трудов договор, от него може да се търси отговорност.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Директорът на болницата да му мисли. Ние на практика нямаме взаимоотношение с него.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Трудовият договор при положение, че има толкова специалисти...Ще изпаднем в такава ситуация, че ще вземем такова решение, примерно да бъде договорът трудов и ще вкараме

принудително болница и лекар в нарушаване на трудовото законодателство. Защото той след нощно дежурство съм сигурен, че понеделник, вторник, сряда ще отиде на работа, което е изключено. Той трябва да има почивка.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Тук се връщаме и на обратното. 10те минути качество. Този човек след нощно дежурство какъв конвейер прави на другия ден? Защото казваме, че малко лекари, големи листи. Те го чакат 100 човека отвън и той ги почва с един добър ентузиазъм да ги обслужва.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Това е важно, ако отиваме на проверка да видим има ли лекар там или няма.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Това е проблем и на лекарския съюз. Те трябва да защитят хората, все пак. Не е само наш договор.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Имаме договор с болницата да си осигури дейността. Тя трябва да я осигури по някакъв начин.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** За мен по-важен е въпросът да няма възможност един лекар да има договор с 20 болници.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Такъв текст имаме, написали сме. Само, както каза проф. Плочев, за анестезиологията и за неонатологията сме направили изключения. Освен специалностите, които със Закона са определени - вирусология, патоанатомия, имаме такъв текст изричен и се надяваме, колкото и да се твърди, че в момента нямат право, знаем за обмяната на дипломи и за отчитането на дейности. В тази връзка категорично...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Всички сме изпадали в подобни ситуации. И аз съм бил в такава ситуация нощем само сестра да има дежурна, а докторът да е на повикване. Има и такъв вариант в медицината – нощно повикване. Човекът живее в града, става нещо и трябва да го

извикат. Така че и това го има в медицината, и не е нарушение на закона, но зависи от отделението.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Какво решаваме за общопрактикуващите лекари?

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Д-р Пенков спомена защо ние влизаме в регулиране на тези отношения между еди кой си?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** За да регламентираме, за да не се води фалшив доктор някъде в някоя болница и само за пътеката да се води, на колко договора да имат право специалистите, за да можеш да ги хванеш дали си вършат работата и да няма това, което наблюдаваме сега.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Единственото, което правим е, че разрешаваме на общопрактикуващият лекар да дава дежурства от време на време.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Това е добре за квалификацията, добре е и за болниците.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Според мен е най-добре да остане само договор.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Да, разрешителен режим без да ни интересува изпълнението.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Да пише само договор, без да го уточняваме.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Между другото лекарският съюз това искаше. Лекарският съюз това предлагаше, но аз не посмях да взема отговорност. Те го искат това, но аз не поех ангажимента да се съглася за това нещо. Да остане само договор, пък какъв ще е договора да го мисли директорът на болницата. Той трябва да спазва трудовото законодателство.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Другото, което е, освен контрола в онкологията, контрола на количествата най-вече в болничните аптеки, където сме въвели



редица текстове, въвеждаме контрол и върху броя на леглата, с които сключва договор, т.е. обвързваме и броя на леглата, които декларира лечебното заведение, че ще сключи договор с касата. Това ще е много полезно в хода на контрола в ежемесечните отчети на лечебните заведения за болнична помощ, като специално текстовете за леглата, ще трябва да се конкретизират, тъй като на експертно ниво ги решихме, но не са дефинирани много ясно. За леглата за интензивно лечение установихме, че интензивните грижи влизат в Приложение 1, т.е. тези дейности, които се контролират индикативните стойности и има голям интерес към тях и надписване. Освен проверки за тези интензивни клинични пътеки смятаме да въведем и контрол върху броя на леглата и използваемостта на тези легла, т.е. да сравняваме колко легла има в интензивното отделение и колко случаи са отчетени, за да няма над 100% използваемост на интензивните легла. И другото, което предлагам да въведем за неонатологичните клинични пътеки да запишем, че 15% от родените деца да не бъдат хоспитализирани по неонатологичните клинични пътеки, освен ако детенце не е преведено от друго лечебно заведение с по-ниско ниво на компетентност в съответното лечебно заведение с по-високо ниво на компетентност. Тогава се заплащат всички случаи поради установени случаи на превъртане на деца от една неонатологична пътека в друга, където се установи, че броят на тези, които са минали по неонатологични пътеки е много повече от родените деца, тъй като те ги записват по една клинична пътека, втора, трета спрямо тяхното развитие.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Тук искам да Ви дам малко обяснение. Световната статистика показва в Мали има 16.8% недоносени регистрирани, в Конго са 19.9%, в Европа 7.7%, в България 46.6% недоносени, което е безумие. Ние разбираме, че това не е реалния процент. Проблемът е, че когато се роди детето то няма единен граждански номер. Те го пишат под някакъв техен вътрешен код, след което го прехвърлят от

едно отделение в друго, където го регистрират под техен вътрешен код, третото отделение – по техен вътрешен код и така от отделение на отделение едно дете събира четири кода, все едно са четири различни деца. Системата, която трябва да направим тук е да направим при раждането, още от сега трябва да говорим с неонатолозите, да се въведе при тях една единна система. Ражда се детето, дава се един номер в болницата и с този номер то върви в цялата болница до изписването, независимо в колко отделения и по колко клинични пътеки ще се завърти, и тогава ще имаме реална стойност. И изчислявайки това, съобразявайки се с този процент 7.7 и 46 не мога да го защитя научно, но едно 15% стигнахме, че е средното след консултация с неонатолози е достатъчен процент, за да покрие нуждите на неонатологията. Този процент не е фиксиран, никой няма да върне недоносено дете. Проблемът е много сложен, защото имаме злоупотреба категорично, но имаме и слаба регистрация, т.е. есгрона тук е трудно. Това ни е проблема тук. И този проблем предлагаме така да го решим, и така сме го предложили, и имаше разбиране от страна на Български лекарски съюз, защото ние им извадихме статистиката, не сме говорили измислени неща.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** По отношение на неонатологията това, което каза проф. Плочев за контрола на брой легла вече отбелязахме. Най-важните моменти, които са свързани със съответните специфични клинични пътеки Вие ще ги видите. Сега от гледна точка на отчетността. Според мен, още малко трябва да се прецизират текстовете, но ще остана след това да ги погледнем с колегите във връзка с месечни и тримесечни отчети. Но общата концепция, в рамките на която коментирахме, е свързана със следното: Първо, сегашните ежедневни отчети, електронната информация, предлагам дори да не е обект на НРД. Тази ежедневно подавана информация да запишем, че се подава ежедневно информация по определени параметри за целите на анализа от НЗОК, без да дефинираме

точно какво, защото знаете, че ежедневното подаване на ЕГН има за цел да отчитат тъй наречената надлимитна дейност.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Те отчитат дейност, призната от нас, която трябва да я плащаме.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Защото е влязла в информационната система. А ние получаваме определена информация за други цели - аналитични, за проверка на дублирани ЕГН и т.н. Тук ще прецизираме текста. Другото, което е свързано със заплащането, което касае и мисля, че не е необходимо да навлизаме в това ниво на рамковия договор, за да има по-големи правомощия Надзорният съвет при определяне на Правилата по чл. 4 от Закона за бюджета на НЗОК е да регламентираме на базата на какви документи се заплаща месечно в съответствие с изискванията за финансово-отчетната документация. И че дейност, която е извършена и е над определените в бюджета средства по смисъла на чл. 4 от Закона за бюджета на НЗОК не се заплаща на изпълнителите на медицинска помощ. Защото тук се коментира как може да се прехвърлят средства от един месец в друг. Ние приехме принципа, който ще Ви предложи, когато се ревизират Правилата по чл. 4 от Закона за бюджета, ако, разбира се, се съгласите, икономии от предходен месец да се разпределят за следващ месец, за да имат по-голяма предвидимост лечебните заведения и да няма стимул да отчитат на 100% лимитите си, условно казано, всеки месец. Т.е. икономии от предходен месец да могат да ги прехвърлят за следващия. Така сезонно ще могат да планират, ще имат и по-голяма предвидимост в по-дългосрочен период и – да не доразвиваме в рамките на тримесечните периоди, дали могат да надхвърлят 10% или не могат. Въобще тези текстове да отпаднат, ако е съгласен и проф. Плочев, от текстовете на НРД. Да регламентираме месечната отчетност.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Казваме, че има гъвкавост, има сезонност. Да кажем, че има лимит за 100 легла, предишния месец е отчел 80 легла, а следващия е направил 112 легла. Да могат да му се приемат и 112 легла.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Но ние това ще го регламентираме в параметрите за болнична помощ.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Идеята е да не изтеглят всичките си пари първия месец, да кажем април и месец юни да нямат никакви пари. Затова сложихме 10%.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Ние не даваме право на месечно превишение, а само при икономия, икономията да се прехвърля за следващите месеци. Хипотеза „Превишение“ нямаме. От тази гледна точка, когато нямаме превишение, само икономията да се прехвърля за следващ месец...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Тази хипотеза отпадна ли за превишение?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да. Те се съгласиха с тази хипотеза. И тук стигам до колосалните дебати по цени и обеми за болнична медицинска помощ. Крайният резултат Вие ще го видите в таблицата. Увеличени са цените на около 143 клинични пътеки и е прецизиран обемът дейност. Осигурява се средномесечна дейност в целогодишен аспект за болнична медицинска помощ в рамките на 156 милиона лева средномесечно. Идеята е да има по-качествена грижа за пациентите. Тези разчети са с допускането, че средствата, оставащи от резерва, ще бъдат насочени за болнична медицинска помощ. Ключов момент да се справим с това е ограничаване на растящите разходи в лекарствата в болниците. Предлагаме, тук има текстове, които ще заложим в договорите с лечебните заведения за болнична помощ, където разширяваме правомощията за контрол върху болничните аптеки, количествата назначени лекарства, тъй като там е

основният друг разход. Ще наблюдаваме дейността на онкокомисиите, а не лечението на пациентите. Това няма да влияе върху тях. Това е концепцията ни.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Искам да попитам по повод това увеличение на цените на пътеките. Всички увеличения по предложение на лекарския съюз ли са?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Нашите предложения за увеличение са свързани с пътеката раждане и грижа за новородено, педиатричните пътеки. Те имаха предложение за увеличение на над 170 пътеки. След прецизиране...

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Т.е. работено е по техните предложения за увеличение?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** В приложение 1 бяха наши предложения за прецизиране. Даже намалихме една клинична пътека, която стадира стадия. Това бяха нашите предложения.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Тези палиативни грижи...

**ГАНКА АВРАМОВА:** Те са на ден.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Тук е специфичен механизма на плащането.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Те и реанимацията са с друг режим.

**ГАНКА АВРАМОВА:** Миналата година бяха пътеки, а сега е цена на ден.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Г-жо Начева, ние този документ го нямаме.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Ще го получите. Сега го представяме на Вашето внимание, като концепции и съпоставка. Работеше се по това до последния момент и затова не Ви е изпратено. Различието е единствено, че ще имаме по-малък стремеж за хоспитализации и по-голяма грижа за пациентите, надяваме се. И с всички останали мерки и текстове, които сме записали,

няма да се допусне отчитане и съществуване на надлимитна дейност. т.е. това са параметрите. В тези рамки лекарският съюз се съгласиха да ни съдействат за периодичен контрол на обемите. Остана си този текст от настоящия рамков договор, че при превишение на определени параметри се коригират цени, чл. 333.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Аз питах по отношение тезата на касата, защото на исторически принцип през годините, знаете как се е работило с цените на пътеките. Мисълта ми е, че има определени дейности, цели специалности, които са подценени.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Според мен, за да се направи съвсем прецизно от икономическа гледна точка прецизиране на цени и обеми трябва да имаме ред подготвителна дейност, като събиране на информация, анализ на тази информация и т.н. Трябва да си признаем, че нямаме готовност това да стане от този рамков договор. Търсихме баланса...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Те не искаха да им ги вдигаме, а искаха да ги разделят на две.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Това е по-опасно. Ние не приехме тези предложения.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** И казахме твърдо „не“.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Едно кратко изказване искам да направя. Съгласен съм абсолютно, че ние в момента нямаме силите и възможностите да направим правилен анализ на цените на пътеките и обемите, който трябва да бъде. Но това директно е обвързано с това, че вече може би две години отлежават промените в правилника за работата на Националната здравноосигурителна каса, където има предвидени, поне на хартия, подобни ресурси. Второто, което е когато имаме вече тези възможности, тогава вече можем да говорим за оптимизиране, включително и

намаляване. Аз не съм противник на намаляването, нямам нищо против да се оптимизират. Но един така доста ясен сигнал за нас е, ако се направи, това предполагам, че е във възможностите на ресурсите на проф. Плочев анализ на новооткритите лечебни заведения и кои пътеки ние купуваме от тях за последните X години, няма значение, най-вече за частните болници. Аз съм от страна на работодателите и подкрепям частния бизнес, но едно подобно изкривяване рефлектира точно към Вас, а именно ангажимента към държавните, общински и т.н. болници, които поемат недофинансираните пътеки. Т.е. едно такова изкривяване и то продължава да върви това изкривяване, независимо в момента как ги увеличаваме и с колко увеличаваме част от пътеките, води до деформация на ценообразуването, услугите и най-накрая това, което получават пациентите.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Най-вече.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Ние имаме такъв проблем. Има пациенти, които имат инсталирани стентове, които най-вероятно не са им нужни. Това, което споделиха с мен, аз просто бях потресен, че като е направена аутопсия стентовете са се изхлузили, което означава, че ...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Те не са сложени като хората. Това означава. Абсолютно съм съгласен с това нещо. Просто не ми стига акъла по какъв начин да го контролираме. Той като в момента на прегледа ти каже – трябва да го стентирам, иди и докажи, че не трябва да го стентираш.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Сега ние стартираме спешно този регистър на ражданията, на онкоболните, регистър за инвазивните грижи.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Реанимацията е също проблем.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Проблемът е в броя на болниците. Този юридически субект, за да е жив трябва да прави гимнастики. При

намаляващо население, при липса на лекари как да живее той? Изкривеното ценообразуване изкриви здравната статистика.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Абсолютно съм съгласен.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Г-н Ананиев, Вие сте слушали сигурно, той пое ангажимента да предложи нов модел, да се обсъди до средата на годината и да се адресира със съответните нормативни промени, и да влезе в сила от 2019 г. Работим по определени текстове.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Това трябва да премине през публично обсъждане.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Те ще бъдат подложени на обществено обсъждане.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Нашата най-голяма молба е в тази връзка, ако ще се прави смяна на концепцията всичко да бъде с цялостен пакет от Закони. И това нещо с разписаните наредби да влезе като пакет, а не приемаме това на парче, после онова.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Те са свързани нещата. Така се работи, да.

Да погледнем член 327. Чл. 327, ал. 1 говори за неустойки на лечебните заведения във връзка с онкологичните заболявания в болнична медицинска помощ. Считаме, че ние активно сме се заели с централизирано договаряне на онкологичните лекарства за болнична медицинска помощ и този текст на този етап, ал. 1, не е приложим и не е относим към Националния рамков договор, във връзка с което предлагаме да отпадне и да остане само ал. 2.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Какво стана с чл. 278, т. 4 това е за броя на пациентите по лечебни заведения?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Остава си текстът, малка редакция ще помислим. Аз затова не го коментирам.



**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Аз съм си го отбелязал тук да го коментираме.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** По отношение на регулацията, чл. 333, лекарският съюз с основание в конкретния случай, предлага да отпаднат медицинските изделия от наблюдението на регулацията на цените, защото медицинските изделия така или иначе нямат отношение. Те имат отношение към лечението по редица клинични пътеки, но пациентът е излекуван, сложено му е медицинско изделие и няма как да коригираме цената във връзка с разхода за медицински изделия. Чл. 333, ал. 3, там където те предлагат да се махнат медицинските изделия. Те тук са прави.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Възниква следния въпрос. Имаш надлимитна дейност. Два вида клинични пътеки – едната е с медицинско изделие, другата е без медицинско изделие. И те казват така – по-добре е за болницата да не приеме тази, която е без медицинското изделие, защото иначе болниците се набутват, защото са закупили медицинското изделие. Те поставят и такъв въпрос. Казвам Ви какво са поискали в хода на дискусиата.

**ОЛЯ ВАСИЛЕВА:** Вие предлагате да отпадне от НРД чл. 327, ал. 1...

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Договаряйки централизирано лекарства това на практика се обезсмисля, защото ние договаряме най-ниска цена и се наблюдават остатъчните срокове.

**Д-Р СТРАШИМИР ГЕНЕВ:** Трябва и лекарствени продукти да се зачертаят и в една предишна алинея.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Защото те се заплащат извън стойността на клиничната пътека.

**Д-Р СТРАШИМИР ГЕНЕВ:** Те са по същия начин като медицинските изделия.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Чл. 333, ал. 3.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** И другото, което коментирахме е за сроковете на плащане. Да изтеглим получаването на отчетната информация от лечебните заведения, лекарският съюз се съгласиха, не до петия ден, а до първия, втория ден след приключване на отчетния месец. Това не е отразено. Трябва да го запишем, г-жа Аврамова знае, за да можем да изтеглим плащанията от касата към болниците преди 21-во число, когато НАП прави регулацията за дължимите средства към държавата, за да могат болниците да са си изплатили дължимите средства съответно към НАП и тогава да нямат проблем. И по този начин преди 25-ти касата ще е платила и ще имаме по-добра регулация при прилагането на механизма.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Те ще успеят ли?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да, те го приеха това. По отношение чл. 349, при всички положения, когато един пациент бъде хоспитализиран в едно лечебно заведение и после в друго по повод на едно и също заболяване се прави проверка в рамките на 1 месец, и след това се решава на кое от двете лечебни заведения да се заплати. По отношение на чл. 349, ал. 2 решихме, че няма как да я оставим в този вид на този етап, защото някои диагнози няма как да има статус оздравял, той е примерно диабетно болен човекът...Затова решихме, че по време на проверката ще се прецизира. Решихме да се направят няколко проверки и да се види какво ще се случи, и ако трябва допълнителни указания ще се пуснат.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Лежи в една клиника от 1во до 5то число и на 18ти развива същата болест, и постъпва в същото лечебно заведение или в друго лечебно заведение. Едно и също заболяване дали е недоизлекувано или дали е решут, т.е. биологичен феномен, който

съществува в медицината, ние не можем да го отричаме, това да го плащаме ли. При болести, за които знаем, че това е биологичен феномен ние в клиничните пътеки сме записали до колко процента признаваме решут. 5% от хепатитите могат да повторят. Скарлатината 12%. При останалите заболявания приемаме само според това как е изписан болния – с подобрене ли е изписан или без подобряване на показателите. Защото много често ги изписват, защото е свършила клиничната пътека. Те казват – клиничната пътека е 5 дена, пуцам го.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Ако напишат без подобрене, това им отваря вратата...

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Той може да напише всичко, но аз му гледам клиничните показатели, гледам му кръвна картина и т.н. И тук също е много деликатен проблема, защото това е много индивидуална материя. Ние нямаме право да правим оценка на качеството на медицинската дейност, която е извършена, дали наистина е добре работено. Имаше много спорове. Щом така сте го решили, мисля, че това е правилния подход.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Защото беше свързано с коментарите по цените и обемите. И на практика спорни моменти, от гледна точка на спорни моменти, както коментирахме от кога да се води промяна на статуса, мисля, че няма в болничната помощ на този етап.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** За клиничните изпитания се съгласиха. Там също имаше проблем. Но го решихме проблема. Ще има регистри за клиничните изпитания. За бедствия и аварии ще даваме допълнително средства. Това сме длъжни да го пишем. Друго няма.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Предлагам, ако нямате нищо против в този вариант принципно, ако подкрепите да качим на сайта проекта на НРД за медицинските дейности с уговорката, че в хода на тези 14 дни и в

оперативен план, експертен план, официален план продължаваме изчистване и прецизиране на текстовете така, както се обсъжда всеки проект на нормативен документ. Други предложения?

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Ако го запишем по този начин в решението.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** В никакъв случай не предлагам да гласуваме проекта на НРД, който да бъде предложен на БЛС за подписване.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Ние самите ще добавим някои неща.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Вариантът, който качим на сайта ще Ви бъде изпратен. И след това предлагам, за да има проследимост на промените да не Ви изпращаме версии. Който има становища да ни ги предложи и след това да Ви докладваме всички предложения, и да ги обсъдим едно по едно, за да не правим варианти, в които да се объркваме. Просто да имаме един отправен вариант, спрямо който да Ви докладваме след това настъпилите в хода на публичното обсъждане предложения.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Аз имам един въпрос по чл. 333. За част от колегите, които не са били при приемането на миналото НРД, може ли да обясните ал. 3 с прости думи какво точно означава това с натрупване. Трите процента.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Т.е., ако примерно към края на деветмесечието отчетът за изпълнението на бюджета спрямо планираните средства към деветмесечието надвишава 3% планираните равнища, тогава се предприемат съответните действия. Имаме годишен план за изпълнение за болнична медицинска помощ и план по тримесечия. И ако към края на съответния период спрямо планираните превишават с повече от 3%.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Този механизъм работеше на тримесечие.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Сега е пак на три месеца.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Миналата година месец за месец се сравняваха, за да може последния месец да бъде компенсиран.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** С натрупване, още повече, че ако приемем механизма икономииите за предходния да се насочват за следващия, което мисля, че е по-коректен подход и мисля, че би могло да се приложи този механизъм. Рискът най-вече би дошъл по отношение на Приложение 1, защото по отношение на Приложение 2 ние имаме регулиране.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Тази гъвкавост на болниците в какви граници е фиксирана? Следващият месец едно към едно ли е?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** В хода на тримесечието ще се прави анализ. Защото примерно до сега са по-тежките месеци, след това следващите два месеца са относими, но юли и август са по-леки месеци, като касов разход и октомври, ноември и декември са по-силни месеци условно. Сега ще наблюдаваме всеки месец отчета, ще знаем следващия месец в рамките на тримесечието какви икономии са реализирани и ще се правят съответните анализи по отношение на Приложение 2 и Приложение 1, дали пък не се увеличава разходът по Приложение 1 още първия месец.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Т.е. ние разчитаме на едно съзнателно отношение от страна на болничните ръководства да не търсят нови полета за разходи.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да, да лекуват истински пациентите и разчитаме, освен на съзнателното отношение и на контрола, който смятаме да го променим.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** И по обективни показатели.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да. Там имам идеи, но не бих искала да ги споделям. С проф. Плочев ще ги коментираме.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Още не сме готови.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Ние сме за това нещо. За нас контролът е едно от големите оръжия на касата за ограничаване на преразхода.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Не само на касата. Тук имаме разбирането и на съсловието. Г-н Ананиев, знаете, че проведе разговори със специалистите, с представителите на медицинското съсловие и национални консултанти, изпълнители на медицинска помощ. Те изразиха желание да ни подкрепят чисто медицински в проверките, защото все пак служителите на касата са хора, които повечето от тях нямат специалност за проверяване по клинична пътека и заедно с нашите хората от касата, РЗИ и Агенция „Медицински одит“ ще определим тези консултанти, които декларираха съгласието си.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Оказа се, че има много честни колеги, които ни казаха в очите – ето тук ви крадат.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Това съсловието знаете ли го?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Вчера д-р Грозев декларира, в това число и пред г-н Ананиев – „Аз съм съгласен на всякакви проверки“. Друг е въпросът, че на практика тези, които по-отдавна се занимаваме с рамкови договори...

Предлагам да гласуваме по начина, по който го формулирах това решение, ако сте съгласни. Поемам ангажимент с проф. Плочев да Ви изпратим вариант, който ще бъде качен и на сайта, и да Ви докладваме към последната дата на крайния срок за предложенията.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Ние на 26ти трябва да сме приключили.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Тъй като желанието на лекарския съюз да дават медийни изяви е неудържимо и неопределимо, аз не мога да кажа от тяхно име какви медийни изяви утре ще искат да правят. Моето предложение лично е преди да е приключило публичното обсъждане и да сме приели окончателно текстовете да не се правят изяви.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Аз преди малко отказах.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Д-р Грозев ми е изпратил съобщение, че за утре е поканил медиите. Ние няма как да влияем на тяхната политика, но нашата политика на касата е да не се дават изявления.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** В чл. 333 след ал. 7 има една нова алинея. Най-накрая пише, че лекарският съюз иска да участва...

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Това ще го махнем. Това въобще не сме го подложили на обсъждане.

Който е съгласен с предложението проект на решение, моля да гласува.

По точка 2 от дневния ред се взе следното решение:

### **НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ**

#### **РЕШИ:**

1. Приема проекта на Национален рамков договор за медицинските дейности за 2018 г. за обществено обсъждане.

2. Възлага на управителя на НЗОК да предприеме действия по публикуване на сайта на НЗОК за обществено обсъждане на проекта по т. 1.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, Галя Димитрова, Росица Велкова, Теодор Василев, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – Боян Бойчев, Оля Василева.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Следваща точка е проектът на Инвестиционна програма. Моето мнение за Инвестиционната програма е, че така или иначе трябва да има някаква отправна точка, касата да започне да реализира поне дейностите извън обхвата на последната част, свързана със софтуерните продукти и трябва да стартираме някаква Инвестиционна програма. Трябва и към Министерство на финансите да подадем необходимата информация.

Всяка една от тези дейности, както знаете, допълнително ще бъде подложена на обсъждане и разглеждане. Има някои дейности, които са изключително важни от гледна точка на реализиране на рамковия договор и контрол, като протоколите за скъпоструващото лечение, проблеми, свързани с отчетите на изпълнителите на медицинска помощ. Знаете, като има промяна в нормативната уредба, свързана с рамковия договор, се налага усъвършенстване на наличната информационна система. Ще започне изборът на фирмата, която ще направи оценка на информационната система на касата, както вече гласува Надзорният съвет. И според мен това е добра отправна точка да я подкрепим в този вид, без да е задължително всички от тези дейности да бъдат реализирани по начина, по който са написани, но да започнем да реализираме поне най-важните, които са свързани с рамковия договор. Заповядайте за въпроси и коментари. Ако искате позиция по позиция или ако има някой нещо да изрази по позициите? Въпроси, коментари?

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Нали приемаме принципно?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Да, аз така предлагам. Защото по всяка една дейност преди да има обществена поръчка ще ни бъде внасяно, както винаги е процедирано.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Искаме да стартираме още този месец.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Има ли забележки, коментари?

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Аз само ще повторя това, което казах миналия път. Имам няколко неща. Едното, това не е въпрос към г-н Кронев от гледна точка оформяне на документите, а повече по същността на нещата, които са планирани като Инвестиционна програма. В момента до колкото разбирам, проф. Плочев, вече имаме твърдо решение за преместването на структурата



на Централното управление и Софийската районна здравноосигурителна каса на друго място.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Това като всяко предложение е предпоследно. За сега е решено само за здравната каса. За министерството още въпросът е спорен. За здравната каса е твърдо. В понеделник министърът иска да му дам проекта за Централно управление, за да може после да ни гласувате, след това да дадете един бюджет от 25 – 30 хил. лв. за оценка и калкулиране на дейности, за да можем да искаме три оферти и да работим по тях. Срокът, който ни е даден е до края на месец март, трябва да сме готови, за да дадем вече заявка за инвестиционен проект, който да се разработи от фирма и да започне изработката. До тогава, ако се реши да се включи и Министерството на здравеопазването, казах, че това ще се реши малко по-късно. Тогава може би нещата ще се променят, защото ще има и допълнителни уточнявания на инсталации и т.н.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Искам да кажа къде са тези пари, след като тук не ги виждам?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Тези пари ще ги вземем, те са около 30 хил. лв., ще бъдат взети...

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Не, извинявайте, не говорим за 30 хил. лв.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** За другите пари не говоря, защото другите пари са предмет на обсъждане от Министерство на финансите.

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Ще бъдат извън бюджета на касата?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Това не е моя работа на настоящия етап. Поне така знам.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Аз предлагам по този Ваш въпрос да Ви отговоря на следващото заседание.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Иначе тези 30 хил. лв. ще ги вземем от издръжката.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Ще Ви дам отговор на следващото заседание.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Само едно уточнение. Само Централно управление ли отива без СЗОК и РЗОК София област районните каси?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Само Централно управление, без районните каси. Толкова е местото. Не можем да се преборим с Хинков. Толкова ценни се оказаха лабораториите. Утре пак ще обикаляме лаборатория по лаборатория. Специално ще Ви докладвам за какво става дума. Аз искам да го направим без да гоним хора, да разместим хора.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Аз не можах да разбера какви са причините, които налагат това нещо.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Три са причините, които налагат това нещо. Първо, чисто административно. Много трудно се управлява една структура, която е разположена в три блока на три улици. Второ, не мога да реализирам компютърен отдел за наблюдение на здравеопазването в тези сгради. Трябва ни ново място, с нов център, който да контролира по електронен път, нещо като център за контрол на въздушния транспорт. И трето, чисто бюрократично. Касата е отворена структура до обществото. Гражданите трябва да имат достъп до всички звена, за да могат да си получат необходимата помощ. Тук това не може да стане.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Парадоксът е, че там, където гражданите контактуват с касата, двете районни каси остават по онези жилищни етажи, а се местят тези, които нямат контакт с гражданите. Къде е контактната точка на Централно управление с гражданите и какви услуги предлага Централно управление?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Европейски карти...

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Това го прави Централно управление?

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Тук ги получават, тук идват да получават информация. Кол центъра е тук, жалбите са тука.

**ТЕОДОР ВАСИЛЕВ:** Тук нямате едно гише.

**ПРОФ. Д-Р КАМЕН ПЛОЧЕВ:** Затова отиваме там. В Софийската каса работят 4 човека, а тук работят 36 човека.

**Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ:** Може ли вече да гласуваме?

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Във връзка с този регламент за защита на информацията, дали не би следвало да запишем някакъв пожелателен текст и към изпълнителите на медицинска помощ?

**БОЯН БОЙЧЕВ:** Това важи и за болниците. Там има лични данни.

**АНДРЕЙ ДАМЯНОВ:** Касата не е органа, който може да се намесва в работата на болниците. Това е работа на стопанина, дали е държавата, общината или акционера...

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Който е съгласен с така предложения проект на Инвестиционна програма, моля да гласува. Против? Въздържали се? Един.

По точка 3 от дневния ред се взе следното решение:

## НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

### РЕШИ:

1. Приема разпределението на кредитите между елементите на Единната бюджетна класификация в бюджета на НЗОК, за придобиване на нефинансови активи за 2018г. както следва:

в лева

№ по ред	Обекти	Инвестиционна програма за 2018 г.
	<b>Обща стойност на капиталови разходи</b>	<b>5 000 000</b>
I.	§ 51-00 "Основен ремонт на дълготрайни материални активи"	142 697
II.	§ 52-00 "Придобиване на дълготрайни материални активи"	1 973 500
	§§ 52-01 "Придобиване на компютри и хардуер"	800 000
	§§ 52-03 "Придобиване на друго оборудване машини и съоръжения"	1 168 500
	§§ 52-05 "Придобиване на стопански инвентар"	5 000
III.	§ 53-00 " Придобиване на нематериални дълготрайни активи"	2 883 803
	§§ 53-01 "Придобиване на програмни продукти и лицензи за програмни продукти"	2 883 803

2. Одобрява в приложение 1 към настоящото Решение списък на обектите и позициите по параграфи и подпараграфи от т. 1 в инвестиционната програма на НЗОК за 2018 година.

3. Дава право на управителя на НЗОК да утвърждава вътрешни компенсирани промени до 50 000 (петдесет хиляди) лева в параграфите и между тях, в рамките на утвърдените средства за придобиване на нефинансови активи в чл. 1, ал. 2, т. 1.2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2018 година.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, Галя Димитрова, Росица Велкова, Боян Бойчев, Оля Василева, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – Теодор Василев.

**ЖЕНИ НАЧЕВА:** Благодаря. Приятна вечер пожелавам. Утре в 10 часа е срещата с Българския лекарски съюз.

Заседанието приключи в 18.40 часа

**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК:**

**ЖЕНИ НАЧЕВА**

Изготвил:  
Д. Беличева