



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. „Кричим” № 1

СТЕНОГРАФСКИ ПРОТОКОЛ ОТ ЗАСЕДАНИЕ НА НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК ПРОВЕДЕНО НА 20 ЮНИ 2017 ГОДИНА

Днес, 20 юни 2017 г., в сградата на НЗОК, гр. София, ул. Кричим 1, ет. 4 се проведе редовно заседание на Надзорния съвет на НЗОК.

Присъстват:

От Надзорния съвет на НЗОК: Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, Теодор Василев, Боян Бойчев, проф. д-р Красимир Гигов, Пламен Таушанов.

От ЦУ на НЗОК: д-р Глинка Комитов, д-р Димитър Петров.

Отсъстват следните членове на Надзорния съвет: Галя Димитрова, д-р Иван Кокалов.

Лидия Нейчева – заместник-министър на здравеопазването.

Заседанието започна в 15.50 часа.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Има ли някой да пожелае да включи някакви допълнения към дневния ред?

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Аз имам процедурен въпрос, както се казва. В пресата се говори за лимитите на болниците, здравната

каса ще увеличи бюджета на болниците. Ние се бяхме разбрали по принцип тези неща да излизат след като се вземе решение на Надзорен съвет. По този начин излиза, че Надзорният съвет се води, не знам по какъв начин се води Надзорния съвет, при положение, че дневния ред се води от това, което е писано във вестниците, в масмедиите. Просто за мен това е неприемливо. Искам официално да го заявя. Все едно аз да кажа утре, като член на Надзорния съвет, няма да има лимити, ще увеличим здравната вноска и т.н. Това е просто абсурдно. Ние всички носим отговорност на организациите, които представляваме. Не е допустимо представители на НЗОК да говорят по този начин. Първо, не е с нас съгласувано, второ, казват, че министерство на здравеопазването е събрало лекарския съюз, представители на НЗОК и Надзорния съвет. Аз не знам кой е присъствал от Надзорния съвет. Но хубаво би било тези неща преди да излязат в пресата да бъдат коментирани пред нас, за да вземем общо решение, защото в края на краищата ние отговаряме за този финансов ресурс и т.н. Преди време се беше получило същото нещо с пръстовите отпечатьци. Не може да се налага на касата или на Надзорния съвет да се взимат определени решения без все пак да са разисквани. Ето примерно се казва за структуроопределящите болници. Лично аз съм поставял въпроса за структуроопределящите болници в София, във Варна и т.н. Но когато говорим за структуроопределящи болници първо трябва да знаем критериите за определяне на тези структуроопределящи болници, което е много разумно, много добре. Не може така да го пускаме в публичното пространство, защото цялата отговорност е върху нас. Утре ще се каже, че или ние не сме си догледали, или нещо друго. Благодаря ви, завърших.

БОЯН БОЙЧЕВ: Присъединявам се към позицията на проф. Гигов.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Проф. Гигов, това не е нова тема. Като председател на Надзорния съвет, многократно съм я поставял тази тема, че

трябва да се излиза пред медиите с решенията на Надзорния съвет, а не авансово да се предрешават нещата.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Вие направихте ли забележката, че не е утвърдено от Надзора?

КИРИЛ АНАНИЕВ: Долу, пред журналистите казах, че не е коректно преди Надзорът да е приел решение да коментираме. Трябва да бъдем възможно най-коректни, когато даваме информация за журналистите преди самия въпрос да се гледа на Надзорен съвет. Сега знаете, че ние търсим добра координация между всичките участници и министърът също търси такава добра координация. Ген. Петров покани и ръководството на Български лекарски съюз, и оперативното ръководство на касата, и мен ме покани, като Председател на Надзорния съвет, за да уточним някои принципни неща от тук до края на годината, които, разбира се, няма да станат без ваше решение.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Аз не възразявам. Но става въпрос, че би било добре това да не излиза в масмедииите, защото, ако нещо не се приеме, по този начин да се приеме, не може... Да мине Надзорния съвет и тогава.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Точно това каза и министърът.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Никаква информация не е излизала от касата. От тази среща, ако е излязло нещо най-вероятно е излязло....

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Не е от касата.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Вижте, достатъчно сме големи, достатъчно сме зрели това решение на Надзорния съвет, по принцип да не излиза информация преди заседание на Надзорния съвет.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Аз ви гарантирам, че от тази среща от касата не е излизала информация. Това, което излезе най-вероятно е

излязло от лекарския съюз. Второ, по отношение, вчера излязоха някакви по-конкретни данни, числа, само това ще ви кажа, че това излезе след като раздадохме материалите.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Проф. Гигов иска да си останат тука, докато не се получи публичност на решенията на Надзорния съвет.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Иначе излиза, че работим под диктат. А ние сме убедени в това, което трябва да направим.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Само едно питане. По отношение на Правилника за устройството и дейността, който стана исторически, какви са плановете и кога ще го гледаме? Правилникът беше обсъждан, имаше предложения и го спряхме отново.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Когато кажете, тогава ще го вкарам.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Нека да поема аз ангажимента и ще гледам, ако не на първото, то на второто заседание след днешното да го гледаме правилника.

Който е съгласен с предложениия дневен ред, моля да гласува. Приема се.

ДНЕВЕН РЕД:

1. Проект на договор за изменение и допълнение на Национален рамков договор за медицинските дейности за 2017 година.
2. Необходими промени в приети решения на Надзорния съвет на НЗОК, във връзка с разпределението на месечни и индикативни стойности на изпълнители на БМП за периода на дейност м. юни – м. ноември 2017 г.
3. Изпълнение от страна на НЗОК на финансовите ангажименти по реда на Правилата за координация на системите за социална сигурност на ЕС.
4. Проект за изменение на Закона за здравното осигуряване.

5. Проект за изменение и допълнение на Наредба № 10/2009 г.
6. Изпълнение на решения на Надзорния съвет на НЗОК № РД-НС-04-27/09.03.2017 г. и № РД-НС-04-126/21.11.2016 г.
7. Получено писмо от проф. Генчо Начев, вх. № 15-02-53/05.06.2017 г. (вх. № НС-12-00-54/05.06.2017 г.)
8. Разработка на нови функционалности към Персонализираната информационна система на НЗОК (ПИС).
9. Разни.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, Теодор Василев, Боян Бойчев, проф. д-р Красимир Гигов, Пламен Таушанов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Точка първа – Проект на договор за изменение и допълнение на Национален рамков договор за медицинските дейности за 2017 година.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Преди да започнем по точка първа от дневния ред бих искал да кажа, че съществуват някои болници, които имат доста проблеми. Едва ли ние бихме могли да ги решим, но нека да се има предвид, визирам болницата в Ловеч.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Добре. Тя е специфичен случай.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Едва ли е от темата на Надзорния съвет, но все пак...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Това трябва да го дебатираме заедно с министъра на здравеопазването, тъй като той е принципал на болницата в Ловеч. Темата за финансовото състояние на болниците е обект на точка втора и механизма, който ще гледаме.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: По първа точка има няколко неща, които предлагаме.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Няколко неща трябва да бъдат ясни. Първо, това е свързано с решение на ВАС. Отменен е пръстовия отпечатък. Това е временна мярка до създаването на електронната здравна карта.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Освен пръстовия отпечатък в промяната на НРД са включени и други неща, които предлагам да ги изкоментираме. Аз мога да кажа бележките, които са по отделни точки. Първото нещо, предложението, което се отнася за информираното съгласие на родителите при имунизирането срещу РМШ. Ние сме против, като държим да си остане подписването допълнително на информираното съгласие. Мотивът на касата е, че родителите подписват амбулаторния лист. Обаче от практиката всички знаем, че амбулаторния лист го подписваме механично, без да четем какво пише в него, това е първо. Второто нещо, което е - амбулаторният лист няма доказателствена сила за информирано съгласие. Амбулаторният лист удостоверява, че е извършена манипулация, преглед и т.н., няма такава доказателствена сила и няма такова съдържание информирано съгласие. А имайте предвид, че това е имунизация срещу сериозно заболяване. Предлагам да си остане информираното съгласие, което ще гарантира, че родителят е съгласен да се направи тази имунизация на съответното дете. Така че предлагам това да не го приемаме.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това нещо е вкарано точно по настояване на министерството и Националното сдружение на общопрактикуващите лекари.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Може да е било от предишния екип. Току що ни дадоха становището на Български лекарски съюз и то започва – „във връзка с проведена среща в министерство на здравеопазването през

месец февруари“. Това е било в предишния кабинет, аз говоря за сегашния кабинет на министерството.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Колеги от касата, възможно ли е в амбулаторния лист да има точка, която да включва и тази декларация? Тук да не обсъждаме такива технически неща, а те да бъдат в услуга, както на касата, така и на родителите.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: То това е всъщност същината на предложението, че подписът в амбулаторния лист, но аз ви казвам, че това касата не го инициира. Работната група, писмо от министерството.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Не може ли да се включи в една бланка?

КИРИЛ АНАНИЕВ: Който е съгласен с присъствието на заседанието на г-жа Нейчева – заместник-министър на здравеопазването, моля да гласува. Приема се единодушно.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Г-н Председател, аз поставих въпроса. Има тема и въпрос от министерство на здравеопазването, член на който е в Надзорния съвет. И аз попитах това нещо не може ли да бъде част от амбулаторния лист. Т.е. тази декларация да бъде част, за да не затрудняваме хората и там да се допълни.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз бих отговорила, че амбулаторният лист първо има образец, не че не може да се промени, но амбулаторният лист по своята правна същност играе друга роля. Няма роля на информирано съгласие. Амбулаторният лист само удостоверява, че е извършена някаква манипулация или че е извършен преглед и т.н.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Може да се подпише в същия лист тази декларация, за да не разкарваме хората по десет пъти.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Не, тук не става въпрос за разкарване. Информираното съгласие е бланка, която е предварително подготвена и

когато дойде лицето, освен амбулаторния лист, че му е извършена манипулацията му се предлага и информационния лист, той го прочита и го подписва.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: За същото говоря.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: По този начин се изостря неговото внимание, че той си дава съгласието точно за тази манипулация.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Аз се съгласих с вас, но това да стане едновременно.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Предложението на министерство на здравеопазването е резонно да не отпада това информирано съгласие, защото това ще противоречи на Закона за здравето член 88, свързано с информираното съгласие на пациента при всяка инвазивна процедура. Така че тук няма какво да дискутираме.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Но това да става едновременно, за да не разкарваме хората.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: То едновременно може да става при преглед или при правенето, но информираното съгласие трябва да остане като документ отделен.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Г-н Борисов, то едновременно става. Те двата документа вървят заедно. Като отиде родителят той подписва едното и другото.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Правят и ваксината или еди какво си. Но не може да се маха информираното съгласие.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Предложението е направено на работна среща между МЗ, НЗОК, Националното сдружение.... Имайте предвид, обаче, че задължителните ваксинации, когато се правят, информираното

съгласие е точно подписа в амбулаторния лист. И на срещата се предложи това да стане и за препоръчителните. Това е смисълът на предложението.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Има ли някой против предложението на г-жа Сотирова? Гласуваме. Приема се.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Тук имам един въпрос във връзка със следващото предложение. Когато се разрешава отпускането на лекарствени продукти по чл. 54 по принцип се разработват съвместно с външни експерти на НЗОК изискванията при издаване на протоколи за провеждане на лечение на тези групи заболявания, съгласно изисквания на НЗОК. Тук се предлага тези изисквания на НЗОК да се утвърждават само от управителя. Искам да попитам, тъй като мотивът е да отпадне да е съгласувано с Надзорния съвет и Български лекарски съюз е мотивирано, че се утежнява процедурата, има забавяне и т.н. Искам да попитам тези изисквания...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Моето предложение е изискванията да се утвърждават от управителя, обаче след решение на Надзорния съвет без Български лекарски съюз. Предлагам да го гласуваме това.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Имайте предвид, че тези изисквания, които миналия път ги утвърдихте, те няколко бяха, там всяка програма, състав на комисия, някакъв медикамент, който е отпаднал от списъка и т.н. се води промяна на изискванията и това става поне три-четири пъти месечно. На лекарският съюз ги пращаме за съгласуване и след това ги внасяхме тук.

КИРИЛ АНАНИЕВ: След решение на Надзорния съвет. Да го гласуваме. Приема се.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ако не се съгласят да го подпишат така?

КИРИЛ АНАНИЕВ: Нека ние да го приемем така.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Съгласуване, не значи съгласие. Има разлика.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Член 327, ал. 1, това е § 10, създаването на новите алинеи 3 и 4, които касаят полуавтоматизираната система. Считам, че по този начин много ще натоварим болниците, тъй като веднъж те хвърлиха много средства за закупуване на системата за пръстовия отпечатък, тя се отмени, купили са си голяма част от тях тези ламинарни боксове, ако правилно се изразявам и сега да ги накараме да закупват полуавтоматични системи ще е допълнителен голям разход. Ние проучихме, че минимум около 200 000 лева струва една такава полуавтоматизирана система. Освен това ги натоварваме ежемесечно с още около 30 000 лева за консумативи, в зависимост от големината на болницата. И аз ви предлагам да помислим, ако не сме готови сега с някакъв друг вариант поне да го отложим да влезе в сила от 2019 г. и до тогава да помислим дали така да остане или въобще да отпадне. Голяма част от тях в момента прилагат така наречените ръчни системи, при които също може да се осъществява контрол. Мотивите на касата са, че трябва да има такава система, за да може да бъде осъществяван контрол. Аз по-скоро бих апелирала да измислим някакъв механизъм за контрол, който да не включва допълнителни разходи за болниците и натоварване на техните бюджети.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Този текст практически малко либерализира подготвения режим, тъй като в момента това изискване съществува в клиничните пътеки за автоматизирана или полуавтоматизирана система. Този текст прави задължително полуавтоматизираната и второ дава възможност тя да се ползва по външен договор, т.е. с друго лечебно заведение. Това е смисълът на текста.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Това, което каза г-жа Сотирова е така. Ще натоварим допълнително болниците, а те са с 500 милиона дългове, за нещо, което няма да има очаквания ефект. Очакван ефект би имало, ако се разработи и се внедри болнична информационна система, която да покаже реалния разход по доза на пациент, приложеното количество и разликата в него. Казвам този модел работи при ръчна система в болницата, от която идвам. Вече се прилага и във Военна болница. Имах вчера среща с болница, която иска да я внедри. Така че полуавтоматизираната система ще натовари в момента допълнително болниците. Механизмите за контрол, които можем да помислим заедно с министерството и вече с колеги, биха довели до някакъв резултат, но това ще е само натоварване за тях. Ще ги отменим след време, а те са си купили ламинарни боксове по изискване на Наредба 28. Какво ще правят с тези ламинарни боксове? Аз предлагам да се отложи във времето като изискване. Който има пари да си го купи. Ако някой иска да си го купи – да си го купи. Той не е забранителен режим.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Въпросът е, че в момента има текст, който дава възможност автоматизирани или полуавтоматизирани.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Но не е задължително.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Ако е възможно да не е задължително.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Този текст прави малко по-либерален режима. Той дава възможност това да се ползва от няколко болници едновременно.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Г-н Председател, аз виждам, че колегите от НЗОК нямат анализ на цифрите, които биха допринесли от тази мярка. Тази мярка е важна, а виждам, че и колегите от министерство на здравеопазването в момента подхождат меко към тази мярка, така че аз лично бих подкрепил това да се отложи, да влезе през 2018.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: То от 2018 г. е предвидено, от 1 януари 2018 г. Разходите за консумативи горе-долу средните при тази система са около 13 000.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Колко е прихода или минуса на НЗОК от това нещо? Какъв ще бъде прихода или минуса от тази мярка?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Още повече, че тази възможност да се използва от други болници веднага възникват други въпроси. По какъв начин? Едната болница ще купува разтворените лекарства от другата болница или ще си дава лекарствата тя да ги разтваря и ще си заплаща за услугата.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Това може да се направи, но това е въпрос на анализи.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Дайте анализ какво би коствало това.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: По принцип тези системи водят до няколко неща. Възможност за гарантиране на по-голяма точност и прецизност на дозирането. Второ, проследяване, контрол и валидиране на целия процес и могат да работят с всички лекарства и контейнери на пациента, конкретно сакове, пластмасови банки, еластомери, помпи и предпазват персонала.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Това за персонала също е важно.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Предпазват персонала, освен това оставят ясна следа. Системите струват между 150 и 200 хиляди лева въвеждането. Друг е въпросът, че болниците вече са започнали да говорят с фирмите да им ги купуват.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Нали вие самият казахте скоро, че с тази система ще се спести 30 % от изхвърляните лекарства в химиотерапията.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ще спестим пари с по-добро планиране и ръчно и през тази система.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Ако спираме паралелния износ с химиотерапията, тотално обръщам тезата.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Как ще го спре автоматизираната система?

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: За контрол става въпрос.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: В момента тези болници консумират между 15 – 20 милиона лекарства. За мен не е сериозно да се мисли, че една такава болница не може да отдели 150 хиляди лева, за да въведе нещо, което вече в целия свят се въвежда и става стандарт. Ако искате можем да го отложим с една година, но според мен...

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Ние спираме ли с това паралелния износ на лекарства, които са свързани с химиотерапия?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Проследяемостта ще бъде много по-голяма.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Моето мнение е, г-н Председател, текстът да си остане за догодина полуавтоматизираната система, като задължителна. Това е моето предложение. Или ще се предлага качествено лечение съответно с контрол и предпазване на персонала. С тези ръчни разфасовки с неща от преди 10 години е несериозно и същевременно ще има контрол върху лекарствата, които се вкарват. Дали напълно тя ще даде цялата информация, може да се наслажда към другата информационна система, но ние не можем да кажем на болниците – сега си направете друга информационна система. По същество те си имат.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Въпросът е за надграждане точно на този модул. Аз казвам това, което видях в Прага. Те имаха абсолютно

автоматизирана система. Вътре работиха на ръчна три ламинарни бокса. Работеха в тази болница, но там е за няколко болници, разтваряха ги, само това правиха. По нашите форуми, по нашите конгреси по онкофармация много малко държави си позволяват автоматизирана система. Полуавтоматичната изисква и софтуер, който е много скъп. Което също ще натовари болниците. Аз не смятам, че в момента това е начина да се справим с реекспорта. Там има други механизми. Министерството ще предложи решения. А по отношение на точното дозиране гарантирам, че ръчната работа също е възможна, за много точно дозиране, изключително точно.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Дайте аргументи и предложения какъв да бъде механизма. Да бъде чуто вашето мнение и да видим и другото, за да вземем адекватно решение.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ще ви дам само няколко цифри за размисъл. Стойността на клиничните пътеки, които плащаме за онкология и хематология, те са примерно за 2016 г. 255 милиона са лекарствата, 84 милиона са пътеките, т.е. съотношението е 3.5 лекарства към дейности. Това съотношение варира в болниците. Очевидно е, че има проблем в определени болници в дозировка и т.н. Ние трябва да предприемем нещо най-малкото, за да усредним нещата. Това са факти.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Трябва да има предложение за промяна в контрола на прогресивно нарастващия разход за лекарства и ние сме направили това предложение. Има и друго мнение. Трябва да решите кое от двете.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Другото мнение е да се съобразим с него в рамките на това, което колегите от здравеопазването искат без да нарушаваме принципа, който вие сте измислили.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: На мен не ми харесва, че трябва задължително да си купуват. Но ми харесва, че има допълнено към този текст, че може да е по договор с други лечебни заведения.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Дайте предложението.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Аз предлагам да не се взима решение сега.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Аз предлагам решението да се вземе следващия път, да е пак в присъствието на Лидия Нейчева, да направят предложения, други предложения. Това е важно. Това е най-големия разход - лекарства и болнична.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Министерството има две тези. Колежката изтъкна аргумента, че това са натоварвания, разходи за болниците. Да не е от 2018 г., а да е от 2019 г. Зам. министър Нейчева каза други аргументи, че тази система не дава тази информация, не дава ефекта. Това са различни неща. Едно е да мислим за натовареност финансова, приемайки целесъобразност от това решение за дейността и за икономииите, а друго е да кажем, че това е безсмислено като решение.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Да ви кажа две изречения от това, което чувам. Например при приход от 8.5 милиона трябва да даде 150, дори и 250 хиляди, да задели от тези 8.5 милиона, с което, обаче ще постигнат с 15 % намаляване на разхода за лекарства. Какво да говоря повече?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Това е за касата. А за болниците колко? Ние поставяме една болница срещу касата.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: За мен е важен публичния ресурс да мога да се побера в него и да няма дефицити.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз съм съгласна с вас, обаче тя не е една болница, за да слагате от едната страна...

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: 42 са.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Като умножите 42 по 200 хиляди еднократно, отделно всеки месец...

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Това казвам, че ако две вече имат полуавтоматизирана система, то останалите 40 ще сключат договор с тях без да са задължени да си закупят такава система.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Сега ще ви кажа още едно число. Делът на частните болници в дела на общия приход по специалности. Преди 6 – 7 години инвазивната кардиология беше категорично на първо място. Сега познайте кое е на първо място. Химиотерапията. Това може би е най-добрият показател на привлекателността на определена дейност.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Защото не се спазват разпоредбите на закона и фармакотерапевтичното ръководство, което е подзаконов акт и е качено на сайта на Националния съвет по цените.

БОЯН БОЙЧЕВ: Може ли по тази тема да имаме компромисен вариант да се спре източването...

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Нека да изслушаме колегите от здравеопазването.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Нека да направим някакъв анализ за тези 30 %...

БОЯН БОЙЧЕВ: Ама с този анализ ние губим време, губим и пари.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Те казват 30 %, но аз не съм убедена.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: 30 няма да ги свалим. Но поне на 15, които са тип варираща дозировка.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Заместник министър Нейчева на следващото заседание да предложи вариант.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Този текст да го отложим във времето. Това предлагам.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Въпросът е дали да го отложим с определено време и да влезе в общия пакет или да приемем общия пакет и това да остане...

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ако искаме да го въведем от 1 януари до 1 април следващата година трябва да го приемем сега, защото действително трябва да се направи процедура...

НИКОЛИНА СОТИРОВА: От 1 януари 2019 г.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Колеги, аз предлагам за този въпрос специално да се съберем следващата седмица и само тази точка да я гледаме на базата на информацията, която ще ни даде министерството.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Да вземем под условие първите точки и да ги изчакаме тях.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Аз не искам да се negliжират аргументите, които ни казва касата. И двете да се напишат официално и да се каже така, така, така. Както и министерството да си напише също становище.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: От страна на министерството, изказвам се не като представител на министерството, касата може да провери всички лекарства, които се заприходяват обратно, като спестени количества какъв процент е от общите разходи. Има данни в касата. Те се получават. Ред са използвани лекарства с нулева цена. И това е от 2012 г.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това е начин на контрол в самата болница. Това не е механизъм, който може да го използва касата.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Има един механизъм, с който бихме стимулирали хората да работят така. Всяка спестена сума в рамките на

месеца от онколекуарства, което ще ги стимулира, вие можете да им дадете възможност да правят някаква друга дейност по каса.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Това е абсурд.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Има една латинска поговорка - Verba Volant, Scriptum manent. (Думите отлитат, написаното остава). Нека на следващото заседание, което ще е в рамките на един час, да предоставят министерството и д-р Петров становища, за да вземете решение.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Ние приемаме всички останали предложения, за които говорихме преди малко с направената обща съвместна редакция на чл. 58.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Точка четвърта има.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Само ви изострям вниманието по точка 4. Предложили сме в последния момент, говорили сме с лекарския съюз - В чл. 333, ал. 3, след думите „в условията на БМП“, изразът „надхвърлящ с повече от 3 на сто на месечна база с натрупване“ да отпадне. Това е с оглед на това, за което принципно сме говорили, че 3 % ще отпаднат, т.е. ще ги вкараме в бюджетите, което значи, че минаваме в процедура за намаляване на цени без 3 %.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Затова даваме 139 милиона.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Така че този текст е вкаран.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Преди беше 133 милиона, сега изведнъж става 139. Аз искам едно по-точно обяснение за този член.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Това е точка втора. Махаме ги, защото приемаме нов механизъм за финансиране на болниците до края на годината.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Аз не мога да го приема без да съм видял механизма.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Проф. Гигов, има текст в индивидуалния договор на лечебните заведения с районните каси, че освен стойностите, които си виждат в индивидуалния договор в приложение 2 на част Б още 3 % могат да ги разходват, но те не ги виждат. Сега ги вкарваме в стойностите, за да се виждат и затова отменяме текста.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Нали философията на онова решение беше, за да не виждат изпълнителите къде е тавана. Това решение го изменя. Иначе те ще направят 100 % и ще искат още. Този буфер, който го имахме сега го предаваме изцяло.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Това е, но повече от това няма. От 133 стават 137 с 3 %, а ние даваме 139.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Те го знаеха, лекарският съюз го знаеше.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Аз предлагам този текст да си остане като предложение. Отпадат си 3 % и вървим напред. А после обясненията ще влезнат по-подробно в точка 2.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Тук в случая аз го разбирам това нещо, съгласен съм, че това подобрява дейността на болниците, но нека формулировката да бъде малко по друг начин. Защото по този начин... Защо не запишем направо 139 милиона, щом за това става въпрос. Тогава за мен ще стане ясно.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Ти имаш договор с мене за 100 лева. Но имаш в договора си, че можеш още 3 % на сто да ги надхвърлиш. Сега те викам като шеф на районна каса и ти казвам – записвам ти вътре още 3 %, т.е. 103 лева и затова този текст за допълнителни 3 % отпада.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Да се запише сумата 139 милиона. По този начин падайки 3 % ние нямаме никаква гаранция, нямаме никаква формулировка.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: А някакво послание, че ако някой си вдигне главата над тази сума....

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Ние трябва да знаем касата с какво разполага.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Въпросът е може би, аз това се опитвам да разбера, ние тази сума 139 някъде пишем ли я?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Не, защото трябва да отменим онова решение, за да вземете ново решение за средномесечно 139 милиона лева за болнична медицинска помощ, за да е ясно за всички.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Добре, да го отменяме. Той може би затова се притеснява проф. Гигов.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Той се притеснява от това, че тази точка трябваше да бъде в следствие на втора точка. Това е технически аспект от решението по следващата точка.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Ако искате точка четвърта да я гласуваме след като приемем точка втора от дневния ред.

За полуавтоматичната система оставяме за следващата седмица и точка четвърта от точка първа ще се гласува след точка втора. Т.е. ще гласуваме цялата точка първа след като гледаме точка втора.

Втората точка е Необходими промени в приети решения на Надзорния съвет на НЗОК, във връзка с разпределението на месечни и индикативни стойности на изпълнители на болнична медицинска помощ за периода на дейност м. юни – м. ноември 2017 г.

Кои са основните жалони на новия механизъм на разпределение. Първото нещо е, че взимаме един по-продължителен период от време, 14 месеца, април 2016 г. – май 2017 г. и това ни дава възможност да изгладим всички отклонения, които се явяват в този период. Той е много по-голям, отколкото стойностите, които ги определяхме до този момент на база предходните три месеца. Сега, когато имаме един такъв по-дълъг период от време, ние можем да тушираме и плюсовете, и минусите в нашите разчети, които сме правили до сега. По този начин се определя общата сума и от там отиваме на 139 милиона. Но какво влиза още в тези 139 милиона. Вие знаете, че имаше заявени допълнителни суми за плащане през 2016 г. и 2017 г. Те бяха 18 милиона и 19 милиона за първите четири месеца на 2017 г. Тези допълнителни искания участват в определянето на индивидуалните коефициенти, които ще получи всяка една болница при разпределението на общия ресурс, като дял. Освен това на базата на една ревизия на новите дейности и новите болници вътре при изчисляването на този общ ресурс от 139 милиона лева са предвидени допълнително средства за новите дейности, които влизат в сила от 1 април 2017 г. За месец юни е много важно. Месец юни ние ще го направим така, както действа новия механизъм. Т.е. няма да допуснем да има по-нисък разход от това, което вече са подписали. Това също работи за подобряване финансирането на болниците. И разбира се средномесечните стойности от 133 милиона лева отиват на 139 милиона лева. И на последно място в новия механизъм е въвеждането на индикативните стойности за наблюдение на месечните разходи по приложение 1, това са централизираните плащания. Това се отнася и за медицинските изделия, и за онкологичните лекарства в болничната помощ. Това е есенцията на предложения нов механизъм.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Имам едно питане. До колкото разбрах надлимитната дейност на нарушителите е включена и им служи за база за бъдеще. Т.е. този, който се е ограничавал и е държал нещата под контрол

продължава да бъде още по-губещ. Нали така или нещо не разбирам? Въпросът е дали тази неплатена надлимитна дейност я включваме в изчисленията или не я включваме?

КИРИЛ АНАНИЕВ: Включваме я, но тя участва във формирането на коефициента.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Г-н Ананиев, има болници, които са с 10 – 15 % надлимитна дейност. От къде на къде това ще влиза в тяхната база.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Нека да разделим темата на две части. Първата част е, че за първи път министерство на финансите в лицето на г-н Ананиев има позитивизъм за решаване на проблемите в сектора и в момента го направи. Конкретиката, за конкретиката се обърнете към г-н Комитов и нека той да направи фината настройка. Но в момента има позитивизъм. Нека да не спираме позитивизма за решаване на проблемите на сектора. Детайлите към д-р Комитов, който трябва да ги настрои.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: За какви детайли става въпрос? Говорим за принципи. Чудесна е инициативата да не стъпваме на едно тримесечие, а на една година назад. Чудесно. Сезонността се отчита и други колебания във всякакъв аспект. Базата е много по-правдива, много по-справедлива. Питането ми е защо влиза надлимитната дейност вътре.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Кой са тези с над 15 % надлимитна дейност?

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: СБР.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: СБР е съвсем друг случай. Общият бюджет на СБР колко е? Той няма и 60 милиона.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Какво значение има това? За дадената болница тези 15 % са жизнено важни.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Може ли да взема отношение? Понеже съм в Надзора от април и изживяхме тук всичките истории на обсъждане на въпроса за тъй наречената надлимитна дейност. Ние го изяснихме този въпрос. Затова има решение на Надзорния съвет тъй наречената надлимитна дейност да се плати, тъй като това е за важни болници, на които основната им дейност е свързана със спешна помощ, 70 до 85 % и аз мисля, че към този въпрос не трябва да се връщаме четвърти път да го решаваме. Освен това, това, което каза колегата, за пръв път виждам г-н Ананиев и финансово министерство, виждам че за разлика от това, което министър Семерджиев извиваше ръцете на Надзора как да приемем тънкия бюджет 129, 123, пък 132 с вазелин, което е ясно, че предишната година имаше 134. Аз му казах - г-н министър, 137 имаме за миналата година. Така му казах и той пак, не 132 и започнаха тези истории с 3 %. При реално изпълнение 137 – 138 за миналата година несериозно е да искаме отново това. В края на краищата тази концепция, която вие предлагате аз ще я приема, принципно да. Единственото, което може би тук трябва да обсъдим, защото този въпрос се задава в момента – как от месец юли или юни на някои лечебни заведения изведнъж рязко спада бюджета, защото онези 3 % те са разпределени в районните каси и те не ги виждат тези 137, 138, 139 от юни нататък те не ги виждат.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Не, напротив. Тогава вече ги виждат.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Тогава ще ги видят. Сега не ги виждат в момента. Сега при договорите те не ги виждат и задават въпросите – как така сте ми дали по-малък бюджет от юни тази година.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Той още сега ще си получи за юни месец дейност.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: И понеже и журналистите питат това ми е въпросът, ако може д-р Петров, ако трябва и г-жа Аврамова да влезе да го

обясни, защото това ни е въпрос, който ще ни питат. Въпросът ми е така ли ще се изравни това, което е било до май, юни и по-нататък до края на годината това, което се залага, защото това, което се предлага е по-малко от това, което реално трябва да има 138 – 139 разпределени.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Единственият меродавен въпрос е на Теодор Василев. Той е прав, че някои болници са се опитвали да си влязат в стойностите.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Д-р Комитов, в моето предложение аз съм се опитал максимално да обхвана всички фактори, които действат във формирането на така наречените лимити, като те участват с този коефициент. Те ще намерят някакво отражение, но не 1 към 1, както, г-н Василев, си мислиш, а с коефициент. Няма фактор, който да е изпуснат и нормалната дейност, и тази, която е извършена допълнително за спешните случаи, и новата апаратура, и новите болници.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Проблемът е друг, че даваме лоша индикация за бъдещето. Болничните мениджъри знаят вече, че касата веднъж преглътна...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Не си прав и ще ти кажа защо. Те до сега имаха такова основание за мислене, защото знаеха, че има средства, които са неразпределени и някой ще ги даде в определен момент, както беше за месец юли например. От тук нататък няма 3 %, това е бюджета.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Спират за тази година. За следващата година знаят, че тези, които са реализирали над тези средства, които са утвърдени ще им влезнат в новата база. Ние правим лоша индикация. Ние приемаме, че всеки каквото направи, дори и да не вземе пари, но ще му влезе в базата. И с какво основание ние догодина, който и да е тук, ще промени тази логика?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Вие не приехте моето предложение да не вписваме предварително стойности в индивидуалните договори, а да ги заявяват след извършване на дейността и чак след проверка като докажем, че дейността е безспорна и е извършена да я заплатим. Аз затова си мълча. Никой не ме пита защо така са разпределени парите. Казах ви така – не разпределяйте никакви пари, нека да видим какво ще извършат първите два месеца и тогава да определим дяловете им според извършената от тях дейност, а не предварително.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: СБР Х е 29 хиляди отгоре, а другото е с 200 хиляди отгоре и ние им ги вкарваме в базата.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Това е въпрос на сезиране после на някакъв контрол от страна на касата.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Как като му е дала по-високия лимит.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ние проверяваме на няколко пъти. Документално всичко е чисто. Това е ярък пример, доказателство, че тези, които най-много правят документално са изрядни. Включително с одита е проверявано. Съвместно с одита, отделно от нас, отделно от одита.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: От миналата година и Военна болница включително, за да вържат бюджета и да не е тъй наречена надлимитна дейност на 20ти спират дейност по същество активно записване. Не само Военна болница и други болници. Спират се така пациентите да си избират болници, в които искат да се лекуват. Този подход трябва да спре. Затова сега вашият механизъм е добър и мисля, че няма какво по-добро в момента да се предложи.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Г-н Василев, имаме време до новия рамков договор да видим ефекта от този механизъм и ако трябва нещо ще променим по-късно.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Г-н Ананиев, ти разсъждаваш като икономист, но лечебните мениджъри са доктори, те не разсъждават като тебе. Те не разсъждават, че това е величината 100 и тя е непреодолима величина. За тях няма таван. На този етап те ще приветстват това нещо, ще поемат глътка въздух, ще кажат ок и след пет месеца ще искат още. Предлагам да стъпим на тази годишна база, но на база на реалната утвърдена дейност. Защо тази надлимитна, която не я плащаме, която чакаме съдът да ни разпорежи да я платим я вкарваме в базата? Това ми е въпроса.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Ти си мислиш, че надлимитната не е реална дейност?

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Тя е реална.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Те са си я извършили. Ние се мъчим да го направим по-справедливо.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз подкрепям механизма.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: И аз го подкрепям.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Аз имам въпрос. По принцип това са допълнителни средства в здравеопазването и позитивния ефект ще дойде за повечето. Има и друг въпрос, понеже това е дългосрочна прогноза, тук е записано „При не достигане на определените стойности от конкретен изпълнител в едно тримесечие, същите не могат да се прехвърлят за следващото тримесечие“. Примерно за мен този сезон е по-слаб. Да вземем за пример „Света Екатерина“. В летните месеци тя затваря, във Военна болница също се затварят определени клиники, отделения, а септември – октомври се засилва дейността.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Проф. Гигов, това е отчетено. Затова взимаме 14 месечен период. Там и сезонността е отчетена.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Вижте за какво става дума. Абсолютно правилно пита проф. Гигов. Всяко лечебно заведение тримесечно му даваме пари. 100 лева първия, 100 лева втория, 100 лева третия. Ако му остават от тези 100 лева от първия месец ги прехвърля за следващия, ако и от втория месец му останат ги прехвърля за третия, но ако му останат от третия, тук си прав, че ние казваме така в правилата, които предлагаме – няма да ги ползва за следващото тримесечие това лечебно заведение, а ще дойдат при нас.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Една болница през лятото затваря отделения, пуска хората си в отпуска и не е натоварена в такава степен. Септември, октомври, ноември скачат натоварванията. Ти си шеф на болницата, защо да не можеш да си направиш сметката да го дадеш следващите месеци? „Света Екатерина“ лятно време реално болницата затваря. Юли, август и септември. Силните месеци са октомври, ноември и декември. Как ние за тези зимни месеци, това са силни месеци и няма да могат да си ползват това, което е спестено от другите месеци? Не я виждам логиката. Ако имат нужда от повече средства нека да оставим...

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Може ли да формулирам въпрос? Освен това вътрешно преразпределение в рамките на тримесечието, защото това го чувам и от лечебни заведения, те искат не в тримесечието, а тези пари да си останат в лечебното заведение и следващото тримесечие, защото хубаво тези 30 лева те ще ги върнат в общото, само че те може и да не ги получат и да се получи така, че да кажат – това е надлимитна, сори. Т.е. това, което им е останало в едно тримесечие да могат да си го ползват в следващото, което няма да наруши рамката на това лечебно заведение в шестмесечието.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Г-н Таушанов, а каква ще бъде ролята на Надзорния съвет да управлява системата в твой вариант? Нали ние трябва да имаме маневреност да реагираме на всяка една ситуация. Затова

предвиждаме механизъм Надзорният съвет на базата на третото тримесечие да види къде има минус, къде има плюс, вътре първо в РЗОК ще се реши въпроса, после извън РЗОК от нас, Надзорния съвет движение от едно РЗОК в друго.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Става въпрос за две тримесечия.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това би било добре в началото да се направи, но ако го направим сега съм сигурен, че ноември месец ще се появят 15 болници, които ще кажат – свършихме лимита и трябва да затваряме.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Тази идея на Таушанов е добра, ако ние сме разпределили парите на базата на някакъв верен механизъм, а не на историческия принцип. Тогава считаме, че сме разпределили на всички болници с еднакъв верен механизъм средствата и всеки да си ги кѳта и да си ги прехвърля. Ние приемаме, че този механизъм историческия не е правдив и затова казваме – някакви пари, които ти икономисаш трябва да дойдат на централно ниво, за да имаме буфер.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Има и още нещо, ако настѳпят нови обстоятелства кой ще го оцени това, кой ще го променя? Настѳпват нови обстоятелства – прави ремонт болницата два месеца и после тези пари и остават, движение на висококвалифицирани кадри, закупуване на високотехнологична апаратура и др.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Аз приемам тези обяснения. Съгласен съм.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Да се върнем към точка четири от първа точка.

БОЯН БОЙЧЕВ: Преди да минем в режим на гласуване аз имам няколко въпроса и няколко предложения. По отношение на предложението е ясно, че за този период на тези 14 месеца вие сте предложили, г-н

Ананиев, максимален размер 139 милиона. Не би ли могло, за да си отразят сезонността тримесечията съответно те да не бъдат точно в максимален размер 139 милиона, две тримесечия по 139 милиона, а примерно да бъде едното 135, а другото.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: То е така. Средномесечно е 139. Средномесечно.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Погледнете в последните месеци достига до 141.

БОЯН БОЙЧЕВ: Следващото, което е, чета тук записката – „В приложение 1 към настоящата докладна записка е показана информация за изплатените средства“ и т.н. „прието на срещата на 14.06.2017 г.“. Аз нямам представа какво точно е прието.

КИРИЛ АНАНИЕВ: За приложение 1... Аз ще предложа като точка 7. Две точки предлагам да сложим към петте точки от решението по точка втора. Едното е - Възлага на управителя на НЗОК да докладва ежемесечно за изпълнение на разходите за болнична медицинска помощ по видове дейности, на ниво лечебни заведения в съответствие с параметрите по т. 3 от настоящото решение. И второто нещо, което предлагам е - Въвеждат се индикативни стойности за наблюдение на месечните разходи по приложение 1, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ и здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги. Това е новото, което предлагам.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Това е нещо по-добро от това, което беше до сега, но не е това, което два пъти ви предлагам, а именно да не записваме предварително стойности в договорите им, т.е да не се разпределят предварително средствата.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Правим крачка невероятна напред. Нека да видим как работи този механизъм, за да преценим като седнем да работим по новия рамков договор да измислим още по-добро нещо. Но не можем да не направим крачката напред.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Така е, обаче ние се лишаваме от тези 3 %. За мен беше добре 3 % да ни стоят на ум, а да не им ги раздаваме като цифри, защото това, което очакваме...

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Аз предлагам да вървим към гласуване.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Ние ще правим анализ на този механизъм.

БОЯН БОЙЧЕВ: Добре. Всичките ли точки ще ги гласуваме?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Първо тази, после се връщаме на онази.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Такава е логиката.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Който е съгласен с предложениния проект на решение с допълненията, които бяха направени, моля да гласува.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Аз съм „въздържал се“. Не съм против.

По точка 2 от дневния ред се взе следното решение.

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Приема очакван годишен разход за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ (БМП) за 2017 г. в максимален общ размер от 1 676 млн. лв., в който е включен допустимия преразход на средствата до 3 % по реда на чл. 333 от Национален рамков договор за медицинските дейности за 2017 г.
2. Приема, в приложение 1 към настоящото решение, правила за промяна на правилата, приети с решение № РД-НС-04-29 от 27.03.2017 г.

3. Приема, в приложение 2 към настоящото решение, месечни и индикативни стойности на РЗОК и изпълнители на БМП за периода на дейност м.юни – м.ноември 2017 г.

4. Отменя т. 3 от решение №РД-НС-04-36 от 11.04.2017 г.

5. Възлага на управителя на НЗОК да разпорежи на директорите на РЗОК сключването на анекси към договорите с изпълнителите на БМП за определените по т. 3 от настоящото решение стойности за дейностите по приложения 2 и 3 от Правилата, както и за промяна на текстовете във връзка с т. 4 от настоящото решение.

6. Възлага на управителя на НЗОК да докладва ежемесечно за изпълнение на разходите за болнична медицинска помощ по видове дейности, на ниво лечебни заведения в съответствие с параметрите по т. 3 от настоящото решение.

7. Въвеждат се индикативни стойности за наблюдение на месечните разходи по приложение 1, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ и здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.

8. В рамките на едно тримесечие лечебните заведения не могат да превишават определените стойности на месечна и тримесечна база, но ако реализират икономии същите могат да се прехвърлят за следващ месец от тримесечието.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, Боян Бойчев, проф. д-р Красимир Гигов, Пламен Гаушанов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – Теодор Василев.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Връщаме се на точка четвърта от точка първа за трите процента. Проф. Гигов, поддържаш ли си становището, че трябва да има и друго?

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Нямам други въпроси.

БОЯН БОЙЧЕВ: За пръстовия отпечатък ясно е защо трябва да отпадне. Моят коментар е по отношение на връщане на старата система и въпросът ми е по какъв начин може да се упражнява ефективен контрол, за да не гледаме пак по телевизията копия на лични карти и т.н.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Отменяме новата и остава старата.

БОЯН БОЙЧЕВ: Не искам да гледам копия на лични карти по телевизията.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Не може ли да има някакъв стандарт поне за тези четци?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Други ли четци да караме да купуват?

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Не, някакъв минимален стандарт, който не разрешава копието да се сканира.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Това значи нови. Това е само за една година. Догодина ще вкараме електронната здравноосигурителна карта.

БОЯН БОЙЧЕВ: Това означава ли, че ще вкарате?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Ние сме длъжни по регламент.

БОЯН БОЙЧЕВ: За пръв път чувам, че касата от 1 януари ще въведе електронната здравноосигурителна карта.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Никой не е казал, че ще е от 1 януари, но има решение до две години да се въведе.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Това е временна мярка, ние работим усилено по електронната здравноосигурителна карта.

Предлагам да гласуваме цялата точка първа с изключение на точката за полуавтоматизираната система, която следващата седмица ще я гледаме и ще я прибавим към решението по точка 1 от днешното заседание. Имаме един пакет от предложения за промени в НРД. Който е съгласен, моля да гласува. Приема се. Всичките гласуваха „за“.

Отиваме към точка трета - Изпълнение от страна на НЗОК на финансовите ангажименти по реда на Правилата за координация на системите за социална сигурност на Европейския съюз. Хубава информация ни е дадена.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Ако г-н Комитов не е похарчил допълнително средства предлагам да я гласуваме направо.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Не съм.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Механизмът, който сме предвидили за разплащане с другите каси не допуска да излизаме извън 18 месеца, т.е. ние сме си в рамките на регламента. Нали няма над 18 месеца?

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Има. Как да няма.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Колко са?

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: За Германия имаме 90 и кусур милиона.

КИРИЛ АНАНИЕВ: За Германия е ясно. Там направихме едно разсрочено и изпълняваме плана.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Какво е конкретното предложение?

КИРИЛ АНАНИЕВ: Конкретното предложение е да приемем решението, което е предложило оперативното ръководство. Аз предлагам да включим още една точка към решението - да се дефинират механизми и начини за проверка на реализираната дейност в чужбина – да се направи

статистическо обобщение на информацията относно динамиката на държави, клиници, заболявания, лекари, предоставили помощта, за да се определят направленията с най-голям ръст на средства. На следващото заседание на Надзорния съвет да се представят данните и механизмите за проверката на разходите. Същите могат да послужат и като аргумент за разговори с представителите на другите държави. Последното го казвам само като пояснение.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Може ли да взема отношение? Ако си спомняте още когато се гласуваше бюджета на касата аз казах, че с тези 60 милиона няма да могат да се платят и да се изчистят задълженията в рамките на 18 месеца. Аз по-скоро искам да знам колко над тези 240, 260 са над 18 месеца. Това не е вярно, което казвате вие, че няма над 18 месеца.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Има.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: И тези, които са над 18 месеца аз искам за догодина да се изчистят, да се предвиди бюджет и да се изчистят, защото така се спира достъпът на пациентите до европейската система за сигурност. Това да го вземем като решение. Т.е. тука искам ясно и точно да се каже колко са за S 2 и колко са европейската здравна карта. Разбирате ли. Което ние даваме и искам точно да се каже колко са над 18 месеца в тази сума. Защото, като видите среза, ще видите, че два пъти са повече тези по европейска здравна карта от тези, които са планово лечение, което е ненормална работа. Това, което и вие казвате – злоупотреба с европейската здравна карта.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Г-н Таушанов, нека този въпрос да бъде обсъждан в Надзорния съвет, но не сега, защото като дойде време да гледаме бюджета за 2018 г. Това е дебат за бюджета за 2018 г.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Но аз искам в тази точка, която вие предложихте само да се допише, че да дадат колко от тези пари, колко са по

S 2, колко са по европейската и колко са над 18 месеца от този бюджет, който към момента дължим.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: 130 милиона.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Нека да е официално внесено, което да се обсъди в Надзорен съвет. Има го в таблицата, но не е докладвано в контекста на това, което вие искате.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Иска отделно. Изрично.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Предлагам тази точка малко да я редактираме. Не да е възлага на управителя да дефинира механизми и начини. Първо управителят трябва да даде анализ.

КИРИЛ АНАНИЕВ: На нас това ще ни трябва като говорим за бюджета.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: По-скоро анализ и вече на базата на анализа ние ще измислим механизмите, начините за проверка. Да видим фактите, това, което казва г-н Ананиев дали е така. И тогава вече да видим как ще реагираме.

БОЯН БОЙЧЕВ: От 2015 г. колко са задълженията?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: 73.

БОЯН БОЙЧЕВ: Т.е. понеже ние в момента практически погасяваме 2015 г. с 60, а трябва да погасим 73.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Няма как да стане. Ние, ако спрем злоупотребата с европейската здравна карта ще се мисли за България. Ако не я спрем...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Сега да уточним участниците, за да бъде финализирано самото решение.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Председателят не може да не участва.

БОЯН БОЙЧЕВ: Аз не възразявам да се присъединя.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Аз ще бъда на втората среща.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Гласуваме точка трета с уточнения състав на хората, които ще водят разговорите и с допълнените точки. Който е съгласен, моля да гласува. Приема се с пълно мнозинство.

По точка 3 от дневния ред се взе следното решение

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Приема за информация отчета за изпълнението към 31.05.2017 г. на плана на плащанията през 2017 г. по реда на Правилата за координация на системите за социална сигурност на ЕС и за общата стойност на постъпилите и неприключени към 31.05.2017 г. искове от други държави.

2. Определя в двустранната среща на ръководствата на органите за връзка на България и Германия, по отношение на обезщетенията в натура по реда на европейските регламенти за координация на системите за социална сигурност, да участват следните членове на Надзорния съвет на НЗОК:

2.1. Кирил Ананиев

2.2. Боян Бойчев

3. Възлага на управителя на НЗОК да съгласува с германската делегация, организирането на двустранната среща по т. 2 на 12 септември 2017 г., в гр.София, България.

4. Определя в двустранната среща на ръководствата на органите за връзка на България и Австрия, по отношение на обезщетенията в натура по реда на европейските регламенти за координация на системите за социална сигурност, да участват следните членове на Надзорния съвет на НЗОК:

4.1. Кирил Ананиев

4.2. проф. д-р Красимир Гигов

5. Възлага на управителя на НЗОК да съгласува с австрийската делегация, организирането на двустранната среща по т. 4 на 10 октомври 2017 г., в гр.София, България.

6. Възлага на управителя на НЗОК да представи анализ на базата на който да се дефинират механизми и начини за проверка на реализираната дейност в чужбина – да се направи статистическо обобщение на информацията относно динамиката на държави, клиници, заболявания, лекари, предоставили помощта, за да се определят направленията с най-голям ръст на средства. На следващото заседание на Надзорния съвет да се предоставят данните и механизмите за проверка на разходите.

7. Възлага на управителя на НЗОК да представи информация за издадените формуляри S 2, E 126 и колко са просрочените плащания над 18 месеца към чужди здравноосигурителни фондове.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, Теодор Василев, Боян Бойчев, проф. д-р Красимир Гигов, Пламен Таушанов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Точка четвърта – проект на изменение на Закона за здравното осигуряване. Аз предлагам да караме едно по едно.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Аз предлагам, а и друг път сме го предлагали, когато има промяна в Закона да бъде в курсив, за да е ясно.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Те го дадох в допълнителния материал днес.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Първото предложение е за ежегодно определяне на списъка на заболяванията, за които НЗОК заплаща за

домашно лечение лекарствени продукти. Тук новото, което се предлага е до 15 ноември, т.е. определя се срок, което ни дава гъвкавост и предвидимост.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз имам аргумент против. По този начин се ограничава до 15 ноември Надзорният съвет да приема, а пък в същото време се задължава всяка година да приема. В стария действащ текст Надзорният съвет има по-голяма свобода, по всяко време да приема нови МКБ, ако се налага, ако не се налага въобще да не ги приема и да не ги включва в списъка. Така че считам, че това нещо ограничава и задължава Надзорния съвет.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Спазваме Наредба 7, което е в прерогатива на министерството.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Самото определяне на списъка не значи, че вътре трябва да има промени. Ние ежегодно определяме този списък, защото той ни е необходим за бюджета за следващата година.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: До сега имаше текст, че трябва да се приема, обикновено този списък се приемаше април месец, при което новите медикаменти обикновено влизаха следващата година. Това аз съм съгласен, че е твърде рано като технология и затова сме го обвързали горедолу при ясен бюджет да се приема списъка. Ако не се гласува този списък ще започне следващите месеци един обществен натиск.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Ако веднъж годишно се приема и през останалото време няма как да се допълва и евентуално да се променя.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Има как, въпросът е дали Надзорът ще го приеме.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Затова сме сложили 15 ноември.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз разсъждавам от гледна точка преди 15 ноември. Сега се определят ежегодно в срок до 15 ноември, а де факто преди това може и да се предлага включването на нови диагнози.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Те се предлагат постоянно, но на тази база има комисия от касата, която първо ги преглежда дали отговарят на изискванията, защото има там един куп изисквания за влизане на заболявания в този списък, след което се подготвя един доклад до Надзорния съвет, прави се съответната финансова обосновка и Надзорният съвет може да приеме всички допълнения, част от тях, може и нищо да не приеме, и т.н. Но ако не се приеме списъка съм сигурен, че ще имаме проблеми. По-добре е да има някакъв срок. Предложения постъпват през цялата година. Основните предложения са от министерството на база влизането на нови редки заболявания. Това са основните болести, които влизат в списъка.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Аз не можах сега да разбера предложението на министерството.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Няма предложение.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Добре. Въпрос. Да не бъде само до 15 ноември, а да може и по-рано. Така ли е?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: По този начин те казват, че може и по-рано и сега се замислям дали да не бъде - списъкът на заболяванията се определя окончателно, може би.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Списък се прави еднократно. Предложенията са много. Списъкът се приема до 15 ноември.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Предлагащите да знаят, че това ще се случи като разглеждане и приемане до 15 ноември. Иначе ще натискат през цялата година.

КИРИЛ АНАНИЕВ: С първото предложение, който е съгласен моля да гласува. Против? Няма. Въздържали се? Няма. Приема се.

Преди да започнем другите предложения искам да ви прочета основните акценти от разговорите в МЗ по отношение промените в лекарствената политика. На първо място въвеждане на централизирано договаряне на лекарствените продукти за болничната медицинска помощ и медицински изделия и това да стане в министерство на здравеопазването. Второ, НЗОК да определя нивото на реимбурсация на лекарствата, които заплаща на основата на Позитивния лекарствен списък, определен от МЗ.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Може би списъка?

КИРИЛ АНАНИЕВ: Поставих го, г-н Василев, този въпрос.

Заплащането с търговците на едро да става директно, да не е на лечебните заведения. Четвърто, не по-рано един път годишно от 1 април да се включват нови лекарства при определена процедура. Пето, предвиждане на промени в нормативната уредба, свързани с изискванията на разходоспестяваща терапия при сходна терапевтична ефективност, след оценка на здравните технологии. Т.е. при една и съща терапевтична ефективност да приемаме онова лекарство, което е разходоспестяващо.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Кой ще го прави това нещо? Кой ще прави оценката? Нека да се уточни.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Комисията по ОЗТ.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Шесто, от приложение № 2 да се извадят в отделен списък лекарствата за онкологията. Седмо, Работната група за Оценка на здравните технологии от НЦОЗА да премине към ИАЛ и да се промени структурата. Докато това стане да се реализира строг контрол върху работата на Националния център по обществено здраве по тази тема. Осмо, ежемесечно НЗОК да дефинира рискови получатели на средства на

основата на анализ и засечки на отчетните данни и да инициира съвместни проверки от ИАЛ, ИАМО и НЗОК на аптеки, болници и лекари с ръст на разходите спрямо предходния месец, най-голяма стойност на издадените протоколи, най-голяма стойност на изписаните лекарствени продукти, най-голям ръст на разходи на ниво пациент в болница, най-голям ръст на разходите на аптека, проверка на аптеки с най-голяма стойност на реализираните скъпоструващи лекарства. И последно, девето, да се определи работна група между НЗОК и МЗ, която да подготви промените в нормативната уредба, това, което правим сега ние, после ще го предложим на МЗ, в срок до края на месец юли – средата на август с цел тяхното своевременно обсъждане и внасяне за разглеждане в Министерски съвет. Това са нещата, които сме ги обсъждали.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Една от точките беше веднъж годишно да се определят новите молекули.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Но не по-рано от април.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Моето предложение е дали да не помислим за някакъв мораториум от две години, както е било мисля в Словения. Става въпрос, че ние като Надзорен съвет, касата, сме зложници на това, че тичаме след събитията. Касата трябва да вземе глътка въздух с тези лекарства. Това е едната мярка. Другата тема е за редките болести. Не трябва ли касата да се освободи от това? Това е национален приоритет. Това са дечица или болни 2, 3, 4 с един ресурс от 100 милиона...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Аз споделих на тази работна среща, че има логика. За първото не възразявам въобще. За мораториума е въпрос на преценка. Но за второто, не че не съм съгласен, ние го обсъждахме този въпрос, но има чисто бюджетен проблем. Защото сега принципът съгласно Закона за здравното осигуряване колкото са приходите по бюджета на касата, заедно със задължителните трансфери, които се получават там за

ученици, войници, затворници, пенсионери и т.н. приходът е равен на разхода. Ако ние извадим тези 100 милиона, които са за редките болести няма как да извадите 100 милиона от прихода на касата. Това ще наруши параметрите на средносрочната бюджетна прогноза и на салдото по консолидираната фискална програма. НЗОК трябва да има по-активна роля за контролиране на тези разходи съвместно с МЗ.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Това трябва да се върне в министерство на здравеопазването, защото това е национална политика. Така беше навремето.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Ние веднъж ще дадем 100 милиона на МЗ и втори път срещу тези 100 милиона, които се освобождават като приход трябва да предвидим допълнителен разход.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Аз по принцип говоря, че касата не е получила приход от 100 милиона. Това искам да бъде уточнено. Бюджетът на касата си е винаги един и същ и при нас се прехвърлиха много неща към касата без да бъде осигурен допълнителен бюджет.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Тогава имаше 80 милиона трансфер от централния бюджет към касата. Не се стигна до него да се използва, защото имаше голямо преизпълнение на приходите. Но се предвиждаше трансфер. Това е последната година, в която бюджета даде трансфер към здравната каса.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Логиката повелява да е така. Стъпката за процента реимбурсация е добра да премине в касата. Може би трябва да се извърви и целия път, да дойде и списъка.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Това беше моето предложение.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Аз не мога да разбера, някой пише някакъв списък, някой включва някакви молекули и после касата трябва да плаща.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Мога ли да кажа нещо в тази връзка? Министерството на здравеопазването абсолютно подкрепя идеята редките болести да се върнат обратно. За съжаление г-н Ананиев каза, че това не може да стане.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Въпросът е дали ще се допусне.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Ние имаме механизми, които да се прилагат и тези хора да се лекуват, но не на солидарния принцип на задължителното здравно осигуряване. Съгласни сме да се създаде фонд, който как ще се финансира не мога да кажа. По принцип в прерогативите на министъра на здравеопазването е лекарствената политика, което обуславя съществуването на Съвета по цени и реимбурсиране, който е създаден и по препоръка на Световна банка поради ред причини, които са наложили изваждането му от касата навремето. Нищо, което влиза в Позитивния лекарствен списък не влиза в него без положително становище на касата и моля това да е ясно. Никой в този съвет сам по себе си не си позволява да включи нещо без становище на касата положително. При негативно становище нищо не влиза. Гарантирам ви го.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: За новите медикаменти не е точно така.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Да не се допуска влизането независимо от оценката на здравните технологии повече от веднъж годишно на нова молекула и то след сформирание на комисията в МЗ, която да реши дали това пробива бюджета или не. Това пробива бюджета, ако са редки болести. Но трябва да направим дефиниция за иновативен продукт, защото иначе спираме достъпа на пациенти до лечение, което ни удря от страна на Европейския съюз. Ако ние дефинираме какво е иновативен продукт, тогава може да ни се случи през годината по оценка на здравните технологии да има лекарства, които ще свалят терапията. Ние по този начин затваряме вратата и не можем да свалим стойността на терапията.

Така че тук трябва много добре да се помисли какво е иновативен, кой ще го коментира дали ще влезе или не, разбира се със съгласие на касата и да се даде възможност, ако цената е по-ниска, ако фармакоикономическите показатели са по-добри да влезе, но ако ще е по-висока това е много важно да се разработи за в бъдеще.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: И ОЗТ да участва.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: ОЗТ ще има. По отношение на списъка да се върне в касата. Знаете, че министерство на здравеопазването проведе една централизирана обществена поръчка за електронна платформа, която мина през ВАС, вече е факт и ние другата седмица я стартираме. По препоръка на Световна банка ще се договарят на национално ниво цени на лекарствата. Ние започваме другата седмица. От там нататък всяка болница ще може да сваля още надолу цените. Това означава, че МЗ на национално ниво ще се намеси в цените, на които болниците ще закупуват лекарства. Имаме идеята да правим същото нещо и с медицинските изделия. Много болна тема и много страшна. И стартираме и тази процедура. Говорихме и с министъра, всъщност министърът на здравеопазването е този, който провежда лекарствената политика в страната. Той би трябвало да има водещата роля по отношение на това и той ще я има, защото аз обещавам, че ние много стабилно ще стъпим на позицията да не вкарваме нови молекули в касата безконтролно, от друга страна искаме да намерим механизъм, по който хората да имат достъп и ще предложим законодателни промени по така наречената компешън процедура, две – три години от фирмите безплатно да се осигурява лечението на тези пациенти. Някои пациенти, много добре знаете, всички имаме близки са обречени, ние ще ги лишим изцяло от възможността те да живеят, ако спрем... Аз говоря компешън процедурата при нас да бъде абсолютно безплатно за сметка на фирмите и това може да се постигне. Но да спрем нови молекули да влизат

безконтролно. Да влизат веднъж годишно, към Нова година, ако комисията прецени, която ще е в много широк кръг.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Не чух за централизираното договаряне.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Ние сме го направили. Минало е през ВАС. Спечелили сме на всички инстанции и то вече започва.

Г-н Председател, ние вече говорихме с министъра и желанието на правителството е ние да стартираме този слот.

БОЯН БОЙЧЕВ: А за мораториум?

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: За мораториум недейте. Нека да влизат веднъж годишно след комисия, която ще създадем. И да направим тази промяна и това ще играе ролята на мораториум.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Скептичен съм, защото възможностите на фирмите... И поради тази причина мен ме притеснява, че ние сме касата на България, не сме касата на Германия и поради тази причина някак си прекалено луксозно е да вкарваме най-новите молекули и знаем какъв е апетита на изписващите към тези нови молекули и спекулирайки със здравето, оцеляването на пациента не знам дали някакъв механизъм, някаква комисия ще бъде достатъчно непреодолимо препятствие. Затова предлагам мораториум за една или две години, което по някакъв начин ще даде глътка въздух на касата.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Трябва да се спазват фармакотерапевтичните ръководства. Сега смятаме да задължим всички да си напишат такива ръководства и да се спазват по някакъв начин като индикативна мярка, защото това е важно.

БОЯН БОЙЧЕВ: Имат две конкретни предложения. Първо, за г-н Ананиев, съгласен съм с нещата, за които сте се договорили. Едното е д-р Петров предложи на предишни заседания по отношение на икономическата

целесъобразност да се въведе DGP и съответно продължителност на живота. Можеш ли да го формулираш това нещо?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ако говорим за влизането на нови медикаменти...

БОЯН БОЙЧЕВ: И на съществуващи може би.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: По отношение на мораториума, мораториумът е политическо решение. Това нещо едва ли ще го решим тука. В момента практически те не влизат преди Нова година. Тези, които влизат в момента, т.е. минават в списъка, минават при нас минават една процедура на договаряне, ние залагаме там за следващата година прогнозни бройки и т.н., но въпросът е какво влиза. Каквито и комисии да правим според мен трябва да се спрете на ОЗТ. Т.е. ОЗТ е нещо, което ако се направи да го възприемат всички – пациенти, лекари, институции, научни среди, фирми. Проблемът по ОЗТ е, че ние нямаме приет критерий примерно три пъти брутен вътрешен продукт да спечели една година качество на живот. В момента продължават да влизат такива и те влизат главно по отношение на редките заболявания. Ако редките заболявания ги няма в ОЗТ, аз понеже съм член на комисията ви гарантирам, че няма да влезе продукт, който не отговаря на тези изисквания.

БОЯН БОЙЧЕВ: И в тази връзка моето предложение е да се въведе...

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Трябва да се доусъвършенства работата на комисията.

БОЯН БОЙЧЕВ: Искам не да се усъвършенства, а искам просто да се въведе такъв критерий.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Според характеристиката на продуктите, които влизат много от тях не се прилагат просто. Те трябва да се изключат,

примерно се финансират се не от касата, обществения фонд, а от разни други фондове, които финансират такива заболявания. Вторият проблем е по отношение на ръководствата.

БОЯН БОЙЧЕВ: Следващото, което искам да гласуваме да влезе, като наше решение е възможността да задължаваме производителите или вносителите, или представителите да регистрират такива опаковки, които са най-икономически целесъобразни.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това е Закон за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване и с него променяме текстове от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Там има такъв текст, т.е. за най-ниска и най-висока дозова форма едновременно и второ, махаме реферираното при болничните опаковки с тези в извънболничната помощ.

БОЯН БОЙЧЕВ: Там беше написано само най-голяма и най-малка опаковка. Аз поне така го разбрах. Което не съм сигурен... Нека да имаме такава възможност. Да влиза това, което преценим.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Дозова форма. Става въпрос, че ако има 5, 10, 15, 20 той е задължен да регистрира 5 и 20 минимум.

БОЯН БОЙЧЕВ: Да, но ние да имаме възможност да регистрира и другите, ако преценим, че икономически е най-целесъобразно.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Вторият проблем е за болничните опаковки. Там махаме, те не ги регистрират заради реферирането с ниските дозови форми. По отношение на системата за отстъпки, ако няма да се прави тук договарянето това променя цялата система. Аз просто искам да ви обясня. Ние смятаме, че договарянето на лекарствата, които са за болнична помощ и които огромната част са самостоятелни INN не може да стане по общия принцип на договарянето, което се прави през платформата и въобще през болниците. В момента тази платформа какво представлява.

Тя представлява практически болниците са упълномощили министерството да договаря вместо тях лекарства. Това е много добър механизъм за масата продукти, които те получават извън тези, които НЗОК плаща. Ние плащаме онкопродуктите от собствен бюджет на болниците, докато те купуват най-различни други лекарства, повечето от които са генерици и там търговата процедура е добра. При лекарствата, които са самостоятелни INN ние имаме система за договаряне на отстъпки. Тази система за договаряне на отстъпки е по простата причина, че там не може да се говори за цена, ние да договорим цена на продукта, тъй като тези продукти се реферират в Европа, те са под патентна защита и ако ние договорим ниска цена, те ще започнат да я реферират в цяла Европа, което никой производител няма да допусне. Т.е. нашата схема за договаряне на отстъпки и този Закон се обвързва с промяна на Наредба 10, където ние предлагаме промяна на системата, т.е. няколко допълнителни видове отстъпки, които да правим. Т.е. ние си представяме процедурата не по ЗОП, а като договаряне на отстъпки централизирано на тези отстъпки, в следствие на което стигаме до максимална цена, те ще са няколко типа. След което правим едно тристранно споразумение между ПРУ, на това, което е договорено, търговеца на едро и касата. Т.е. ние ще заплащаме вече на избрани от тях търговци на едро това, което се потребява в болниците и през болниците няма да минават тези плащания изобщо. Ако се направи в министерството ние не можем да избягаме тази процедура, т.е. плащането на едро. Лекарствата пак ще отидат в болниците, пак ще отидат в множество дистрибутори и това е също така мярка за паралелния износ, тъй като минавайки, изпилявайки отстъпките максимално от самата каса търговците и второ, давайки право да се определят търговците ще изчезнат тези вторични, третични и всякакви дистрибутори, които в момента се появяват в болниците. Имайте предвид, че аз не мога да си представя, че ние сме платец, друг прави договарянето, после ние сключваме договори... Но в

момента аз лично не знам как в търгова процедура това ще стане. Как комбинираме ние системата с отстъпки, която правим в момента, защото ние имаме система с отстъпки задължителни, допълнителни, върху портфолиото сме заложили 20 % в момента. Те са почти съгласни. Т.е. цялата тази система става безсмислена, честно казано. Аз лично не мога да си представя как ще се направи този търг при положение, че това са INN самостоятелни. Кой ще се явява, търговци ли ще се явяват? Нашата идея е да направим договаряне с ПРУ на база отстъпки, а те вече да си определят търговци, които да снабдяват болниците и ние да плащаме на тях. Тъй че нещо не ми се връзва цялата работа честно казано. Второто, което е предвидено всичките тези лекарства, които в Позитивния лекарствен списък са в приложение № 2, т.е. болнични продукти, където са всякакви други продукти, които болниците получават и там влизат всякакви медикаменти и тях реално касата не ги плаща, те си ги купуват тях болниците. Да ги отделим тези продукти в приложение № 2а и да стане ясно. Мисля, че има някакво неразбиране на технологията. Трябва да доуточним нещата. Ние целим две неща. Първо, да увеличим максимално отстъпките, защото те в момента дават някакви отстъпки през търговците, отиват в болниците... Това нещо трябва да се централизира през касата. И второто нещо, което искаме през търговците да спрем този хаос, който съществува при медикаментите, практически да ограничим паралелния износ.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Много добра защита. По принцип до сега така се е действало. Предложението, което каза зам. министър Нейчева, че по принцип министерство на здравеопазването има друга логика в момента. По-скоро би трябвало да се уточнят двете позиции и тогава да вземем отношение по този въпрос за промяна.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз не съм напълно съгласна с аргументите на г-н Петров, че не може през платформата да се постигнат същите отстъпки. Има механизми, при които могат да се постигнат, даже когато централизирано, става въпрос за по-големи количества, първо, че може да се постигнат по-големи отстъпки и второ, може да се приложи процедура за договаряне, ако това се предвиди и трето, за референтните стойности, които казвате, че са задължени да ги намалят, ако публично се оповестят, това няма да се случи, защото при една процедура се залагат регистрираните референтни стойности и от там надолу започват да се водят преговорите за намаляване и когато вече се сключи договор, т.е. постигне се споразумение, това никъде не излиза в общественото пространство. Не задължава да се променят референтните стойности. Аз подкрепям вашето предложение да отложим това нещо, да проведем още няколко срещи, да си изчистим позициите и тогава вече да коментираме.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това е свързано и с Наредба 10. Следващата точка. Там са обвързани нещата.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Отлагаме тази точка и отлагаме Наредба 10.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Ние получихме решението на ВАС, че платформата тръгва. При положение, че ние трябва да стартираме тази електронна платформа там са включени всички тези неща. Предложенията на министерството са законодателни и вие съвсем скоро ще го видите това.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ако те влизат през платформата, т.е. през болниците ние не можем да вкараме това, което предложихме, т.е. трябва да продължим да плащаме на болниците. Не можем да плащаме на търговец на едро.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Г-н Ананиев, нека да го гласуваме това по тези две точки да продължат дискусиите.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Предлагам да проведем още едни разговори с министерство на здравеопазването.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Може би на експертно ниво.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Наредба 10 от 1 септември трябва да сме стартирали процедурата по договаряне.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Това означава другата седмица в петък сутринта да направим Надзорен съвет.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Но нека до сряда да влязат становищата на касата, на министерството, а не да е в последния момент.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Има обща воля да се намери пресечната точка.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Становищата да бъдат написани два дена по-рано.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Тогава ще чуете обединеното предложение.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: При всички положения ще се намери консенсусен вариант.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Гласуваме решение, с което отлагаме разглеждането на точка 4 и точка 5 от дневния ред за следващото заседание, което да бъде на 30 юни 2017 г. от 10.00 часа. До тази дата да се проведат разговори между НЗОК и министерство на здравеопазването на базата на които да бъде внесен материал за заседанието на Надзорния съвет. Който е съгласен, моля да гласува. Приема се.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Точка шеста - Изпълнение на решения на Надзорния съвет на НЗОК № РД-НС-04-27/09.03.2017 г. и № РД-НС-04-126/21.11.2016 г. Това става въпрос за затворените системи.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Интересното е, че има две становища, които си противоречат.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Аз подкрепям предложението, което е дадено от касата.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: По отношение на тази точка ние изпълняваме крайната процедура на едно предходно решение на Надзорния съвет. Понеже тези затворени системи сме ги дали под условие, първо трябваше да се промени Наредба 28, после трябваше да се направи списък на база на кратките характеристики на продуктите кои могат да се употребяват в тези системи, което между другото беше доста тежък процес, защото няколко пъти се редуцира този списък и трето, самите производители да дадат декларация, че поемат отговорност за изделията си, т.е. че с тези продукти може да се прави и Надзорният съвет реално трябва да вземе решение за реимбурсация, каква стойност трябва да се реимбурсира, защото няма стойност в момента. В интерес на истината в последния момент получихме едно становище на проф. Тимчева и както винаги те с проф. Дудов и двамата са национални консултанти, и са на противно мнение. В другото становище имаше едно изсилено предложение за икономии.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Аз съм убедена, че в списъка, който са представили съществува едно лекарство, което се прилага подкожно, което няма място тук и това е грешно изписано. То се прилага в тази доза цялото подкожно. Не може да се съхрани нищо. Може би трябва да се преразгледа. Бордът по онкология към лекарския съюз, ако обича да се обедини, защото тук се бият едно срещу друго... Аз не можах да разбера какви са цените, на които се предлага да се заплаща.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Посочена е референтната цена. Трябва да се определи стойност, на която ние реимбурсираме.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Трябва да има някаква логика тази реимбурсна стойност.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това е референтната стойност. Ние нямаме никакво задължение да реимбурсираме на пълната стойност.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Вие какво предлагате?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Лично аз нищо не предлагам. Изпълняваме решение на Надзорния съвет. Надзорният съвет е решил да направим списък, да съберем... Списъкът е правен от същите консултанти. Той първоначално беше три пъти по-широк този списък. Между другото те този списък вместо да го извадят в ясен вид тук дирекцията се наложи да гледа кратките характеристики на продуктите, защото там пише дали те могат да се използват и самата дирекция после им върна информация и се оказва, че половината от това, което са дали трябва да отпадне. Това е проверявано от дирекцията, което не е тяхна работа да го правят това нещо.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Трябва да има някаква логика за тази стойност.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Стойността е на база офертите, които са дадени. Това е най-ниската стойност от петте фирми, която е дадена.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Министерството и касата да се уточнят.

БОЯН БОЙЧЕВ: Искаме позицията на министерството.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Въпросът е какво ще гледаме?

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Ще изчистите списъка и ще направите аргументация защо на тази стойност.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Оставяме го за следващо заседание. Да го гласуваме все пак.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Който е съгласен да отложим точката за следващо заседание в зависимост от времето, което е необходимо да се изясни въпроса. Приема се.

Точка седем – писмо от проф. Генчо Начев.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Какво е предложението? Имаше предложение. миналия път се предложи най-ниската цена, която някой си е дал. Тази цена не съществува за изделие, което се имплантира, т.е. стационарно някой трябва да си го носи вкъщи или по улицата. Това не може да стане. Няма смисъл да приемаме стойност, която е под реалната. Друг е въпроса какво количество пациенти се очаква, това, за което искахме справка. Това е не по-малко пет пациента годишно. Но в никакъв случай няма смисъл да приемаме по-ниска цена, защото някой я е дал. Специално проф. Начев каза, че тази цена няма за какво изобщо да я гледаме и да я гласуваме. Става недостъпно за пациента той да си доплаща 40, 50 и не знам колко хиляди лева.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Да изразя становище. Мисля, че всички се обединяваме по становището, че трябва на 100 % да се реимбурсира, защото мотивите на проф. Начев... Във връзка с тази докладна записка министерство на здравеопазването направи среща с производителите и успя да договори намаление, драстично намаление и на трите цени. Мисля, че ние спокойно можем да приемем една средна цена...

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Извинявай, само да обясня. Мисля, че вие знаете разликата между трите варианта – имплантируемо изкуствено сърце и тези, които са така наречените външни, които са в два варианта. Предлагам да се реимбурсира на 100 % за 8 – 10 пациента. За всяко поотделно ще се входира в касата и да се сключи договор.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Всеки пациент е специфичен и избора на конкретното устройство е индивидуален. Касата ще заплаща реалната стойност.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Ние предлагаме да се създаде една комисия от пет водещи кардиохирурга, които да решават, да не е еднолично решението, когато такова устройство е необходимо. Вярно от време на време се случва и на деца. Може да е едно дете на две години. Това няма да натовари толкова бюджета на касата. Пет души комисия може да прецени кога какво да се сложи.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Моето лично становище е, че не винаги има съвпадение на интересите между кардиолозите. Никой няма да сложи едно устройство, ако то не е необходимо. Тъй че малко тази комисия...

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Сами да решават?

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: По принцип ми се струва, че комисията ще утежни работата. В случая подкрепям да е реална стойността.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: За всяка позиция трябва да се определи стойност.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Бих направил забележка, че да преценява този, който ще извършва операцията, защото цялата отговорност е негова, а не на останалия екип. Просто не е редно.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Аз просто давам предложение.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Това касата не я касае. Ние приемаме стойността.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Отговорността е на този, който оперира, иначе ще се размие отговорността.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: За тези двете, които са евентуално имплантируеми какво е становището, знае ли се дали от тези две фирми се слагат такива устройства.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Да.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Аз никъде не съм видял „да“. Сега вие ни казвате „да“.

БОЯН БОЙЧЕВ: Колеги, предлагам да коментираме само процента на реимбурсация и затова предлагам да гласуваме решение без да слагаме цени.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: 100 % реимбурсация на базата на това, което е договорено в министерство на здравеопазването.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Аз искам да попитам. Ние трябва дадем пределна цена ли? Аз предлагам да има три цени.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Аз бих предложил да приемем това предложение, че се реимбурсира на 100 %, съгласно предложението на министерство на здравеопазването.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Не можем да приемаме нещо абстрактно. Аз предлагам да гласуваме за пределна цена на този етап, защото го отлагаме от миналата година.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Може да се злоупотреби с по-евтините устройства.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Пределна цена не означава, че... Вие си предлагайте цени. Какъв е проблема?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Предлагам тези цени, които ние ги имаме да се приемат.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: И остава бройката до 10. Общо. За да има някакъв параметър. 10 за година.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: 6 за 2017 г.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Колкото по-малко струва, толкова повече пациенти ще могат да го ползват, ако се наложи.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Годишно казваме 10, до края на 2017 г. – 6.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Да има възможност и за трите варианта.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: То никъде не пише възрастни и деца. Записваме и трите варианта.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Решението ни е за 100 % реимбурсация на базата на цените, които се предоставят от доставчиците.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Вие в офертата каква бройка залагате?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Това е цена на единична бройка.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Няма такова нещо – единична.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Г-н Таушанов има предвид, че ако са 10 бройки трябва да бъдат още по-евтини.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Да не стане като Хепатит С. Искам в офертата да има и бройки.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Аз смятам, че от страна на министерството е добър подход и сме коментирали бройката по писмото на проф. Начев. Но не можем да фиксираме количество... Вие сега в решението си определяте бройката, но в офертата няма такова нещо.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Гласуваме за трите позиции на 100 % реимбурсация, годишно 10 и до края на годината 6. Който е съгласен, моля да гласува. Приема се.

По точка 7 от дневния ред се взе следното решение:

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Приема в Раздел Б – стойност, която НЗОК заплаща за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ – Група 13 „Устройство за механично подпомагане на циркулацията (изкуствено сърце)“ НЗОК да заплаща на 100 % медицинските изделия, посочени в Приложение 1, което е неразделна част от настоящото решение.

2. НЗОК поема заплащането годишно на 10 случая, като за 2017 г. НЗОК поема заплащането на 6 случая за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ от Група 13 „Устройство за механично подпомагане на циркулацията (изкуствено сърце)“.

ЗА – Кирил Ананиев, Николина Сотирова, Теодор Василев, Боян Бойчев, проф. д-р Красимир Гигов, Пламен Гаушанов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

Лъчезар Борисов по време на гласуването е извън залата.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Колеги, преди да гледаме точка осма, има няколко предложения свързани с контрола. Това е относно Закона за здравното осигуряване.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Ако искате да ви ги кажа кои са. Едното е, че слагаме минимална...

НИКОЛИНА СОТИРОВА: За кой член говорим, за да се ориентираме.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Няма значение за кой член. Ще ви кажа принципа, философията, за да се ориентирате. Това е увеличение на размера

на санкцията. Тъй като това не можем да го променяме, защото го договаряме, промяната, която предлагаме в Закона да има минимум за извънболнична 100 лева, от там нататък да договаряме с лекарския съюз примерно 100 лева и 1 стотинка и 500 лева за болнична помощ. Това е минимум. Това е едното предложение. Второто предложение. На две места в Закона за здравното осигуряване има, където касата проверява качество. А качеството не може първо да бъде проверявано от касата, второ специално 2009 година изкарахме Златица Петрова с нейните хора в ИАМО. Специално направихме ИАМО, за да проверява качеството, а не касата и тези думички за качеството да се правят от ИАМО.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Касата няма потенциал.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Третото предложение е, аз само казвам философията, пациент, който е здравноосигурен, но ако той желае да му бъде оказана медицинска помощ не финансирана от касата, а примерно от здравно застрахователно дружество. В този случай касата пак да има право да проверява лечебното заведение за този пациент. Защото какво правят сега. Ако го приемат по касата, но е направено нарушение веднага го карат да подпише декларация, че не е по касата и не го отчитат при нас, и не можем да го проверяваме. И нещо много важно. Предварителното изпълнение. Бях го предложил миналата година. Сега пак го предлагам, тъй като г-н Председателят ни увери, че този път ще бъде прието. Предварителното изпълнение става въпрос за следното. Няма да цитирам членовете. Има два компонента с или по средата е връзката. Едното е, ако отчетат дейност, която не е извършена или отрежат ръка или крак, а няма индикация за това. При това положение става въпрос за прекратяване на договора. И сега какво правят те. Обжалват в съда и чакаме две – три години съдът да реши дали това е вярно или не, а то е очевидно. Искам предварително да го

изпълним. Ако докаже съдът, че това не е вярно, ще им платим всичко, заедно с мораторната лихва.

БОЯН БОЙЧЕВ: Болницата трябва да я затворим, ако се прекрати договора.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Само по тази пътека, не изобщо болницата.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Регламентирани ли са случаите, в които се прекратява договора, защото това, за което вие казвате наистина е сериозно нарушение. Обаче, ако не са регламентирани, че не за сериозни нарушения се стига до прекратяване.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: То това е. Отчитане на дейност, която не е извършена.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Или не е извършена по показания.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Извинете, при отчитане на мъртви души от джипито какво правите? Прекратявате ли?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Ако не е извършена дейността какво да правим?

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Той се води мъртъв.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Значи не е извършена дейността.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Нали до сега имахте проблем с прекратяването?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Затова предлагам предварителното изпълнение. За това го предлагам, за да няма такова нещо. Иначе излиза, че касата не прави никакъв контрол. Ние правим, но няма никакъв смисъл. Това ще има дисциплиниращ ефект.

БОЯН БОЙЧЕВ: 100 лева не е ли малко? Не може ли да бъде в минимален размер на установеното нарушение?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Ако искате така. Да не е по-малко.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Има още един член и с това приключвам. Когато джипито не извърши профилактичен преглед, а те 50 % не извършват профилактичните годишни прегледи и нямат санкции. В същото време здравноосигуреното лице има санкция, макар, че не се спазва... Защо не го решаваме?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Ти какво искаш? Да накажем джипито? Ама наказваме ли пациента?

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Никой не го е поканил да си направи профилактичен преглед. Ние му даваме онези 2000 лева за бройка лица, въпреки че той не ги гледа.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Профилактичните прегледи не са на капитация.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Може ли само нещо да предложи? Тук има една клауза, която казва, че заповедите за прекратяване на договори напълно или частично става само след съгласуване с управителя на НЗОК. Аз предлагам, тъй като ние, Надзорният съвет вземаме решение кога да се сключва договор с касата, да не бъде само съгласувано с управителя, а да бъде и с наше решение. Не, че искам да утежня нашата работа, но все пак тъй като с наша санкция се сключва, нека и с наша санкция да се прекратява.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Как да звучи?

БОЯН БОЙЧЕВ: Аз предлагам да го вземем като решение.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Да се съгласува с управителя на НЗОК и след решение на Надзорния съвет.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Добре, но за какви нива става въпрос?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: За прекратяване на договор, когато има неизпълнение...

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Става въпрос за лечебни заведения, защото тука... Нека да го фиксираме.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Едното е прекратяваме договора за клинична пътека, а другото е с цялото лечебно заведение.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Когато е за една пътека да го решава управителят, за да е по-оперативно.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Тук само да добавим, ако е цялостна дейност на лечебното заведение, тогава да е от Надзорния съвет. С лечебно заведение.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Тогава да е с Надзорния съвет.

КИРИЛ АНАНИЕВ: За клинична пътека си ти, а когато е за цялостно прекратяване – Надзорния съвет.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Защо и за прекратяването на една клинична пътека се иска нашата санкция? Аз разсъждавам от гледна точка на това, че прекратяването води до лишаване на пациенти от медицинска помощ.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Не е така. Пациентът има избор на територията на цялата страна.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: 354 лечебни заведения за болнична помощ.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: В мотивите да се приложи прекратяването на договора е точно това, че незаконосъобразното

разходване на средства рефлектира върху разходването на публични средства и т.н. Обаче аз разсъждавам от гледна точка на пациентите. Сега в София има много болници, но в някоя малка община при такова нарушение, което аз затова казах, че е добре да се прецизират нарушенията, при които се отнема, прекратява се договора. И едно нарушение на отчетено лице...

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Не, отчетане на дейност, която не е извършена.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Добре, примерно намираме двама човека, които са отчетени, но реално не са лекувани ми се струва, че това нарушение и да се прекрати дейността на болницата по дадена клинична пътека е не толкова тежко в сравнение с това да бъдат лишени пациентите от тази малка община от представяне на медицинска дейност по НЗОК.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ако за неизвършена, но отчетена дейност ние не прекратяваме договора, тогава не знам какъв контрол упражняваме.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Да се иска санкцията на Надзора, за да можем ние да преценим дали да се прекрати договора или не. Защо след като ние взимаме решение по всяка една клинична пътека да се сключва, защо да не взимаме решение да се прекратява? Ето сега има за Пазарджик по няколко клинични пътеки.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Това са изключения.

ПРОФ Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ: Това е допълнителна възможност.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Аз предлагам да остане текста, който е – управителят се занимава с клиничната пътека, ние се занимаваме с лечебни заведения. Още повече, че когато се занимава управителят с клиничната пътека да е ясно в какъв случай той ще прекрати договора, дали ще е за един пациент, дали за 100 пациента. И това, за което колежката се

притеснява да не се нарушават правата на пациентите, тук не става въпрос за никакви нарушения, можеше да спре хематологията, имаш още 6 лечебни заведения, където се прави тази дейност. По-хубаво е да не се извършва тази дейност, отколкото фалшиво. Той има оперативна самостоятелност в рамките на 100 000 лева. Една клинична пътека не струва толкова. И няма защо Надзорът да се занимава с всяка клинична пътека.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз говорих за степента на нарушението съпоставимо с интереса на пациентите. Съгласна съм. Аз мислих, че Надзорният съвет дава съгласие за всяка клинична пътека.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Ние даваме съгласие за броя на клиничните пътеки в страната.

БОЯН БОЙЧЕВ: Предлагам да гласуваме.

КИРИЛ АНАНИЕВ: С това изменение, че когато става дума за прекратяване на договор с лечебни заведения Надзорният съвет взема решение. Кой е съгласен с това нещо? Приема се.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: А става ли ясно, че управителят е за клиничната пътека?

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: То е записано.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Точка 8 - Разработка на нови функционалности към Персонализираната информационна система на НЗОК. За ПИС става въпрос.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Искам само да попитам тази информационна система е от тази фирма, с която направихме договарянето миналия път?

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Не, те са други. Това е Технологика.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Това е за досието на пациента, нали?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Моят въпрос беше провокиран от стойностите, които са дадени тука за работа и дали касата има авторски права. Аз нямам против стойностите както сте ги предложили, въпросът е ако е една фирмата с авторски права няма какво да коментираме, но ако не е само една с авторски права може да се направи...

БОЯН БОЙЧЕВ: Има една компания, която разработва потребителски интерфейс за нуждите на касата и затова авторските права, сега не знам според първия договор, който имате с тази фирма къде са авторските права във фирмата или се съхраняват в касата. Авторските права или са тук, или в тази фирма, но е абсурд да дойде друга фирма да доработи това нещо.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Това е предмет на ЗОП. Ако няма авторски права трябва да се направи обществена поръчка. От тази гледна точка питам.

В залата влиза Александър Огнянов.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Искам да попитам как са формирани цените за разработката на новите функционалности и дали фирмата, която ви ги е предложила имате договор с нея и тя има авторските права за осъществяване на тази дейност.

АЛЕКСАНДЪР ОГНЯНОВ: Фирмата е Технологика. Това е по договор, сключен миналата година за поддръжка и за разработка на нови функционалности.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Тази сума заложена ли е в договора?

АЛЕКСАНДЪР ОГНЯНОВ: Тя е заложена. В договора, който е подписан тогава има заложени цена на час. В контролния лист, който е подписан миналата година 1а са заложени средства, от които е изхарчена

половината. Ние сме поискали цени за девет модула, разработват се пет, запазваме си нещо, ако възникнат екстрени ситуации.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Авторските права къде са?

АЛЕКСАНДЪР ОГНЯНОВ: Авторските права са при нас.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Щом има договор отпада въпроса за авторските права. Разбрах, че този договор е сключен миналата година, тези пари са заложиени в договора и тази година искате да ви ги гласуваме...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Може ли да се включи в нашето решение втора точка, която да звучи по следния начин – да се промени функционалността на ежедневните отчети и същите да могат да послужат на НЗОК в края на всяка седмица, за да се прави съпоставка на оценката за отчетената и извършена дейност. За болниците става въпрос. Ако имаме текуща информация, да не е ежедневна, да е седмична, да можем да вземаме предварително решение да пращаме на проверки и т.н., да контролират процеса. Възможно ли е да запишем това?

АЛЕКСАНДЪР ОГНЯНОВ: Възможно е. Само че не към този договор, а към друг договор.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Това решение увековечава присъствието на фирмата ЕТ еди коя си от миналия път, счетоводния продукт, тъй като това, което ще се разработи от Технологиика е осъществяване на връзка с онзи счетоводен продукт, който ще бъде още по-вечен. Това е решението. Тази функционалност, която се възлага на Технологиика е да се върже тази система със счетоводната система, която е чужда и която касата всяка година плаща Х лева. Това е решението. Свързани с интегрирането на ПИС със счетоводната система на НЗОК. Това го пише.

АЛЕКСАНДЪР ОГНЯНОВ: Нека да кажа какво касае това нещо. Тук червената нишка е разработка на чисто нов формат, XML формат на

фактурата, на спецификацията и финансовите отчети. Това е нещо, което е необходимо. То няма да бъде разработено от тази фирма, а ще бъде разработено, ще бъде наша собственост. Като е в машиночитаем вид ще се постигнат няколко неща. Първо, автоматичен контрол на фактурите, автоматично наливане в регистрите и ред други неща. С това ще се облекчи много труда в районните каси и освен това ще се намалят дисковите пространства, които използваме и също така ще се увеличи и трафика по интернет връзките ни. Разработката на един такъв XML формат това е нещо отделно от счетоводния софтуер, ако някой ден някой реши да го смени този XML формат ще си остане и той трябва да се синхронизира с новия продукт.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Колега, ние в момента нищо не можем да направим, защото това е сключен договор от миналата година и ние няма как сега да променяме нещата.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Има определена стойност. Сега какво гласуваме?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: На миналото заседание беше момента да променим нещата, но не се взе такова решение. А сега де факто има си договор, те са договорени нещата, те искат нашата санкция само да похарчат парите.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Въпросът е в каква посока ги харчат. Какви модули ще бъдат разработени в рамките на тези пари.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Ето те ни предлагат тези пет модула и г-н Ананиев добави още нещо, с което аз съм напълно съгласна.

АЛЕКСАНДЪР ОГНЯНОВ: Аз пак искам да кажа. Те са две различни неща. Счетоводния продукт е едно, а XML фактурите е друго. Ако ние искаме да направим наистина електронни фактури това е пътя.

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ: Ако дойде друг счетоводен продукт ще се работи с другия.

БОЯН БОЙЧЕВ: Колеги, аз не възразявам срещу спецификациите.

ПЛАМЕН ТАУШАНОВ: Да вземаме решение.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Който е съгласен, моля да гласува. Въздържали се? Един. Приема се решението.

По точка 8 от дневния ред се взе следното решение:

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Възлага на управителя на НЗОК да организира разработване на бъдещи функционалности към Персонализираната информационна система на НЗОК (ПИС), свързани с интеграция на ПИС със счетоводната система на НЗОК Bankdoc – обмен на информация, свързана с постъпилата през ПИС финансово-отчетна информация (електронни фактури); интеграция с портала на НЗОК за подаване на листата на планов прием; промени в аутентификацията за достъп до ПИС; обновяване на регистри от ИИС; реализиране на мапинг на служебните РЗИ номера за отчитане с РЗИ номера по регистрация, при условията на представената от фирма ТехноЛогика ЕАД оферта с квх. № 18-00-415/12.06.2017 г. в ЦУ на НЗОК.

2. Да се промени функционалността на ежедневните отчети и същите да могат да послужат на НЗОК в края на всяка седмица, за да се прави съпоставка на оценката на отчетената и извършена дейност от лечебните заведения за болнична медицинска помощ.

ЗА – Кирил Ананиев, Николина Сотирова, Боян Бойчев, проф. д-р Красимир Гигов, Пламен Таушанов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – Теодор Василев.

Лъчезар Борисов по време на гласуването е извън залата.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Благодаря ви, колеги. Закривам заседанието.

Заседанието приключи в 19.00 часа

**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК:**

КИРИЛ АНАНИЕВ

Изготвил:
Д. Беличева