



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. „Кричим” № 1

СТЕНОГРАФСКИ ПРОТОКОЛ ОТ ЗАСЕДАНИЕ НА НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК ПРОВЕДЕНО НА 03 ЮЛИ 2017 ГОДИНА

Днес, 03 юли 2017 г., в сградата на НЗОК, гр. София, ул. Кричим 1, ет. 4 се проведе извънредно заседание на Надзорния съвет на НЗОК.

Присъстват:

От Надзорния съвет на НЗОК: Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, д-р Иван Кокалов, Боян Бойчев, Андрей Дамянов.

От ЦУ на НЗОК: д-р Димитър Петров.

Отсъстват следните членове на Надзорния съвет: Галя Димитрова, Теодор Василев, проф. д-р Красимир Гигов.

Лидия Нейчева – заместник министър на здравеопазването.

Заседанието започна в 09.25 часа.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Предлагам преди да започнем заседанието г-н Андрей Дамянов да се представи. Това е новия член на Надзорния съвет.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Аз се занимавам с пациентското движение повече от 15 години. Още от самото начало съм в Националната пациентска организация. Участвал съм в нейното изграждане. Всички юридически

становища, които Националната пациентска организация дава по законопроекти съм участвал в тяхното изготвяне.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Г-н Председател, предлагам да гласуваме присъствието на г-жа Нейчева на заседанието.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Който е съгласен, моля да гласува. Приема се.

Дневният ред го имате. Изпратен ви е своевременно. Някой има ли предложения за включване на други точки към дневния ред. Няма. Който е съгласен с така предложения дневен ред, моля да гласува.

ДНЕВЕН РЕД:

1. Предложение за утвърждаване от Надзорния съвет на НЗОК броя СМД и стойността на МДД на изпълнителите на ПИМП и СИМП за трето тримесечие на 2017 г.
2. Проект на договор за изменение и допълнение на Национален рамков договор за медицинските дейности за 2017 година.
3. Проект за изменение на Закона за здравното осигуряване.
4. Проект за изменение и допълнение на Наредба № 10/2009 г.
5. Разни.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, д-р Иван Кокалов, Боян Бойчев, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Първа точка от дневния ред е Предложение за утвърждаване от Надзорния съвет на НЗОК броя СМД и стойността на МДД на изпълнителите на ПИМП и СИМП за трето тримесечие на 2017 г.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ганка Аврамова ще докладва.

ГАНКА АВРАМОВА: По точка първа от дневния ред на днешното заседание предлагаме Надзорният съвет да вземе решение за утвърждаване броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностичните дейности на изпълнителите на ПИМП и СИМП за третото тримесечие на 2017 г., съгласно действащите Правила по чл. 3 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. В материала, който сме ви предоставили, докладната записка от дирекцията виждате изпълнението на двата параграфа СИМП и МДД, като съответно към 30.06.2017 г. прогнозното изпълнение на бюджета за здравноосигурителни плащания за СИМП е 49.9 % усвояване на средствата. Предложението е броят специализирани медицински дейности за трето тримесечие на 2017 г., назначавани от изпълнители на ПИМП и СИМП да се запази на нивото на трето тримесечие на 2016 г. Това са месеците юли, август и септември, като в следващата табличка на страница втора са показани предложенията за 2017 г. за трето тримесечие на броя специализираните медицински дейности, който да бъде 1 600 195 броя. За медико-диагностичните дейности също имаме представено прогнозното изпълнение към 30.06.2017 г. Там процентното усвояване на средствата е 50.7 %. На това основание се предлага стойността за медико-диагностични дейности да се запази на нивото на третото тримесечие на 2016 г. или това са 20 999 187 лева. МДД се утвърждават като стойност на 28 РЗОК в страната. На последната страница е текста, който казва, че спрямо действащите Правила и след анализ на очакваното изпълнение на бюджета за 2017 г. за здравноосигурителни плащания за СИМП и МДД за това трето тримесечие, съгласно чл. 14 от Правилата може да отпуснем и допълнителни направления в случай на доказана медицинска необходимост в областите, където се очертава недостиг. С оглед на това, което излагаме, предлагаме Надзорният съвет да приеме определените брой СМД и

стойност на МДД на изпълнителите на ПИМП и СИМП за трето тримесечие на 2017 г. по РЗОК.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Колеги, някакви въпроси да имате?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Само да попитам, че съм забравил, всъщност бюджета за тази година за извънболнична беше увеличен тази година с 20 милиона ли беше в сравнение с миналата?

ГАНКА АВРАМОВА: Около 19.9 милиона само за ПИМП.

КИРИЛ АНАНИЕВ: За цялата извънболнична помощ беше близо с 37 милиона.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Въпросът ми е свързан със запазване на сумата спрямо третото тримесечие на миналата година при условие, че има увеличаване ...

ГАНКА АВРАМОВА: Тъй като има нови дейности, съгласно наредбите, те са разчетени със съответните прогнозни ръстове във второто полугодие в цялата извънболничната помощ. Новите дейности и договорените по-високи цени също осигуряват допълнителни услуги и разходи.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Казваме, че запазваме обема?

ГАНКА АВРАМОВА: Обема, броят.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Щом запазваме обема при условие, че са вдигнати цените ...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Единственото нещо, което искам да предложа и този дебат го водихме и миналия път, аз приемам това, което се предлага. Единственото нещо е да предвидим механизъм на взаимодействие между районните здравноосигурителни каси и регионалните структури на Български лекарски съюз да има координация и те да участват, да ни помогнат в разпределението на тези стойности на регионално ниво. Знаете, че така се случи, че някъде имаше излишък, а на други места недостиг.

Предлагам в проекта на решение да включим допълнително точка – възлага на управителя на НЗОК в срок до еди каква си дата съвместно с Български лекарски съюз...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: След консултации, за да видят дали не са допуснати пропуски.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Механизъм за взаимодействие на ниво РЗОК и регионалните колегии на Български лекарски съюз, ако Български лекарски съюз докладва за тенденции в хода на тримесечието за неправилно разпределение на направленията на ниво изпълнители в съответната РЗОК. Това може да ни помогне да решим този проблем.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Много резерви не се заделят на ниво районна здравноосигурителна каса.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Колко време им е необходимо да разпределят тези средства? Те сега трябва да направят консултациите, за да могат да разпределят средствата за следващото.

ГАНКА АВРАМОВА: Днес е първия ден на новото тримесечие. Днес трябва да си получат средствата.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Сега да го направят.

ГАНКА АВРАМОВА: Сега се разпределят по РЗОК, а исканията идват от изпълнителите, в случай на недостиг.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Дай им срок от една седмица и после те ще се произнесат и в хода на тримесечието ние ще направим корекцията.

БОЯН БОЙЧЕВ: Г-жо Аврамова, бихте ли обяснили по какъв начин е направено разпределението по РЗОК?

ГАНКА АВРАМОВА: Има приети Правила по чл. 3 от Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г. и сме следвали стриктно правилата, като за всеки регион се съобразяваме при изчисленията с пациентската и

диспансерната листа на изпълнителите. На базата на това колегите смятат коефициенти и се заделят средствата за бройките и стойностите за съответните видове дейности, като се отчитат и средствата за дейностите извън регулация - средства за детско, майчино наблюдение и диспансерно наблюдение.

БОЯН БОЙЧЕВ: Става ясно, че в част от районните здравноосигурителни каси има дефицит, а в други има излишък. Т.е. може би правилата не работят по най-добрия начин. И въпросът ми по този повод е по какъв начин Български лекарски съюз ще консултира? На базата на какво? На базата на допълнителна информация, която ние не притежаваме, на базата на нови правила или някаква друга информация, която те могат да ни дадат?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Те освен на база Правилата друго не могат да дадат.

БОЯН БОЙЧЕВ: При положение, че Правилата са спазени, тогава те с какво точно ще допринесат за още по-доброто разпределение?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ще видят, че са спазени.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Ние трябва да убедим партньора дали сме прави или не.

БОЯН БОЙЧЕВ: По първия въпрос, г-жо Аврамова. Въпреки правилата в единия случай имаме дефицит, а в другия излишък.

ГАНКА АВРАМОВА: Аз не съм говорила за дефицит и излишък в момента.

БОЯН БОЙЧЕВ: На направленията.

ГАНКА АВРАМОВА: След като се спуснат в РЗОК тези определени брой и стойности директорите имат право да заделят до 5 % резерв в районните си каси. Някои директори в зависимост от спецификата на дейността на изпълнителите заделят различен процент в рамките на

определения до 5 %. Ако на база това казвате, че са различни бройките по изпълнители и в края на тримесечието се мотивират, че не стигат е от тази гледна точка, че още в началото той си използва целия резерв и го е разпределил и в края на тримесечието няма, и затова се обръща към Националната каса, коментираме тука и допълваме бройки. Мисля, че в системата в момента няма напрежение.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Ние трябва тези правила по някакъв начин да ги променим, защото не можем да оставим само на шефа на касата да реши, а после ние да обираме негативите, защото там, където няма резерв и той не може да ги покрие и те веднага – касата крие. Да имаме анализ на това.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Когато директорите на РЗОК си разпределят броя СМД и стойността на МДД да видим какъв резерв са оставили.

ГАНКА АВРАМОВА: След като ги разпределят да върнат обратно информация.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Това също да се отрази в решението. Наистина ние трябва да знаем колко процента е заделил.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Той на какво основание го определя това? Трябва да има анализ и след като ги разпределят трябва да ни информират как са разпределени и колко резерв са заделили.

ГАНКА АВРАМОВА: Да възложим на директорите на РЗОК да ...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Да изпратят информация за разпределението и заделения резерв.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Колеги, който е съгласен с така оформеното решение, моля да гласува. Приема се.

По точка 1 от дневния ред се взе следното решение:

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Утвърждава, в приложение към настоящото Решение, броя на назначаваните специализирани медицински дейности (СМД) и стойността на медико-диагностичните дейности (МДД) по типове направления по повод посещение на ЗОЛ, съгласно първични медицински документи от Приложение № 3 „Първични медицински документи“ на НРД за медицинските дейности за 2017 г. за трето тримесечие на 2017 г., по РЗОК.
2. Възлага на управителя на НЗОК в срок до 10 юли 2017 г. след консултации с Български лекарски съюз да предложи механизъм за взаимодействие на ниво РЗОК и Районни колегии на БЛС в случай, че БЛС сигнализират НЗОК за тенденции в хода на тримесечието за неправилно разпределение на направленията на ниво изпълнители в съответна РЗОК.
3. Възлага на управителя на НЗОК да разпорежи на директорите на РЗОК да изпратят информация за разпределението брой СМД и стойност на МДД в съответната РЗОК и заделения резерв, съгласно Правилата по чл. 3 от ЗБНЗОК за 2017 г.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, д-р Иван Кокалов, Боян Бойчев, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

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

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: На миналото заседание се обсъждаше промяна в договора свързана с тези системи. Стигнахме до извода, че задължителното условие за автоматизирани и полуавтоматизирани системи да отпадне, като тук акцентираме върху доброто планиране на вливанията,

т.е. да го правят по какъвто искат механизъм, но да спазват този принцип и поради това предлагаме нова редакция на чл. 326, нови алинеи 2 и 3.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Това подобрява технологията.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Подобрява технологията. Общо взето те наблягат на това, че трябва да се планира добре и второ, изрично е записано, че приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК.

КИРИЛ АНАНИЕВ: В алинея втора е казано, че тези, които имат автоматизирани и полуавтоматизирани системи могат да си ги ползват. В първия вариант, когато не се използва нито автоматизирана, нито полуавтоматизирана система сме създали строги правила, с които да няма нито вреда на пациента, нито задължения към касата.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Не мога да разбера тук защо се променя начина на гласуване и броя на гласовете.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Не, сега обсъждаме промените в НРД.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Материалът е един, но той касае различни точки от дневния ред.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз искам да направя един коментар. Мисля, че с това, което сега се предлага, напълно удовлетворяваме искането на болниците, тъй като няма да ги караме да правят разходи. Както вече се коментира една полуавтоматизирана система струва към 200 000 лева и отделно от това консумативите, които се използват от тази система варират на стойност между 15 и 30 хиляди лева месечно. С така предложените нови текстове за алинеи 2 и 3 се създават предпоставки за контрол и се спестяват допълнителните разходи на лечебните заведения.

БОЯН БОЙЧЕВ: По отношение на финансовата рамка. Вие казахте, че полуавтоматизираната система струва към 200 000 лева.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Автоматизираните са много по-скъпи.

БОЯН БОЙЧЕВ: Колко по-скъпи? Това като обща сума колко ще е за болниците, които биха имали нужда от въвеждането на подобна система?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Практически 40 болници имат договори. Някои от тях са с малък обем.

БОЯН БОЙЧЕВ: Част от тях вече притежават. Поправете ме, д-р Петров, но на миналото заседание вие споменахте, че въвеждането на подобни системи би довело до приблизително спестяване на 30 % на разходите на касата.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: В момента практиката показва, че тези медикаменти, които се дозират на килограм тегло около 25 % общо взето, ако не се спестява по някакъв начин заминава. Но там има няколко технологии на спестяване. Едното е ръчно планиране, другото е чрез въпросните системи. То никога няма да се стигне да няма изхвърляне, но може да падне до 8 – 10 %. Това става по няколко методики, които ние сме описали, три в случая. Аз примерно съм съгласен, че при малки обеми това нещо може да се ползва. Но те имат и други предимства по предпазване на персонала и т.н. Но сега да го оставим така.

БОЯН БОЙЧЕВ: Това е на базата на някакви предварителни разговори с министерство на здравеопазването. Колеги, аз ви предлагам да се опитаме да вземем информирано решение и да имаме възможност да преценим колко струва въвеждането на подобни системи точно и какви спестявания биха настъпили, и в какъв период една такава инвестиция евентуално би се възвърнала и съответно да доведе до по-ефективно използване на финансовите ресурси на касата.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Инвестицията няма да се възвърне, но може да доведе до спестявания на касата.

БОЯН БОЙЧЕВ: Аз до колкото знам е, че управителят не е собственик на болница и нашата посока е оптимизиране на разходите на касата, а не на болниците. Аз такъв анализ в материала не виждам и лично аз не мога да взема решение на база предоставената информация.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз искам да допълня, че предложението на касата за въвеждането на тези автоматизирани и полуавтоматизирани системи беше за завишаване на контрола. Сега с този механизъм, който е разписан, новия, ако този осъществяван контрол бъде качествен неминуемо ще доведе до икономия на средства на касата, а ръчното разтваряне също може да бъде контролирано и да се спазват механизмите, които са разписани. Така че преди да направим анализ контрол може да бъде осъществяван и при липсата на такива системи. Вече болниците ги карахме да закупват четци за пръстов отпечатък, сега ги магнахме, сега ще ги караме да закупват автоматизирани системи. Да, ние трябва да разсъждаваме от гледна точка на членове на Надзорния съвет на касата, но всички ние сме пациенти и трябва да мислим за пациентите. Ако няма средства не може да се предоставя качествена медицинска услуга. В случая се гарантира контрола и се гарантира, че при спазване на тази система ще има икономия за касата.

БОЯН БОЙЧЕВ: Боя се, че не мога да приема една такава позиция, защото най-малкото този контрол винаги е бил правен и сега изведнъж казваме в бъдеще като въведем новия контрол за разлика от стария ще бъде още по-добър контрол. Това е първото. Второ, мисля, че ние трябва да разсъждаваме не само от позиция на касата или от позиция на пациента, или болницата, ние трябва да разсъждаваме държавнически. Имаме един ресурс финансов и по какъв най-добър и рационален начин той да бъде разходван. И ако на база на анализ се окаже, че дори и болниците да направят тези инвестиции крайният резултат ще бъде плюс, то тогава могат

да се намерят различни механизми тези болници да бъдат подкрепени, включително и финансово, така че да въведат едно подобно решение, което до колкото разбирам, д-р Петров, рано или късно, може би по-добре по-рано ще бъде въведено.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Но те трябва да бъдат финансово подкрепени, защото ние нямаме такива функции да помагаме на болниците.

БОЯН БОЙЧЕВ: Имаме министерство на здравеопазването, имаме и други институции, които биха могли да съдействат.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Аз съм работила 25 години в болнична аптека и мога да кажа, че тази полуавтоматична система, а и при ръчна мога да го докажа, че сме достигнали нулева цена на лекарствата. Никой никога не е постигнал 100 % използване на флаконите никъде по света. Няма как да стане. При всички положения аз съм съгласна и аз това съм го правила без никакъв проблем за болницата, за която съм работила. Въпрос на мотивация е. Това може да се прави и с ръчната система. Полуавтоматичната система е подходяща за болници, които са онкологични или онкохематологични, защото там минават доста пациенти. Няколко болници вече имат такива системи. Мога да кажа, че в тези, които имат по мое мнение, но аз още не съм ги проверила и няма да кажа нищо, не са направили кой знае какви спестявания сравнявайки еднакви обеми. Така че аз на този етап не съм убедена, че трябва да се въвеждат полуавтоматични системи. Дори и богатите страни не си позволяват навсякъде да имат полуавтоматизирани системи, защото се оказва, че не е толкова разходоспестяващо. Това да се планират всички пациенти с една и съща терапия да идват понеделник, сряда и петък е по-разумно и тогава биха могли да спестят, но мотивацията това да се прави, вие сте прав... В три болници вече са въведени такива системи.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Ние не премахваме нито един от вариантите. Който иска може да изгражда полуавтоматична или автоматична система. Даваме възможност за маневреност и управление на този процес в зависимост от възможностите на болниците. Вариантите са всичките и трите. Този, който иска да си направи полуавтоматизирана система никога не му пречи.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Вие казахте, че има механизъм, който се прилага в три болници. Защо не го разширим този механизъм? Това не е работа на касата, а на министерство на здравеопазването.

БОЯН БОЙЧЕВ: Искам още веднъж да заявя, че нямам достатъчно информация, за да подкрепя или да не подкрепя едно подобно предложение, тъй като ми липсват данните, а именно колко би струвало и евентуално спестявания, които бихме направили. И затова искам подробен анализ да бъде направен и вече на базата на него вече, ако е необходимо още веднъж ще коригираме предложенията за НРД. По никакъв начин не заставам дали да има само автоматизирана и полуавтоматизирана или да останат и трите неща.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Текстът може да се запази и по-нататък, но идеята ми е, че ако успеем с тези механизми да предизвикаме влизането на болнични опаковки, по-големи, догодина би било добре да бъдат приети стойности, до които ние заплащаме над изписаните. Т.е. да ги принудим да правят тези механизми, които се правят в трите болници, защото тези три болници в момента го правят на добра воля и нямаме никакви гаранции, че нещата ще тръгнат, но този текст ни дава възможности да правим насочени проверки дали спазват тази точка първа.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Аз също бих се присъединил към г-н Бойчев, като бих добавил още два аспекта. Едното е по отношение на контрола. Там имам опасение, че може да бъде твърде формален, само по документи без

някакви действия, а именно осъществяване на действителен контрол. А второто ми притеснение е, че голяма част от тези технологии са опасни за персонала и при едно такова ръчно смесване, ръчно разтваряне на лекарствените средства представляват някакъв проблем и нашето опасение е, че при един такъв ръчен метод може да има неблагоприятни въздействия върху персонала. Така че аз бих се присъединил към позицията на г-н Бойчев.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Само да кажа, че ръчното разтваряне се извършва в ламинарен бокс.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Да, знаем. Какви ще са последиците за персонала?

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Ако се мине на една проверка в болниците може да се види, че се използват съответните предпазни средства. Там, където има ясно разписани правила те се спазват. Вредата, опасността за персонала са снижени до минимум. Има болници, които предпочитат да си купят изолатор, което е също ламинарен блок с два ръкава. По-труден е за работа. По-лесно е когато си движиш свободно ръцете. Но това е въпрос на избор.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Аз имах предвид нещо друго. Ако остане задължителния характер на полуавтоматичната и автоматичната системи това ще даде ли отражение на самата медицинска дейност? Тези, които нямат автоматични или полуавтоматични системи какво ще правят?

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Няма да работят.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Не е това целта.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Съгласно действащия в момента текст трябва да имат до 1 януари или полуавтоматизирана, или автоматизирана

система, или да сключат договор с болнична аптека, която има такава и да ги разтварят там.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Имайки предвид броя на болниците и обема на работа ще може ли да се поеме това нещо от тези, които имат полуавтоматични системи?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Тогава не става ясно при какви условия. Дали тази болница, която няма ще заплаща на другата болница само разтварянето или от тях ще купува лекарствата, изобщо там как ще се случат нещата... Контролът също как ще се осъществява. В този вариант...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Аз нарочно го повдигам този въпрос, за да знаят колегите след тяхното решение какво следва. От тази гледна точка питам. Иначе аз знам какви са последствията.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Имаме ли информация от 1 януари тази година дали болниците изпълняват това условие, т.е. имат полуавтоматизирана или автоматизирана система, или нямат?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Има две автоматизирани системи.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Питам тези, които са сключили договори с касата изпълняват ли това условие от 1 януари тази година?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Не, това е условие от 1 януари 2018 г.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: В материала пише 2017 г. Аз мога да чета. Там пише от 1 януари 2017 г.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Този въпрос се обсъждаше на миналото заседание. От 1 януари 2018 г. Просто има техническа грешка.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Като е техническа грешка... Значи от 1 януари 2018 г. трябва да е задължително.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: То в момента е така. В момента в пътеките химиотерапевтичните е заложено автоматизирана или полуавтоматизирана система от 1 януари 2018 г. За тази година няма. За тази година в момента действа член 326, алинея 1 в този вид, в който сега е алинея първа, след това добавяме алинеи 2 и 3 в договора, т.е. имат задължението да ги планират, гарантирайки най-малък излишък на форми за инфузия, а от 1 януари 2018 г. трябва да стават задължително през автоматизирани или полуавтоматизирани системи. Този текст дава възможност за избор, включително и да останат на ръчно планиране, както са в момента.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Аз не мога да разбера каква друга информация трябва да имаме, колеги, за да можете да вземете информирано решение, след като това дава възможността и трите начина да се използват. Това е по-либерално от туй, само че тези, които избера третия да правят ръчно всъщност ще се опишат условията, при които могат да ги правят, как да ги правят, за да може контролът да се спазва. Аз не мога да разбера какво неясно има в случая. И трите начина остават.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Трябва да се опишат и второ е икономическия ефект. Според нас не е проблем да бъде направен един анализ дали въвеждането на автоматизираната и полуавтоматизираната система са довели до някакъв икономически резултат от гледна точка разходи на лекарства и второто, ще бъде направено...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Тук няма ще. Тук са описани.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Аз казах две неща. Едното е осъществяването на контрола. Наясно сме, че много често контролът е формален, по документи, без да бъде извършен на място и не желаем това да се случва. И второто е защитата на персонала. Това са двете ни условия. И другото условие, което каза г-н Бойчев, ние се присъединяваме към него, искаме да

видим реални резултати, има ли ефект за касата, икономически имам предвид или няма. Ако има не виждаме никаква причина да не запазим сегашното положение.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Автоматизирани имат във Варна и проф. Дудов. А полуавтоматизирана...

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Чудесно. Аз не виждам никаква причина да не се изиска информацията.

БОЯН БОЙЧЕВ: Ние гледаме разход на брой пациенти.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Трябва да се гледа и терапията. Дозата зависи от МКБто. Аз имам в момента основания да кажа, че да останат трите е най-добрия вариант.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Д-р Кокалов е прав, че действителен анализ може да се направи като се видят и трите.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Който иска може да си закупи.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Тъй като това влиза в сила от 2018 г. и предлагам примерно сега да гласуваме текста с трите възможностите и до края на годината ще видим какви са резултатите, и винаги можем да променим текста.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Все пак трябва да се направи анализ на нещо, което действа.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Трябва да ги видим паралелно как действат и тогава да се направи анализа.

БОЯН БОЙЧЕВ: Аз обясних по какъв начин може да се направи анализа на базата пациент, терапия и т.н.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Сити Клиник те са тръгнали с автоматизираната. Там нямаме данни от преди това. Няма как да се сравнява.

БОЯН БОЙЧЕВ: Но аз подкрепям вашето предложение по малко по-различен начин. Да го оставим както е. До края на годината има шест месеца и да видим резултатите, и тогава можем да го променим.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Да, да видим какви ще са резултатите и в този период може да се направи въпросния анализ и ако се налага може да направим нов анекс.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Правилно ли ви разбирам да оставим разглеждането на тази точка за следващо заседание, на някое от следващите заседания?

БОЯН БОЙЧЕВ: Има две хипотези. Едната хипотеза е да гласуваме както е. Вторият вариант е да се предостави този анализ и на базата на този анализ тогава да можем да вземем информирано решение.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Имайте предвид, че този текст е част от проекта на Анекс към НРД, където основното е практически възстановяването на системата за чекиране на лични карти и го отложихме за сега, за да можем да подпишем анекса. Ако го отложим сега няма да можем да подпишем анекса и второ ще остане текста, стария, който задължава от 1 януари 2018 г. да имат автоматизирани или полуавтоматизирани системи. Ако остане този текст те ще трябва да предприемат действия да си ги купуват, защото трябва да ремонтират помещенията, да правят обществени поръчки, подготовка и т.н. Т.е., ако този текст продължава да седи...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Ще ревнат работодателите.

БОЯН БОЙЧЕВ: Д-р Петров, може ли да подготвите вашия екип евентуален материал за сравнителен анализ за икономическа целесъобразност.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Нали казах, че за да има сравнителен анализ трябва да работят и трите варианта, за да може да се направи анализ.

БОЯН БОЙЧЕВ: Те в момента работят.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Не. Има една автоматизирана система, която работи. Второ, има болници, които правят ръчно планиране и работят добре. Има болници, които очевидно нищо не правят. С този текст поне смятам да ги задължим да си правят ръчното планиране най-малко.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Аз все пак ще си позволя да ви предложа това да го отложим за разглеждане на следващо заседание, като наистина искаме такъв анализ за икономическа целесъобразност да се направи, тъй като той може да бъде направен и от друга страна бихме искали да има някакъв текст, с който да бъде осигурен персонала, т.е. когато имаме ръчно подготвяне на лекарствата да бъде задължено лечебното заведение, което ползва такова разтваряне на лекарства да ползва съответните предпазни средства.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това е Национален рамков договор.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Вие постоянно повтаряте, че искате анализ, но мисля, че ви убедихме, че няма как да се направи този анализ, ако не се разреши ползването и на трите метода. И второ, направете го като толкова искате. Явно не разбирате проблема. Не разбирате след вашето становище какво следва след това.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Въпросът е много прост. Информацията, която искаме да видим е какъв е икономическия ефект за касата от прилагането на двата метода.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Лошото е, че блокираме Националния рамков договор.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Въпросът е да не се изхвърля голямо количество медикаменти, което може да стане по един от тези трите начина, които сме написали. За предпазните средства си има наредби, стандарти. Рамковият договор касае други неща.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: За предпазните средства аз пак казвам, тук въпросът не е да изпишем точната спецификация на съответното предпазно средство, а само да се упомене, че...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Ще ви прекъсна, защото съм заместник председател на Националния съвет по условия на труд. Може и да разбирате от някои неща, но не са ви ясни. Ако работодателят съгласно изискванията на законодателството не е направил оценка на риска на всяко едно работно място и не е предприел мерки за минимизиране на риска, тогава ми кажете къде е тази болница, за да изпратя Главна инспекция, за да санкционира този управител. Това не е работа нито на касата, нито на КТД. Има национално законодателство. На всяко едно работно място трябва да му е направена оценка на риска съгласно това законодателство и ако вие твърдите, че някъде професионалиста, който се занимава с това, неговото здраве е застрашено и не са предприети мерки, тогава ще санкционираме работодателя. Не е работа това на Националния рамков договор. Има законодателство, което трябва да се изпълнява. Искаме, според мене и аз затова ще го гласувам, защото не намирам проблеми дали да го гласувам. Второ, за да се направи анализ при положение, че няколко пъти чухте, че има само две болници, от които едната е започнала с автоматизирана система, а другата сега я е внедрила, няма как да направим анализ колко болници в България се занимават с това нещо при условие, че искаме да сравним автоматизирани, полуавтоматизирани и ръчни. Ако ние

не ги пуснем и трите и сега до края на годината да направим контрол, тогава ще направи анализ в края на годината, касата, какъв е финансовия резултат и ще кажем – да, оказва се, че примерно полуавтоматизираната система води до значителен разход или по-скоро икономия, защото касата стана една голяма аптека. Не може да се изхвърлят скъпоструващи лекарства и да говорим, обръщам се към работодателите, какъв е ефекта. Ефектът е, че ако останат пари в касата те ще бъдат използвани да се финансира тази болнична помощ, а не да се плащат лекарства, които се изхвърлят на боклука. Като ще разсъждаваме държавнически, да разсъждаваме държавнически. Искаме да видим кой от тези методи без да е опасен за персонала и за пациентите, кой ще доведе до икономически най-изгодния поне за касата, т.е. за хората, защото, ако имаме икономия на средства от лекарствата те ще отидат за други. Като го отложим какво ще се случи? От къде ще дойде анализа? Как да анализирам като има две – три болници, които правят това нещо, което се разбра, че ще е задължително от 1 януари 2018 г. Аз не мога да разбера какво искате, защото не е ясно какво искате. Направете анализ на тези две болници или три, които се занимават с това, но се оказа, че едната няма как да направите анализ, защото Сити Клиник е стартирала с автоматизирана система, т.е. тя не може да каже преди бяхме на ръчно, сега въведохме автоматизираната и това доведе до икономия или не.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: На нас не ни трябва специално...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: За опасността аз ви обясних, че това е отговорност на работодателя спрямо законодателството по БЗТ в България. Той трябва да направи оценка на риска и този метод, който съществува дали е опасен и ако е опасен там има предписание да предприеме необходимите мерки. Ако са му казали – опасно е, вземете полуавтоматизираната, той трябва да я закупи. Ако са казали – не, не е

опасно, той продължава да действа така като спазва правилата. Не е наша работа. Така че отворете и прочетете законодателството. Аз отговарям и за това нещо и съм запознат и с европейското, и нашето, и не повтаряйте неща, които ние не можем да решим. Аз лично смятам, че няма никакъв проблем да го гласуваме това до края на годината и трите метода да натрупат така да се каже фактология и накрая ние да решим всъщност кой от тях, нека да бъде с дебат и с управители на болници, и с пациентски организации, и специалисти в тази област и да вземем информираното решение – да, това са числата, това е анализа.

КИРИЛ АНАНИЕВ: В проекта на решение да запишем един текст, с който на базата на функционирането, на действието на това решение, на предложените промени до еди коя си дата да се извърши анализ, за да сте спокойни.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Колегите имаха предвид да се извърши анализ на разходите за един болен. Обаче тук има една много голяма неизвестна за този анализ. Първо каква е назначената терапия на съответното лице, на кой етап е тази терапия. Ако направим анализа на базата само на едно лице може да получим съвсем изкривена информация и грешни резултати.

БОЯН БОЙЧЕВ: Д-р Петров, за да съм сигурен, кажете приблизително за миналата година колко е разхода за медикаменти за онкология общо.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: 262 милиона.

БОЯН БОЙЧЕВ: Този път ще ви цитирам преди малко какво казахте. В момента някъде около 25 %, т.е. $\frac{1}{4}$ лекарствата не се използват.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Тук говорим за парентералните форми, които са и тези от тях, които се дозират.

БОЯН БОЙЧЕВ: Колко е разходът за въпросните медикаменти?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Около 90 милиона.

БОЯН БОЙЧЕВ: Вие казвате, че 25 %... Ясно е какво казвате. При въвеждането на полуавтоматизирана и автоматизирана система разходът би паднал между 8 и 10.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Той не е сигурен. Смята, че може да падне.

БОЯН БОЙЧЕВ: 15 % спестяване върху 90 милиона моята груба сметка прави 13 милиона и половина.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Не само с този метод може да стане. С ръчно планиране също го правят.

БОЯН БОЙЧЕВ: Ако сметнем 40 милиона по 150 хиляди са 6 милиона. Това е моят прост анализ.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Касата не ги плаща тези 6 милиона. Болниците сами си правят този разход. И вие смятате да си закупят полуавтоматичните системи, а разходите в зависимост от обема на болницата ви казвам, че те могат да варират от 15 до 30 хиляди на месец. Разходи на болницата за консумативи. Не може да се прави такава аритметична сметка, която правите в момента.

БОЯН БОЙЧЕВ: В момента аз го правя слушайки само.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Аз ще помоля д-р Петров и г-жа Аврамова, те имат данни за тази болница от 2009 г. до сега, аз ги моля да предоставят данните за болница с клиника какви са спестяванията. Те не винаги се измерват в стойност като пари, защото едно лекарство, което струва 20 лева и там се спестява доста. Имаше 40 флакона спестени от лекарство, което е ниско като стойност. Нека да се направи анализ наистина, аз продължавам да твърдя, че и по този начин се спестява с така нареченото ръчно

разтваряне. А по отношение на условията на труд, абсолютно е прав д-р Кокалов, всички условия са разписани в Наредба 28 на министерство на здравеопазването. Там е мястото, в тази наредба.

БОЯН БОЙЧЕВ: И последно, с което завършвам. Искам да върна лентата, че точно д-р Петров и оперативното ръководство на касата защитаваха тезата, че е необходимо подобен текст да влезе в НРД и той влезе.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Най-важния текст е чл. 326.1 в момента.

БОЯН БОЙЧЕВ: И един такъв пирует за мен не е правилен. Приключих.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: За какъв пирует става въпрос? Че се отменя задължителността, за да се вкара възможността да изберат и да направим анализ и ако си прав и ние сме прави, като сме казали, че е задължително това пак ще бъде взето като решение. Но да имаме все пак възможността да натрупаме факти и да го кажем. Аз не мога да разбера какво толкова страшно има от тук до края на годината примерно да кажем, че не е задължително и да ги пуснем трите и към края на годината със събрана информация да направим анализ и да кажем – да, анализът показва, че от 1 януари 2018 г. задължително трябва да се въведе това и това. Отпорът ще бъде това, което чухте от страна на работодателя, защото това са средства, които са в повече и няма кой да им ги даде, те ще трябва да ги извадят. Но при условие, че това е доказано, че ще бъде не само по отношение на финансовия резултат на касата, а както беше казано тук и за персонала...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Тогава, д-р Кокалов, ще можем да извадим информацията, анализа ...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Ще можем да се базираме на факти.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Анализът ни показва вече това, което ние искаме да въведем като задължително. А сега като отидем при тях какво да им кажем? Не сме сигурни, но очакваме.

БОЯН БОЙЧЕВ: Колеги, предлагам компромисно решение, около което можем да се обединим. Колко време ще ви бъде необходимо, д-р Петров, за въпросния анализ от днес?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Трябва да се натрупа информация до края на годината и за новия рамков договор, който влиза в сила от 1 април...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Да вземем информирано решение.

БОЯН БОЙЧЕВ: В такъв случай предлагам, ако е до края на годината да променим текста, който съществува в момента от 1 юли, да не влиза в сила от 1 януари, а от 1 юли.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ние не можем от сега да вкараме текст за НРД 2018.

БОЯН БОЙЧЕВ: Тогава можем да го направим от 1 април.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това е нов рамков договор. Ние не можем да вкараме този текст сега.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Ние не можем от сега да вземаме решение за нещо, което ще се случи догодина.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Аз го разбирам така. На базата на този анализ, ако ние ще си преповторим решението за задължителността да не влезе тогава от 1 януари, а по-късно, за да могат да го изпълнят, примерно от 1 април. Това би могло да стане, защото мотивите са, че работодателят трябва да намери тези средства, трябва да го направи, трябва му срок. Така че това би могло да бъде направено, но не сега, а за следващия рамков договор. Аз предполагам, че има разбиране от всички работодатели и от лекарския съюз. Срокът трябва да бъде по-голям за внедряването на базата

на този анализ. Така че в НРД 2018 г. може да влезе, че ще бъде от 1 април. Няма никакъв проблем да бъде. Ние ще кажем, че на базата на направения анализ си преповтаряме решението, но тъй като няма време да бъде изпълнено предлагаме в новия рамков договор това решение да влезе от 1 април и аз мисля, че нормален човек не може да възрази на такова нещо, но не можем да го вкараме сега.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: На базата на анализа за НРД 2018 да се вземе съответното решение.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Кое то всъщност отпада задължителността от 1 януари и ние ще решим на базата на анализа тогава от кога да влезе. Тогава ще го предложим. Нали от нас зависи да го предложим?

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: И да има текст, в който ще има задължение в определен срок да имаме направен този анализ и той да бъде представен примерно в януари.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Да влезе в решението, че декември ни се предоставя анализа.

КИРИЛ АНАНИЕВ: На база анализа на изпълнението на бюджета на НЗОК към 31.12.2017 г. за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги да предложи решение, което да послужи за основа за водене на преговорите с Български лекарски съюз за Национален рамков договор за медицинските дейности за 2018 г.

БОЯН БОЙЧЕВ: Да ни представите предложението как ще бъде направен този анализ.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Да разбирам ли, че сега приемаме предложенията и допълнително взимаме решение за анализа.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Това беше разумно, което беше казано в някакъв срок да бъде представена методика на анализа, защото може да има различни варианти.

ГАНКА АВРАМОВА: Съдържанието на анализа.

БОЯН БОЙЧЕВ: Не съдържанието. По какъв начин. Методология, методика.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Ако сте съгласни по този начин да приемем проекта на решение така, както ни беше предложено с допълнение това, което трябва да се свърши до края на годината на базата на този анализ и януари месец да вземем решение като Надзорен съвет като наша позиция по отношение НРД 2018. Който е съгласен, моля да гласува.

БОЯН БОЙЧЕВ: Да се сложи срок за представяне на методиката на анализа.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: На някое от следващите заседания, когато имат възможност. На следващо заседание да се представи.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Искам да предложа да гласуваме още нещо свързано с НРД. Ще дам думата на г-жа Нейчева.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Става дума за лекарства, които не са в списъка на касата. Когато няма друга алтернатива за пациента болницата не може да отчете клиничната процедура, защото не може да отчете лекарството, защото знаете, че не може да отчете процедурата без да отчита лекарството. Може би е разумно да има такава точка в НРД, когато пациент сам си закупи лекарството, осигурено от болнична аптека, да го плати на касата на болницата, за да може с приложение към фактурата, както реши касата, да се отчете процедурата. Вярвайте, много е трудно, те не могат да влязат, да постъпят със съответното INN в процедурата и да им се изпълни терапията. Това не е разход на касата по отношение на лекарството. Те си го купуват.

Тук, обаче стават все повече лекарствата, които пациентите са принудени да си ги купуват, да ги търсят от Гърция, Турция и т.н.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Става въпрос от болничната аптека да се вземат.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Когато е по ЕГН през болничната аптека може да се вземе.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Става въпрос касата да плати процедурата.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Въпросът, според мен не е от къде ще си вземе лекарството, а да платим процедурата, защото може да го няма и в болничната аптека.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Говорим за монотерапия, когато е едно лекарството. Когато са две те си отчитат процедурата.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Кое е наложителното сега да го направим? А част от нещата можем да ги помислим за НРД 2018. За монотерапията можем да вземем решение, че ако се закупи от болнична аптека може да се отчита процедурата. Според мен в това има резон, защото е в интерес на болния.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Какво да формулираме като текст?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: В НРД има ли възможност?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Можем в НРД да го сложим. При монотерапия с лекарствен продукт, който не е в Позитивния лекарствен списък, при задължително представена фактура за лекарствени продукти при отчитането.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Въпросът е къде да го сложим.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: При положение, че е монотерапия и пациентът си го плаща те какво отчитат към касата?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Процедурата.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Дейността, без медикаментите. Той да може да си отчете процедурата без цената на лекарството.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Предлагам да гласуваме такова решение, а те да намерят систематичното място на текста в НРД.

БОЯН БОЙЧЕВ: Преди да гласуваме, д-р Петров, вие лично подкрепяте ли това решение?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Подкрепям го.

БОЯН БОЙЧЕВ: А какво ще бъде финансовото въздействие?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Финансовото въздействие не мога да го кажа сега. Просто ще плащаме процедурите, които до сега сме ги плащали, но сме спрели да ги плащаме, защото един продукт е излязъл. Обикновено това касае продукти, които до сега сме ги плащали и поради някаква причина са излезли. Няма да има някакво отрицателно финансово въздействие, защото ние сме спрели да плащаме лекарствата. До сега сме плащали и процедурата, и лекарството.

БОЯН БОЙЧЕВ: Искам да припомня на колегите, че ние имаме взето решение, че всякакви предложения за промени се съпровождат с финансова оценка.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Лекарственият списък на две седмици се променя.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Нали има в НРД брой на процедури? Нали сме гласували брой на процедури и сме ги финансирали. Затова, че някой до сега поради липсата на лекарство не е правено е било в наша полза. Ние

няма да надхвърлим бройката на процедурите, защото те са определени. Ние сме гласували бюджета за определен брой процедури. Ние не можем да ги прехвърлим. Така или иначе, като видим анализа, че ги прехвърляме ще видим какво ще правим. Но за сега ние не ги прехвърляме.

БОЯН БОЙЧЕВ: Съгласих се.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Който е съгласен с това решение, моля да гласува. Приема се.

По точка 2 от дневния ред се взеха следните решения:

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Приема направените предложения в проекта на Договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2017 г. текста на чл. 326 да стане ал. 1 и да се създадат нови ал. 2 и 3, както следва:

„Чл. 326 (1) Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания, се прилагат по назначените схеми, като пациентите се приемат във времеви график, който гарантира най-малък излишък на формите за инфузия. Този график се утвърждава от завеждащия клиниката/отделението, където се осъществява терапията с инфузионни противотуморни лекарствени продукти. /съществуващ текст/.

(2) Приготвянето на разтворите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безопасност, точно дозиране, системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автоматизирани системи.

(3) Приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК. “

2. Възлага на управителя на НЗОК на база анализа на изпълнението на бюджета на НЗОК към 31.12.2017 г. за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги да предложи решение, което да послужи за основа за водене на преговорите с Български лекарски съюз за Национален рамков договор за медицинските дейности за 2018 г.

3. Възлага на управителя на НЗОК за следващо заседание на Надзорния съвет да представи методика за извършване на анализа по т. 2.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, д-р Иван Кокалов, Боян Бойчев, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

Възлага на управителя на НЗОК в проекта на Договор за изменение и допълнение на Национален рамков договор за медицинските дейности за 2017 г. да включи текст свързан с възможността за заплащане на лечебните заведения за болнична медицинска помощ на цената на клиничната процедура при монотерапия с лекарствен продукт, който не е в Позитивния лекарствен списък, при задължително представена фактура за лекарствени продукти при отчитането.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, д-р Иван Кокалов, Боян Бойчев, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Трета точка е за изменение на Закона за здравното осигуряване. Смятам да се фокусираме само върху лекарствата. Това е най-важната точка от гледна точка на бъдещи промени.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Връщаме процедурата за лекарствата на МЗ, а да не я правят болниците.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Ние правим електронна платформа. От там нататък болниците...

БОЯН БОЙЧЕВ: Нека да е ясно кой докладва. Да не бъде диалог.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Този допълнителен материал е на база на неизяснените неща, които останаха от миналия път и ги изяснихме с министерство на здравеопазването. Първият проблем е по процедурата за договаряне на лекарствата за болнично лечение. Практически ние в материала първоначалния предложихме следните неща. Ние правим централизирано договаряне на отстъпки, т.е. договаряме отстъпки с притежателите на разрешение за употреба, което и сега правим, сключваме договори, след което притежателите на разрешения за употреба упълномощават търговци на едро, които те решат, ние сключваме договори с търговците на едро и им плащаме директно на тях без парите да минават през болниците. Т.е. болниците само отчитат фактурите, а ние плащаме на търговци на едро. Имаше няколко цели това нещо. Понеже МЗ не са съгласни и те правят централизиран търг, и тези лекарства са в новия списък, и стигнахме накрая до компромисно решение. Ние си запазваме всички правомощия по договарянето на отстъпки, то няма как да е по друг начин, защото това са оригинални продукти и там знаете, че за цени не се говори, там се говори за отстъпки, т.е. всички те договарят отстъпки. След като ги договорим тези отстъпки се запазва процедурата. Те отиват в болниците. Единствената разлика е, че тези болници няма да си ги правят

сами търговете, а ще се прави централизираното договаряне. Практически в това договаряне вече ще си договарят с търговците на едро, но ние ще плащаме на болниците, както до сега. Схемата общо взето е известна.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Както е написано на мен не ми е ясно. От една страна остава досегашната схема, договарянето на отстъпки на лекарствата да остане, след това, защото то е специфично, а след това болниците договарят по Закона за обществените поръчки с търговците на едро. Новият вариант всъщност упълномощават МЗ да проведе договарянето. Чакай, нали НЗОК го прави?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ние договаряме отстъпките.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: А договарянето на кое? На вече отстъпените лекарства?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Те правят по ЗОП процедура с търговци на едро. Те договарят някакви допълнителни отстъпки от търговците на едро. По принцип практиката е, че търговците на едро за тези продукти, т.е. за оригиналите дават обикновено до 4 % отстъпка. Обикновено се варира в тази отстъпка, също в срока за заплащане и т.н. Схемата остава същата, но договарянето отива като централизирано в МЗ. Или поне такива са намеренията. В първия вариант, който ние мислехме, мислехме да договорим ние с търговците и плащанията да не минават изобщо през болниците, т.е. да плащаме на търговец на едро.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз искам да поясня каква е процедурата в МЗ. Използването на думичката „договаряне“ в МЗ не е правилно. По Закона за обществените поръчки МЗ вече е централен орган за възлагане на обществени поръчки и ние централизираме с електронна платформа, която вече стартира и започва да работи ще правим процедура за цялостната рамка за всички болници. Въз основа на проведената процедура чрез електронната платформа ще бъдат сключени рамкови споразумения с

търговците на едро и въз основа на тези рамкови споразумения всяка болница ще си прави един вид мини процедура, като целта е сваляне на цената. С тези, с които сме сключили рамкови споразумения с тях в мини процедурата ще се стреми да се свали цената и ще се сключи договор с конкретния търговец, който ще даде най-ниската цена. И по този начин ще се плаща от болницата на търговците, тъй като се сключва договор между болницата и търговеца. А касата ще запазва правото да договаря отстъпки на национално ниво на база обеми, до колкото разбирам, с ПРУ. Т.е. те си запазват правото и това ще бъде...

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Не само обем и разход, а и ефективност на терапията.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Това ще бъде за лекарства, които са самостоятелни международни непатентни наименования.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Аз го разбирам, но не разбирам защо някой друг вместо нас да договаря, пък касата да плаща. Нещо не ми се връзват нещата. Един договаря, а друг плаща. И как така след като отива на ниво болница ще бъдат договаряни още отстъпки при условие, че обемите са по-малки в самата болница. То цената пада във връзка с обемите и как като стигне до болницата и болницата X, на която обема и е толкова ще намали с още 4 %?

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Като плащането отива от касата в болницата каква е гаранцията, че болницата ще си плати на доставчика, а няма да плати за нещо друго?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: В интерес на истината те така правят. Касата плаща на 60тия ден, а те плащат след 8 месеца.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Настояването на МЗ да се прави централизиран търг, ще използвам думата търг, да, е първо с цел спазване

на европейските директиви и за прозрачност, публичност. При договарянето с касата няма нито ясни правила, нито публичност, нито става ясно тези отстъпки след това къде отиват и за кого се разходват. С д-р Петров водихме доста разговори на тази тема.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: От една страна това остава в касата. Сравняваме ябълки с круши. От една страна говорим, че това пак остава в касата, а от друга страна...

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Те договарят отстъпки с ПРУ, а ние правим търгове за цени, за сваляне на цената. Това е идеята с централизираната...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: За кои позиции? За всички останали?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: За лекарствата, които са в приложение 2.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Аз няма да го гласувам, защото ви казах, защото съм против този, който плаща, друг да договаря вместо него. Не знам какви европейски и други... Договарянето е в МЗ чрез търг.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Не е договаряне, а е открита процедура.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Хубаво, но така или иначе МЗ договаря цените и после...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Максималните.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: А ние плащаме след туй. Извинявам се много. Няма как. Защо? Какво пречи да се прави тук и да има прозрачност? Защо трябва да се прехвърли като отговорност на министерството не ми е ясно. Публичната институция прехвърля на държавната институция нещо, което тя заплаща. Нещо сбъркано има. Не знам кой го е измислил, но аз лично не намирам, че това води до някакви резултати по отношение на прозрачността. Защото навремето търгове правеше министерство на

здравеопазването и имаше съмнения. Те затова се и отказаха. Имаше и обвинения в тази посока.

АНДРЕЙ ДАМЯНОВ: Трябва да се види договорът точно какво казва. Централизираната обществена поръчка по ЗОП къде точно трябва да бъде.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Това е държавна институция. Не знам дали ЗОП определя къде какво трябва да се прави. Защо трябва да прехвърляме отговорността на министерство на здравеопазването?

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Г-н Кокалов поставя въпроса дали ЗОП трябва да се прави от МЗ или от НЗОК.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Да бъде централно договарянето и да се свалят цените.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: То и тук ще бъде на база сваляне на цените. Не смятам, че ще се реши проблема. Аз разбирам да е МЗ, ако става въпрос за държавен ресурс. Но това е публичен ресурс, не го дава държавата, държавата участва. Ние плащаме - синдикати, работодатели, работници, служители, всички участваме. Това не е бюджет на МЗ. Не знам кой как го е мислил, но нещо не ми се връзва държавата да ни прави търга, а пък ние да плащаме без да има никакъв контрол върху това.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Г-жа Сотирова, като юрист, действащите разпоредби на ЗОП вече задължават министерство на здравеопазването да прави централизирана процедура?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Не, че задължават. По принцип директивите и Законът за обществените поръчки задължават при закупуването на лекарства да се прави обществена поръчка, която да не е договаряне на отстъпки, което прави касата.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Какво пречи касата да прави открита процедура по ЗОП? Някой да ни забранява? Тя прави за други неща.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз в момента разяснявам въпроса. Тя прави с открита процедура, като Законът гласи, че когато става въпрос за цялата страна, тогава се регистрира централен орган по обществени поръчки и той прави процедурата в случая за всички болници. По същия начин министерство на финансите е централен орган за всички министерства и държавни институции, те правят например за самолетни билети, за канцеларски материали. Отделните министерства не ги правят тези процедури. По същия начин МЗ се явява за лекарствата.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: В момента тук ние, притежателите за разрешение на употреба и НЗОК, договаряме отстъпки за самостоятелните INN. Спецификата на лекарствата е такава, че при самостоятелните INN навсякъде се говори за отстъпки, а не за цени. Няма да намерите ПРУ, който да ви каже – аз ще ви намаля цената. Защото в момента, в който намали цената ще падне референтната в цяла Европа и ще им се срине пазара. Поради това ние ги правим, те са в наредбата, те са конфиденциални, защото, ако тези отстъпки ги публикуваме на сайта на касата някой регулаторен орган, примерно в Словакия, ще ги извади и ще каже – това са вашите референтни цени и пак ще се срине цената. Големите отстъпки ги правим при това договаряне. Те са минимум 10, а при някои стигат до 40 – 50 % от регистрираната цена. Т.е. това правим ние. От там нататък сега схемата каква е. Ние казваме, че плащаме с тези отстъпки. Те ни ги връщат тези отстъпки на тримесечие, на база на тези отстъпки. Болниците си правят търгове, където се явяват търговци на едро, които са упълномощени от ПРУ формално, обаче много често става обратното. Търговецът печели търга, отива при ПРУ и му казва – ако искаш да продаваш на тази болница трябва да ми дадеш на мен. Тук практически се

договарят ниски проценти. Тук се въртят някакви отстъпки, конкретно при тези INN, които са самостоятелни обикновено са 4. Т.е. ПРУ дава на търговеца около 4 % отстъпка, оня се явява с 3 %. Тук като дойдат фирмите обикновено си упълномощават трима търговеца и накрая печели този, който те са решили. Това става в момента. Първоначалната наша идея беше да избягаме тука от болниците, т.е. да се договорим ние директно с търговци, които ПРУ е дало и да плащаме директно на тях, т.е. да не минава процедурата през болниците, която според нас е безсмислена, защото НЗОК като голям платец едва ли някой ще договори по-добри условия, отколкото отделните болници. Другата схема е това всичко се запазва, обаче пак минава през болниците схемата, т.е. болниците правят търг с търговеца на едро, но в случая няма да го направят директно, а през платформата на МЗ. Тук става въпрос за малките отстъпки. Идеята ни тук е по-скоро не друга, а да бягаме от болниците, т.е. да платим директно на търговеца на едро, което смятаме, че освен друго, че е мярка срещу паралелния експорт, тъй като в момента точно това става. В момента в много случаи разни вторични, третични дистрибутори се явяват на база връзки с болницата и печелят търга, и ходят при ПРУ, и ги карат да сключват договори с тях, и се появява един хаос от 40 – 50 търговеца.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: След като мине през платформата и се договори как ние ще платим на болниците?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: По старата схема.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: А не можем ли да платим на търговеца на едро?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това беше нашата идея.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Нека МЗ си направи централизираната обществена поръчка и просто ние ще стъпим в дълга на болницата за негова сметка...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: С платформата се договарят количества, които са постъпили в болницата като разход, т.е. той се сумира и се казва. Въз основа на това, което постъпва като информация какво пречи НЗОК да плати на търговеца? Просто болниците да бъдат изключени от това. Няма смисъл НЗОК да плаща на болниците. Болниците ще си получават лекарствата и толкова.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Може ли, след като има централизирано договаряне, ние отново да приложим механизма за отстъпките?

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Да. Това остава.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Ние си правим централизирано с търговците на едро.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Изобщо да бъдат изключени болниците. НЗОК да плаща тези и чрез платформата, търга, вече да плащаме на тези по заявката на болниците. Аз така по съм съгласен, отколкото болниците изобщо да бъдат намесени. Нито те ще договорят някакви отстъпки... Помислете го да се плаща на търговеца на едро и в единия, и в другия случай. Единият път чрез договаряне на отстъпки, другия път чрез платформата.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Чисто практически аз не мога да си го представя в момента. Ние правим чрез електронната платформа открита процедура. Сваляме цените и сключваме рамково споразумение ...

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Отстъпките си остават в касата, но те не са явни. Смисълът е болниците да не купуват над цените, като първа стъпка, след това касата да ги свали като втора. При положение, че това е рамково споразумение болницата, за да може да си купува нещо трябва да има договор. Пак не пречи касата да плаща на търговеца на едро, но болницата трябва да сключи договор под тези цени.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: В случай, за да може касата да плаща, освен да бъде тристранен договор. Болницата заявява, търговецът доставя, касата плаща. Освен така да се направи.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Тя вече трябва да договори от рамковото надолу.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Те няма ли на базата на нашите отстъпки да сключат договори?

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Не, вашите отстъпки са си тук, както до сега.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Например едно лекарство струва 120 лева, ние правим централизиран търг и лекарството става 100. След това болницата си прави нейната мини процедура и става 90 лева.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Е как ще стане 90?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: На практика се получава. Като стане 90 сключва договор с търговеца на едро, а касата договаря с притежателя на разрешение за употреба отстъпка, примерно 5 % или 10 % от обема от тази цена, която е с търговеца. И сега в случая практически, но може би трябва да има тристранен договор, но как ще стане от ПРУ в този тристранен договор, за да може вие да плащате на търговеца.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Този договор можем да го вкараме, когато той е упълномощил определените, тъй или иначе ПРУ си има договор с търговци, няма да се месим кои са търговците. Проблемът в момента е, че като мине през болниците практически се получава, че не ПРУ си определя търговците, а болниците си ги определят на базата на...

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Те се определят сами от платформата.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: То може да се водят предварителни разговори с ПРУ да упълномощят тези техни търговци да участват в централизирания търг за техните лекарства, за които те ще дават отстъпки.

И трябва вие да имате споразумение с ПРУ и от тях се получават обратно в касата отстъпките, а плащате на търговците това, което е договорено по рамковото.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Нашите отстъпки те са обратно плащане. На всяко тримесечие те връщат пари.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Сега си го изясних.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Практически за тези оригиналните продукти, самостоятелните INN, там това, което се договаря е отстъпката на търговеца на едро, дали от 4 той няма да я смъкне на 3 и второ, разсрочване на плащането.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Аз лично пак се обръщам, аз не мога да си представя, че една болница при условие, че се прави централизиран търг на количества и това ще може да договори освен тази цена друга по-ниска.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Ние сме го правили, д-р Кокалов, и практиката е такава. Аз лично се занимавам с обществени поръчки от 2007 г.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Болниците директно договаряха, а не през вас. Нали сега ще е през платформата? Не можете да ме убедите, че ето такава количество договаря ей такава цена, после слизаме на болницата с такава количество и тази цена пада. То няма търговска логика, нали разбирате.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: При генериците е съвсем друга ситуацията. Там не го коментираме. Те се явяват, бият се на база пазари, но тук говорим за тези продукти.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Ние нямаме нищо против касата да плаща на търговците на едро. Току що си изяснихме механизма.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Това е въпрос на договор.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Няма проблем. Ние си правим процедурата чрез платформата, болницата си прави нещо и се сключва един тристранен договор. Болницата прави заявката, търговецът на едро прави доставката, НЗОК плаща. А след това или паралелно те си договарят с ПРУ отстъпките и на тримесечна база тези търговци, техните, колкото са доставили лекарства отстъпката постъпва в касата.

КИРИЛ АНАНИЕВ: А може ли да се скъса някъде веригата?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Питайте ги тях.

БОЯН БОЙЧЕВ: Д-р Петров, аз имам следния въпрос. Вие в началото заявихте, че при INN медикаментите производителите поддържат стандартни цени в Европейския съюз. Т.е. моето очакване е на базата на това ваше твърдение е, че министерство на здравеопазването на електронната си платформа ще получи стандартните цени, които ще бъдат в Европейския съюз.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ако се намали референцията, то Националният съвет ще им свали цените.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Не е така.

БОЯН БОЙЧЕВ: Мисля, че е ясно, че с тази платформа точно това нещо ще се постигне.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Тази платформа е съвсем друго нещо.

БОЯН БОЙЧЕВ: Там ще бъдат публични цени и ако те намалят цените в министерство на здравеопазването те стават референтни за целия Европейски съюз.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Това не е вярно. Съжалявам, че ви прекъсвам. Цената, която се постига с централизираното договаряне или със ЗОП тя не влияе върху цената, която е регистрирана в Позитивния

списък по никакъв начин и никой няма предложение да я променя на европейско ниво.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Те затова INN самостоятелните на централизирано договаряне ще играят с отстъпка от крайната цена за търговец на едро. С това играят. При нас идват тука за отстъпки. Ние си договаряме отстъпки и т.н., които примерно 70 на сто стигат от цената. Но това е отстъпка, която те връщат. Тя не ходи по търгове и т.н.

БОЯН БОЙЧЕВ: Т.е. тази он-лайн платформа ще играе само в дискаунтите на търговците на едро?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това ще играе, второ платформата е много хубава при медикаментите, които са генерици.

БОЯН БОЙЧЕВ: Там е ясно. Но ако правилно ви разбирам вие сте създали една платформа и сега идвате тука. Готова е платформата и сега идвате да договаряте как точно да я ползваме.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Не е вярно. Ние не договаряме с вас. Те просто предлагат промяна в Закона, като искат да изключат тези лекарства от Закона за обществените поръчки и само те да договарят и аз казвам, че не могат да се изключат от ЗОП, защото ЗОП е вследствие на европейка директива и не може да противоречи на международното право. И затова в момента намираме начин как те да си договарят отстъпки и да е законно и как ние да си провеждаме централизирания търг. Ние тази платформа ще ползваме и за медицински изделия, и за други неща. Тя не е само за тези лекарства, които са самостоятелни международни непатентни наименования.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Коя е тази директива, би ли ми казала, че искам да я проверя.

БОЯН БОЙЧЕВ: И как тя е имплантирана в България?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: С новия ЗОП, който влезе в сила 2016 г.

БОЯН БОЙЧЕВ: Ако правилно разбирам съображенията на д-р Кокалов са, че не може вие да управлявате един процес на договаряне, който ще се финансира от друга институция.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Току що ви казах как ще се осъществи процедурата.

БОЯН БОЙЧЕВ: Да, само че вие ще договаряте цените.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: И сега съществува ЗОП в болниците. В момента го правим на централно ниво. Един ЗОП сам по себе си не променя цената в Позитивния списък. И в момента се купуват по ЗОП от дадена болница. В момента ние изравняваме по Позитивен списък, но това не променя реимбурсната цена. Това е ЗОП. Нито един ЗОП не променя цена. Няма нищо лошо в това на национално ниво да се прави централизирана процедура, защото знаем какво се случва във всички болници в страната.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Платформата е за много неща. Аз ви дадох пример с платформата на министерство на финансите. Тя е за всички министерства. И пак ви казвам самолетни билети, канцеларски материали, горива и т.н.

БОЯН БОЙЧЕВ: Примерът не е удачен.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Ние ще сваляме цената, а те ще договарят отстъпки. Това са две различни неща.

БОЯН БОЙЧЕВ: Но позицията на колегата Кокалов е, ако аз правилно съм я разбрал и която подкрепям е, че не е логично когато имаме две институции или две страни с бюджета на едната институция някой друг да договаря цени.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: До сега как беше? Болниците договаряха.

БОЯН БОЙЧЕВ: Само че болниците получават пари от бюджета на касата.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Те и сега ще е болниците. Ние правим централизиран търг и въз основа на него болниците си правят мини процедура. Просто ние на национално ниво правим това, което в момента правят болниците.

БОЯН БОЙЧЕВ: Тогава как ви звучи идеята министерство на здравеопазването предоставя тази платформа и тя се управлява тук?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Не, за платформата те движат много неща. Аз понеже погледнах един текст, който според мен е добър, че болниците когато договарят не могат да договарят по-високи цени. Само че аз се съмнявам в по-ниските. Ти казваш, че имаш практика. Искам да видя коя болница на базата след търга на платформата е договорила по-ниски цени. Вероятно, дето каза той, за някои от генериците. За мен обаче това да може да се избегне договаряне между болниците и търговците ще е много добре. Т.е. каквито и ангажименти да имаме и НЗОК, и МЗ след това договорите да бъдат между НЗОК, този, който плаща. Защото това, което сега минава през болниците доказва, че... Хиляди други неща. Затуй се съмнявам, че някой ще извади някоя стотинка и ще каже – аз договорих с една стотинка по-малко и това ще бъде достатъчен мотив. Ти каза, че няма пречка да бъдат договаряни. Хайде така да го направим и аз ще го подкрепя. Просто искам да избягаме от участието на болниците в тези търгове.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: При условие, че плащаме на търговец на едро, който е спечелил в търга?

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Точно така. И още един текст може би ще обсъдите по тази платформа частните болници, които не са задължени да правят по ЗОП, обаче да се съобразят с цената договорена от платформата в МЗ. Да са от нея надолу.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Ние плащаме. НЗОК може да вкара такъв текст, че те не могат да договорят по-високо, т.е. в тази договорена цена да влязат те.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Задължително.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Защото ползват публичен ресурс.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Ако договорят по-ниска цена има смисъл да плащате по ниската.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Като не са минали през процедурата с какъв търговец ще договаряме?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Не по-висока цена от договорената в платформата. Те взимат публичен ресурс.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Цената е ясно, ама на кой търговец ние ще плащаме?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: На този, с когото се договорят. С когото искат да си договорят.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Търговец, договорен от болницата или от ПРУ?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Нека да имат свобода. Достатъчно е, че ние покриваме цената...

КИРИЛ АНАНИЕВ: И двата въпроса в този дух да ги оформим като текстове. Последният въпрос е за реимбурсирането.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: За реимбурсирането не е ли в Наредба 10?

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Тук в ЗЗО спорът е чл. 262 той е ясен спора, ние предлагаме нивото на заплащане на лекарствените продукти да

се определя от НЗОК. На този етап МЗ не са съгласни. Аз го поставям на обсъждане.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Ние не сме съгласни и сме изказали нашите мотиви на срещата с д-р Петров и го убедихме, защото техният единствен мотив, единственият мотив на касата е, че Националният съвет по цени и реимбурсиране едва ли не без тяхно съгласие си определя нивото на реимбурсиране. Това не е така, тъй като задължително Националният съвет взема решение след като вземе от тях становище.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Не съм казал такова нещо.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: И ние сме съгласни да се промени текста така, че да им се даде да са с право на глас.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Не само, а с право на привилегирован глас. Щом каже 75, значи 75, щом каже, че е 50 – 50. Въпросът е каквото кажем ние това да бъде, а не да се съберат 10 души, ние сме 1 и 9 на 1 и хайде. Като кажете касата 50 % да е толкова.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Реимбурсирането е въпрос на правомощия на министерството да определя лекарствената политика. Ако мине реимбурсацията в НЗОК ...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Тя е била в касата.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Да, но има изразено становище на Световната здравна организация, че когато е било в касата реимбурсирането това не е добра практика, която създава корупционни схеми и т.н. и тогава те са препоръчали да излезе реимбурсацията от касата и по този повод е създаден Националният съвет по цени и реимбурсиране. Сега, ако ние се връщаме назад към една порочна практика...

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Хайде да не ми цитирате СЗО. Аз съм съгласен само с един аспект от това, което говорите и вярвам, че ще се

намери решение, защото реимбурсацията е политика. Тя освен, че е лекарствена политика, тя е политика на държавата, т.е. тя има отношение към това, което го плаща защо го плаща. Аз нямам нищо против да не го прави касата, но тогава парламентът да гласува достатъчен бюджет, за да можем и ние да се справим. Аз не мога да разбера, за да се говори за корупция трябва да има доказателства. Съдът е този, който определя дали някой е корумпиран или не е, а не вестникарите и не изказвания на световни не знам си какви. Нека да не си служим с такива мотиви, още повече, че вие сте се срещнали с д-р Петров и сте му казали мотивите, кажете ги и на Надзора.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Това беше едното за Световната здравна организация.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Мотивите ни кажете, за да сте против, защото мотивът, че е корумпирано, че няма прозрачност аз го отхвърлям категорично, защото това се доказва в съда. Кажете вашите мотиви извън тези, които ми цитирате Световна здравна организация, не добра практика и т.н. Аз не знам как те са стигнали до това решение също. Хайде, ако обичате, да си говорим като зрели хора, а не с лозунги.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Тук не става въпрос ние да променяме нивото на конкретен лекарствен продукт. Тук става въпрос дали да увеличим или намалим в тази група реимбурсацията, което може да стане освен по чисто фискални съображения и по други – когато някой разход стане твърде голям, както примерно при ревматоидния артрит. С едно обикновено доплащане веднага се регулира процеса.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Нали МЗ е представено в Надзора. Аз не мога да разбера какъв е проблема ние тука да чуем всички мотиви и да кажем правите сте или не, защото Надзорът е и МЗ.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Има създаден Национален съвет, който е държавен орган, който се занимава точно с това. Сега реално ние изземваме функцията на министъра да определя лекарствената политика чрез неговия орган. Реимбурсирането е вид регулация и именно регулацията се прави от държавен орган. Касата в случая е финансираща организация, не е държавен орган.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Или ще приемете, че сме обществен орган и ще ни третирате така, т.е. има известна независимост, защото ние управляваме публичен ресурс, а не бюджета на МЗ. Аз съм съгласен, че МЗ трябва да определя лекарствената политика, но нямам нищо против, ако някъде се запише, че това влиза в съображение с това как се определя бюджета на НЗОК, защото ние тука когато определяме бюджета на НЗОК след това през министерство и парламента се отхвърлят някои неща, после стискаме зъби, пристягаме колани и се чудим какво да правим.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Колкото и да ми се иска да подкрепя министерство на здравеопазването и списъка на лекарствата, и реимбурсирането се определя там. Всъщност ние имаме някакъв ресурс, който накрая на годината излиза в преразход. Ние нямаме инструментариум, освен някакви проверки, които дават годишно 1 – 2 милиона санкции, някакви наказания и то за цялата система. Ако наистина политиката е да се прави на едно място да си защитим бюджета на другото място, където се определя.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Аз мисля, че НЗОК трябва да си използва механизмите, които има...

КИРИЛ АНАНИЕВ: Кои са тези механизми?

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Като участва в Комисията по оценка на здравните технологии просто да участват активно. Ние сме питали и сме получили информация от Националния съвет, че те не са взели нито едно

решение без положително становище на касата. така че при всички положения те са участвали. Сега, ако те не са участвали активно не трябва ние сега да променяме целия механизъм за това, че примерно те не са...

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Има и друг проблем. Примерно при медицинските дейности ние имаме списък, основен пакет, който се прави от министерството, ние имаме бюджет. Но ние тук все пак определяме и договаряме цена, защото цена и обем прави бюджет. Докато при лекарствата ние имаме един списък, който се прави, имаме един бюджет и нямаме никакъв механизъм да вкараме едното в другото. Механизмът на цената, който ние имаме при медицинските дейности при лекарствата го нямаме. Ние говорим тук да можем да варираме с процента на реимбурсация.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Вие като дадете становище, че не сте съгласни.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Ние в момента даваме по новите продукти, те влизат в някоя група и си влизат по схемата. 75 %. Тук става въпрос да можем да променяме на цяла група в един момент процента.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Политиката може да прави само министъра.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: За лекарствената политика – хубаво, но тя включва в себе си и ценова политика и тук вече нещата са малко по различни, защото министърът, да, той трябва да прави лекарствената политика, а в същото време после кой плаща? Не плаща министърът, а плащаме ние. Т.е. друг взима решения, а ние плащаме. Аз затова казах, че нямам нищо против, ако след това тези, които взимат решения по отношение на бюджета се съобразят с това и направят достатъчен бюджет, че да можем да се разплащаме и да не формираме дефицит. Трябва да намерим баланса на отговорностите и интересите. Нямам нищо против, обаче пак казвам, аз мотивите не ги чух, освен, че съм съгласен, че

министърът прави лекарствената политика, но това не е достатъчно, ако говорим за реимбурсация и за заплащане.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Според мен балансът, за който говориш, може да се постигне точно като се дадат повече правомощия на касата да участва в работата на съвета и да определя някаква референтност.

КИРИЛ АНАНИЕВ: За следващия път да видим текстове, които ще доведат до решаваща роля на касата в определяне размера на реимбурсиране. Ние днес няма да вземем решение, но искаме категорични текстове, с които се извежда касата като решаващ орган при взимане на решения и всяко решение различно от това, което предлага касата да бъде мотивирано, защото може да се вземе и друго решение, но все пак да има мотиви защо не се приема, а не просто гласовете 8 на 2. Съгласни сме, че политиката се прави от министъра, съгласни сме, че касата има проблеми с плащанията. По отношение на тази част на реимбурсирането да намерим онази пресечна точка, която хем министърът ще си прави политиката, хем ние ще имаме някаква сигурност при определянето на реимбурсирането.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Аз мисля, че може да се намери пресечната точка.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Другите текстове можем ли да ги минем набързо? Чл. 20 това значи да минат на безсрочно трудово правоотношение директорите на районните каси.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Защо трябва да са на безсрочно? Те не са ли конкурс? Длъжността се заема въз основа на конкурс и не могат да бъдат безсрочни.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Член 59, това е за...

НИКОЛИНА СОТИРОВА: Това е за налагане на санкция, когато е частично от НЗОК, а когато е цялостно от Надзорния съвет.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Член 101 е правомощия по отношение на качеството на ИАМО. Сега 4.5 в тази връзка, в която говорихме искаме в ЗЛПХМ изрично да се напише, че можем да поискаме за всеки продукт нова оценка на здравните технологии, който ние реимбурсираме, а не само на новите, които влизат. Защото в момента имаме един много неясен текст, т.е. продукт, който е влязъл без оценка след две – три години реимбурсация да можем да поискаме оценка. Ясна оценка на здравните технологии, защото имаме доста такива съмнителни продукти, а реално не можем да им поискаме оценка на здравните технологии. Мисля, че няма да имате нищо против.

НИКОЛИНА СОТИРОВА: В МЗ вече има работна група, която работи по изменение на ЗЛПХМ. Предлагам това да бъде предложение към МЗ, да бъде обсъдено и евентуално да бъде включено.

БОЯН БОЙЧЕВ: Д-р Петров, предлагам към тази точка да добавим и текста, който вие защитавате, а именно за стойността на лечението спрямо brutния вътрешен продукт.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: Това е предмет на Наредбата.

ЛИДИЯ НЕЙЧЕВА: Там предвиждаме промени по принцип, така че това е абсолютно смислено и има доста работа по отношение на това как да работи комисията.

Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ: За Наредба 10. Ние предлагаме да я приемем в този вид. Тя е направена общо взето в един максимално отворен вид, неща, с които не сте съгласни могат да се редуцират и мисля, че няма проблем. Текстът какво ще плащаме на търговец на едро ще бъде в Закон. Да я приемете в този вид, защото тя трябва да отиде в МЗ, да се качи на страницата за обществено обсъждане, да стои един месец и в този период могат да се правят корекции. На нас тази наредба ни трябва около 20

август, за да можем да започнем след 1 септември новото договаряне на отстъпки по нея.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Нали ще я видим пак по време на общественото обсъждане? Какъв е проблема да я приемем.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Който е съгласен да приемем проекта на Наредба 10, моля да гласува. Приема се.

По точка 4 от дневния ред се взе следното решение:

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Приема проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (Загл. изм. - ДВ, бр. 67 от 2011 г., изм. и доп., бр. 48 от 2014 г., обн., ДВ, бр. 24 от 31.03.2009 г., изм., бр. 34 от 8.05.2009 г., доп., бр. 38 от 22.05.2009 г., изм. и доп., бр. 40 от -29.05.2009 г., бр. 9 от 2.02.2010 г., в сила от 2.02.2010 г., бр. 67 от 30.08.2011 г., бр. 49 от 29.06.2012 г., бр. 48 от 10.06.2014 г., бр. 30 от 24.04.2015 г., бр. 62 от 14.08.2015 г., в сила от 14.08.2015 г., бр. 44 от 10.06.2016 г., в сила от 10.06.2016 г.).

2. Възлага на управителя на НЗОК да предложи проекта по т. 1 на министъра на здравеопазването.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, д-р Иван Кокалов, Боян Бойчев, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Следваща точка.

ГАНКА АВРАМОВА: След като се прие решението от 20 юни за разпределянето на средствата за болнична медицинска помощ по лечебни заведения и районни здравноосигурителни каси, тъй като периодът на месеците април, май и юни е по закон периодът, в който се сключват договорите е месец на дейност юни се налага да се направят корекции за няколко районни каси във връзка с това, че за някои лечебни заведения, които не са били предвидени в решение № 77 от 20 юни сега им се налага да им се допълнят стойности. Другото, което като разминаване се получава, тъй като в първото тримесечие след сключване на НРД до промяна на правилата действаше един механизъм, беше решено разпределението на стойностите на районните каси, да е без 3 % към съответните договори на изпълнителите. В самите договори в текстовата част беше упоменато включването на 3 % на тримесечна база, което представлява края на месец юни, т.е. след като приключи отчитането на месец юни тогава имаха право по стария ред да си добавят тези 3 % стойности. С решението № 77 от 20.06.2017 г. от юни месец нататък се преизчислиха стойностите по новата методология за РЗОК и за лечебните заведения при което се оказва, че за месец юни сравнен с досегашния месец юни, като стойност в сключените договори за 111 лечебни заведения се получава разлика, която сме предложили в момента да ги гласувате за одобрение. Стойността е в размер на 399 хиляди за всичките 111 и ще са в рамките на годишното разпределение в размер на 1 676 хил. лв. Просто само за месец юни става въпрос. Предложението е да се направят тези корекции, за да можем да ги изпратим днес на районните каси и да сключат договорите със стойности.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Въпросът е да се спазват тези стойности.

ГАНКА АВРАМОВА: Изпълнителите очакват да си получат тези пари.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Да го гласуваме.

КИРИЛ АНАНИЕВ: В края на годината няма да имаме....

ГАНКА АВРАМОВА: Очакваме да не се превиши това, което е решено.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Имате ли нещо против? Ако нямате, моля да гласувате. Въздържали се? Един.

БОЯН БОЙЧЕВ: Не може в деня на заседанието да се хвърлят 15 страници и да се каже „гласувайте“.

ГАНКА АВРАМОВА: Съгласна съм, но получихме обобщената справка от районните каси със закъснение. Срокът за изпращане не беше спазен и затова...

По точката се взе следното решение:

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Приема, в приложение 1 и приложение 2 към настоящото решение, в допълнение на решение на Надзорния съвет на НЗОК № РД-НС-04-77 от 20.06.2017 г. месечни и индикативни стойности на РЗОК и изпълнители на болнична медицинска помощ (БМП) за периода на дейност м. юни – м. ноември 2017 г.

2. Възлага на управителя на НЗОК да разпреди на директорите на РЗОК при сключването на анекси към договорите с изпълнителите на БМП да отразят в Приложение № 2 на индивидуалните договори с изпълнителите на БМП стойностите за дейностите по приложения 2 и 3 от Правилата от настоящото решение.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, д-р Иван Кокалов, Боян Бойчев, проф. Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Понеже са изтекли договорите на РЗОК с банките, които ги обслужват и тук трябва да вземем едно решение, което гласи така:

1. Възлага на управителя на НЗОК да предприеме действия по избор на търговски банки, които да обслужват бюджетните сметки на 28 районни здравноосигурителни каси.

2. Възлага на управителя на НЗОК да предложи на Надзорния съвет на НЗОК за одобрение банките, на които да бъде възложено правото да оперират със средствата на НЗОК.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Каква е била процедурата до сега?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Същата.

ЛЪЧЕЗАР БОРИСОВ: Всяко едно РЗОК с една банка ли работи или с повече?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: От тези 18 си избира една. Има списък, който е определен от финансите.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Колеги, който е съгласен с така прочетеното решение, моля да гласува. Приема се.

По точката се взе следното решение:

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Възлага на управителя на НЗОК да предприеме действия по избор на търговски банки, които да обслужват бюджетните сметки на 28 районни здравноосигурителни каси.

2. Възлага на управителя на НЗОК да предложи на Надзорния съвет на НЗОК за одобрение банките, на които да бъде възложено правото да оперират със средствата на НЗОК.

ЗА – Кирил Ананиев, Лъчезар Борисов, Николина Сотирова, д-р Иван Кокалов, Боян Бойчев, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

КИРИЛ АНАНИЕВ: Благодаря ви, колеги. Закривам заседанието.

Заседанието приключи в 11.55 часа

**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК:**

КИРИЛ АНАНИЕВ

Изготвил:
Д. Беличева