



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. „Кричим“ № 1

СТЕНОГРАФСКИ ПРОТОКОЛ ОТ ЗАСЕДАНИЕ НА НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК 19 ЮНИ 2020 ГОДИНА

Днес, 19 юни 2020 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: Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева, Андрей Дамянов.

Проф. д-р Петко Салчев – управител на НЗОК

Отсъстват следните членове на Надзорния съвет: Галя Димитрова, Росица Велкова

Заседанието започна в 09.00 часа.

ЖЕНИ НАЧЕВА: Добър ден, колеги. Благодаря, че се отзовахте на поканата. Всички сте се запознали с предложения дневен ред. Който е съгласен, моля да гласува. Против? Въздържали се? Няма. Благодаря Ви.

ДНЕВЕН РЕД:

- 1.Годишен финансов отчет на НЗОК за 2019 г.
- 2.Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2019 г.
- 3.Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2019 г.
- 4.Утвърждаване на стойност, до която НЗОК заплаща за всяка група медицински изделия, количествата за сключване на договори с търговци на едро с медицински изделия и обем/брой медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ.
- 5.Прилагане реда на т.7.12 - т.7.15 от „Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка“.
- 6.Избор на търговски банки, обслужващи бюджетните сметки на 28 районни здравноосигурителни каси.
- 7.Разни.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Годишният отчет ни е за сведение. Нищо не можем да променим. То вече е похарчено. Какво да го гледаме, единствено, ако има някакви изводи.

ЖЕНИ НАЧЕВА: Съвсем кратка ще бъде. Бих помолила финална засечка да се направи между финансовия отчет и отчета за бюджета от колегите от счетоводството и от бюджета.

По първа точка – финансов отчет на НЗОК за 2019 г.

Счетоводната отчетност на НЗОК се ръководи от следните основни счетоводни принципи, определени в чл. 26 от Закона за счетоводство:

Действащо предприятие - приема се, че предприятието е действащо и ще остане такова в предвидимо бъдеще; приема се, че предприятието няма нито намерение, нито необходимост да ликвидира или значително да намали обема на своята дейност;

Последователност на представянето и сравнителна информация - представянето и класификацията на статиите във финансовите отчети, счетоводните политики и методите на оценяване се запазват и прилагат последователно и през следващите отчетни периоди с цел постигане на сравнимост на счетоводните данни и показатели на финансовите отчети;

Предпазливост - оценяване и отчитане на предполагаемите рискове и очакваните евентуални загуби при счетоводното третиране на стопанските операции с цел получаване на действителен финансов резултат;

Начисляване - предприятието изготвя финансовите си отчети, с изключение на отчетите, свързани с паричните потоци, на базата на принципа на начисляването - ефектите от сделки и други събития се признават в момента на тяхното възникване, независимо от момента на получаването или плащането на паричните средства или техните еквиваленти, и се включват във финансовите отчети за периода, за който се отнасят;

Независимост на отделните отчетни периоди и стойностна връзка между начален и краен баланс - всеки отчетен период се третира счетоводно сам за себе си, независимо от обективната му връзка с предходния и със следващия отчетен период, като данните на финансовия

отчет в началото на текущия отчетен период трябва да съвпадат с данните в края на предходния отчетен период;

Същественост - предприятието представя поотделно всяка съществена група статии с подобен характер; обединяване на суми по статии с подобен характер се допуска, когато сумите са несъществени или обединяването е направено с цел постигане на по-голяма яснота; сумата по статия е съществена, ако пропуските и неточното представяне на позицията биха могли да повлияят върху икономическите решения на ползвателите, взети въз основа на финансовите отчети, или биха довели до нарушаване на изискването за вярно и честно представяне на имущественото и финансовото състояние, финансовите резултати от дейността, промените в паричните потоци и в собствения капитал;

Компенсиране - предприятието не извършва прихващания между активи и пасиви или приходи и разходи и отчита поотделно както активи и пасиви, така и приходи и разходи;

Предимство на съдържанието пред формата - сделките и събитията се отразяват счетоводно в съответствие с тяхното съдържание, същност и икономическа реалност, а не формално според правната им форма;

Оценяване на позициите, които са признати във финансовите отчети, се извършва по цена на придобиване, която може да е покупна цена или себестойност или по друг метод, когато това се изисква в приложимите счетоводни стандарти.

Счетоводството на НЗОК се осъществява и финансовите отчети се съставят в съответствие с изискванията на Глава XV от Закона за публичните финанси, както и на основата на стандартите, сметкоплана и указанията на министъра на финансите.

През 2019 г. са настъпили следните нови обстоятелства: Съгласно Постановление на Министерски съвет №54/28.03.2019 г., считано от 01.04.2019 г. се закрива Фонд „Център за лечение на деца“ (ФЦЛД), като функциите, дейността, активите, пасивите, архивът, както и други права и задължения на ФЦЛД, свързани с организационното и финансово подпомагане за лечение на лица до 18-годишна възраст в страната и в чужбина, се поемат от НЗОК. Новите дейности, преминали към НЗОК, свързани с лечението на лица на възраст до/над 18 години се регламентират с Наредба №2/27.03.2019 г. за медицинските и други услуги по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето. За изпълнението на същите бе създадена необходимата организация в НЗОК.

По финансовите активи искам да обърна внимание на вземанията от чуждестранни институции - органи за връзка, по отношение на обезщетенията в натура, съгласно чл. 36 и чл. 63 от Регламент (ЕИО) №1408/71, чл. 35 и чл. 41 от Регламент (ЕО) № 883/2004, във връзка със заявени искиове от НЗОК за възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 62 от Регламент (ЕО) № 987/2009 г., които са в размер на 9 125 232,83 лева и са отразени по сметка 4857.

При пасива на баланса ще отбележа, че задълженията към чуждестранни институции – орган за връзка, по отношение на обезщетенията в натура съгласно Регламент (ЕО) № 883/2004 г. и Регламент (ЕО) № 987/2009 г., във връзка с постъпили искиове от тях за възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 62 от Регламент (ЕО) № 987/2009 г. са в размер на 141 236 037,75 лева и са отразени по сметка 4853.

Към 31.12.2019 г. просрочените вземания общо за системата на НЗОК са в размер на 4 238 498.76 лева. Същите не са уредени в договорения

(законов) срок и са счетоводно отразени, като просрочени по сметки от подгрупа 991 „Сметки за просрочени вземания”.

Просрочените вземания в районните здравноосигурителни каси възлизат на 473 378.56 лева и представляват констатирани надвзети суми по договори без правно основание, превишени регулативни стандарти, наложени административни санкции и финансови неустойки от извършени проверки на изпълнители на първична извънболнична медицинска и дентална помощ, болнична помощ и доставчици на лекарствени средства, неспазен договор от служител в РЗОК за придобиване на квалификация, както и от неплатен наем от отдадено под наем недвижимо имущество.

Просрочените вземания в ЦУ на НЗОК към 31.12.2019 г. възлизат на 3 765 120,20 лева и са: вземания от фирми в размер на 3 502 957,66 лв. по дължими суми по сключени договори за отстъпки по чл.21, ал.1 от Наредба №10/2009 г., за лекарствени продукти, за които е проведено централизирано договаряне. Сумите представляват договорени отстъпки, дължими от притежателите на разрешения за употреба на лекарствени продукти/техни упълномощени представители за лекарствени продукти за периода 14.08.2015 г. – 31.12.2019 г. и вземания от чуждестранни институции – органи за връзка, по отношение на обезщетенията в натура, съгласно чл. 35 и чл. 41 от Регламент (ЕО) №883/2004, във връзка със заявени иски от НЗОК за възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 62 от Регламент (ЕО) № 987/2009 г.

Сумата е в размер на 262 162,54 лева и се разпределя както следва:

Към 31.12.2019 г. в системата на НЗОК са начислени просрочени задължения в размер на 11 232 285,44 лева. Същите представляват задължения към чуждестранни институции – органи за връзка, по отношение на обезщетенията в натура съгласно чл. 35 и чл. 41 от Регламент

(ЕО) №883/2004, във връзка с постъпили искиове от тях за възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 62 от Регламент (ЕО) № 987/2009 г.

Това е рекапитулацията, като цяло, на просрочията.

Като цяло изпълнението на бюджета какво показва: Разходите по изпълнението на здравните плащания по Закона за бюджета на НЗОК за 2019 г. и отчетените плащания във връзка с дейности, финансирани със средства от Министерството на здравеопазването съобразно определения ред, заложен в Закона за бюджета на НЗОК за 2019 г. са, както следва:

Изпълнението на здравноосигурителните плащания към 31.12.2019 г. възлизат на 4 315 700,3 хил. лв. (в т.ч. 106 760,2 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). В сравнение с 2018 г. се отчита увеличение от 464 884,7 хил. лв.

Чрез извършените през 2019 г. здравноосигурителни плащания са осигурени на правоимащите - 5 922 400 граждани, регистрирани при общопрактикуващите лекари, здравни дейности, услуги и стоки от основния пакет медицинска помощ, гарантиран от бюджета на НЗОК, по чл. 45 от ЗЗО, както следва:

В извънболничната помощ са осигурени 10 035,4 хил. броя профилактични и диспансерни прегледи от изпълнители на ПИМП или с 0,7% повече спрямо 2018 г.; 21 048,5 хил. броя дейности на изпълнители на СИМП или с 2% повече от 2018 г.; 6 215,1 хил. броя дейности на изпълнители на ДП или с 1,5% по-малко от 2018 г.; 21 231,9 хил. медико-диагностични изследвания (или 22 940,8 хил. изследвания, съпоставими със заплащаните през 2018 г., което представлява 1 556,2 хил. изследвания или със 7,3% повече от 2018 г.).

Аптеките са предоставили лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно

лечение на територията на страната, заплащани напълно или частично на НЗОК, на 1 493,8 хил. ЗОЛ или с 1,5% по-малко от 2018 г., от тях през 2019 г. делът на ЗОЛ, получаващи лекарствени продукти, назначени с протокол, за които се извършва експертиза, нараства на 12,8% спрямо 12,6% през 2018 г.

Онкологично болните, получили лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на клиничните пътеки и процедури, през 2019 г. са 36,5 хил. ЗОЛ или с 3,8% повече спрямо 2018 г. Най-голям дял от разходите на НЗОК (59% през 2019 г. и 62,5% през 2018 г.) формират иновативните високотехнологични лекарства, разработени с цел осигуряване на прицелна терапия.

В болничната помощ са осигурени общо 2 141,3 хил. броя клинични пътеки или с 2,2% повече спрямо 2018 г., 240 хил. броя клинични процедури или с 3,6% повече спрямо 2018 г., 1 251 хил. броя амбулаторни процедури или с 3,3% повече спрямо 2018 г. и 78,9 хил. броя медицински изделия (импланти) или с 3,2% повече от 2018 г.

С извършените през 2019 г. плащания на стойност 256 170 хил. лв. по 131 997 броя искиви заявления от други държави по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност са заплатени 89,6% от неприключените към 01.01.2019 г. искиве от други държави, като задълженията към другите държави от 285 822,1 хил. лв. към началото на 2019 г. са редуцирани на 141 236 хил. лв. към 31.12.2019 г.

Възстановени са разходи на ЗОЛ за заплатена от тях медицинска помощ при престой в друга държава на стойност 609,8 хил. лв. по 175 заявления на ЗОЛ. Спрямо 2018 г. се отчита намаление с 23,4 хил. лв. или с 3,7%.

През бюджетната 2019 г., в изпълнение на финансовите ангажименти на НЗОК, свързани с прилагане на правилата за координация на системите

за социална сигурност на ЕС, структурното звено изготви и представи в Одиторския съвет необходимите отчети на България съгласно чл. 69 от Регламент (ЕО) № 987/2009 за ситуацията с исковите от и към другите държави членки към 31.12.2018 г. През 2019 г. НЗОК е изпратила искиове към 34 държави на обща стойност 6 842 хил. лв. за предоставени през 2018 г. обезщетения в натура на лица, осигурени в друга държава.

По отношение на отчета за дейността мога да кажа следното:

Средният брой на отчетените профилактични прегледи за 2019 г. за страната на лицата на възраст от 0 до 1 година е 9,8 на 1 ЗОЛ при ОПЛ. По програма „Детско здравеопазване“ при ЗОЛ на възраст от 1 до 2 години средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2019 г. бележи леко увеличение спрямо стойността на показателя през 2018 г. (3,04 прегледа за 2019 г./2,99 прегледа през 2018 г.) Средният брой на отчетените профилактични прегледи на лицата на възраст от 7 до 18 години през 2019 г. е 0,82 прегледа на едно ЗОЛ, като същата е била стойността на показателя и през 2018 г., при изискуем по програмата един преглед годишно. През 2019 г. 81,72% от ЗОЛ на възраст от 7 до 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на годишен профилактичен преглед, като стойността на показателя през 2018 г. е почти същия – 82,46%. През 2019 г. при дейностите по „Детско здравеопазване“ не се наблюдава ръст в отчетените профилактични прегледи на ЗОЛ на възраст до 18 години по всички възрастови групи в сравнение с отчетените дейности през 2018 г. През 2019 г. отчетените профилактични прегледа на ЗОЛ над 18 - годишна възраст от ОПЛ са 2 403 617 броя, а през 2018 г. те са 2 359 660 броя.

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2019 г., при лицата на възраст над 18 години е 0,40 прегледа на едно ЗОЛ, при предвиден един преглед годишно. За същия период на 2018 г. стойността на показателя е била 0,39 прегледа на едно ЗОЛ. През 2019 г. са отчетени

2 433 159 карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване, като за същия период от предходната година са отчетени 2 350 524 карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване, което е с 3,5% повече. В групи лица с риск от развитие на заболяване са включени 294 146 ЗОЛ и са наблюдавани от ОПЛ. В групи лица с много висок риск от развитие на заболяване са включени 82 858 ЗОЛ.

Към 31.12.2019 г. при формирането на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване от ОПЛ, 22 423 ЗОЛ на възраст над 18 години са с риск от развитие на сърдечно-съдови заболявания, като с много висок риск по SCORE са 1 964 лица; с риск от развитие на сърдечно-съдови заболявания са 20 459 лица. За същия период 199 389 ЗОЛ са включени в група с рискови фактори за развитие на захарен диабет тип 2, като: 3 298 лица са с много висок риск за развитие на захарен диабет тип 2; 196 091 лица с риск за развитие на захарен диабет тип 2. В резултат на извършените профилактични прегледи през горепосочения период са формирани и групи от лица с риск за развитие на: злокачествено новообразуване на шийката на матката – 13 521 бр. лица; злокачествено новообразуване на млечната жлеза – 42 552 бр. лица; злокачествено новообразуване на ректосигмоидалната област – 20 699 бр. лица; злокачествено новообразуване на простатата – 824 бр. лица. Средният брой на отчетените диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ през 2019 г. е 2,74 прегледа, а през 2018 г. е бил - 2,71 прегледа. През 2019 г. и 2018 г. при ОПЛ най-голям брой ЗОЛ са диспансеризирани за следните социално значими заболявания: „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ – 440 950 диспансеризирани (2019 г.) и 419 164 диспансеризирани (2018 г.) – т.е., бележат ръст от 5,2%; „Болести на органите на кръвообращението“ – 1 670 798 диспансеризирани (2019 г.) и 1 632 014 диспансеризирани (2018 г.) – т.е., бележат ръст от 2,38%. По РЗОК, най-голям брой диспансеризирани

ЗОЛ за тези класове болести са регистрирани в регионите с най-голям брой население – РЗОК - София столична, Пловдив и Варна. Прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания – 1 558 944 броя (2019 г.) и 1 523 149 (2018 г.) – т.е., бележат ръст от 2,35% през 2019 г. спрямо 2018 г. Прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания – 948 123 броя (2019 г.) и 879 600 (2018 г.) – т.е., бележат ръст от 7,79% през 2019 г. спрямо 2018 г.

Броят на лицата, включени в регистър „Диспансерно наблюдение“ при ОПЛ нараства с 0,73%, в сравнение с 2018 г. – 1 696 941 диспансеризирани ЗОЛ (2019 г.) и 1 684 645 диспансеризирани ЗОЛ (2018 г.). Това от своя страна води до увеличение на броя на извършените прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две и повече от две заболявания през 2019 г. Отчетените от ОПЛ прегледи по диспансерно наблюдение са в рамките на договорените средно четири прегледа за календарна година.

През 2019 г. средно за страната се отчитат 0,81 първични консултативни прегледи на 1 ЗОЛ в СИМП. През 2018 г. този показател е бил 0,79.

За периода 01.01.2019 г.- 31.12.2019 г. и 01.01.2018 г.- 31.12.2018 г., класовете болести по МКБ 10 с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са, както следва: „Болести на дихателната система“ – 204 381 диспансеризирани ЗОЛ за 2019 г. Най-голям брой са регистрирани в РЗОК-София град – 25 031, РЗОК - Стара Загора – 17 576 и РЗОК - Пловдив – 13 067. За 2018 г. – 197 184 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой са регистрирани в РЗОК - София град – 24 351, РЗОК - Стара Загора – 16 744 и РЗОК - Пловдив 12 685; „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ - с 122 834 диспансеризирани ЗОЛ за 2019 г. (1,4% спад спрямо 2018 г.). Най-голям брой регистрирани с тези заболявания са в РЗОК - София град – 21 679,

РЗОК - Пловдив – 8 508 и РЗОК - Варна – 8 191. За 2018 г. - с 124 596 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой регистрирани с тези заболявания са в РЗОК - София град – 22 788, РЗОК - Пловдив – 8 592 и РЗОК - Варна – 8 090.

Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2019 г. средно за страната са 1,40 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП, за 2018 г. стойността на този показател е 1,35 - наблюдаваме ръст от 3,7% за страната през 2019 г. спрямо 2018 г.

През 2019 г. са сключени 13 516 договора за извънболнична медицинска и дентална помощ при 13 246 договора за същия период на 2018 г.

Делът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ през 2019 г., е увеличен спрямо дела за 2018 г. от 24,4% на 24,7%.

Анализът на изменението на обемите и структурата на отчетените дентални дейности от изпълнители на извънболнична дентална помощ за 2019 г., спрямо 2018 г., при запазен пакет от дейности за ЗОЛ на възраст до 18 г. и въведени две нови дейности от 1 септември 2018 г. – „Възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостно обеззъбена горна и/или долна челюст с горна и/или долна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години“ - при ЗОЛ на възраст от 65 до 69 години включително, показва следното: средната осигуреност с лекари по дентална медицина, оказващи ПИДП през 2019 г., е един лекар на 1 035 здравноосигурени лица. Спрямо предшестващата година, това представлява увеличение на осигуреността от 5,3% (за 2018 г. осигуреността е един лекар на 1 093), което е пряк резултат от увеличени брой на лекарите по дентална медицина в ПИДП с 4,9% (от 6 701 на 7 026), и намаления брой на здравноосигурените лица (0,7%).

Въпреки увеличението в средната осигуреност за страната, диспропорцията по този показател между различните РЗОК се запазва.

Нови дейности по клинични пътеки са договорени в 27 лечебни заведения, като в 19 от тях има изцяло нова дейност за РЗОК. Нови дейности по клинични процедури има в 1 лечебно заведение. Нови дейности по амбулаторни процедури са договорени в 24 лечебни заведения, като в 11 от тях има изцяло нова дейност за РЗОК.

Броят преминали ЗОЛ по клинични пътеки в лечебните заведения, изпълнители на болнична помощ през 2019 г., се е увеличил с 0,3% спрямо 2018 г., съответно - от 1 187 720 ЗОЛ през 2018 г. на 1 190 769 ЗОЛ през 2019 г.

По отношение на отчетените случаи през 2019 г. спрямо 2018 г. на национално ниво също се наблюдава тенденция за увеличение на броя на отчетените случаи, съответно - 2 012 532 броя хоспитализации през 2018 г. и 2 018 298 броя хоспитализации през 2019 г. - увеличение с 0,3% спрямо 2018 г.

През 2019 г. НЗОК е заплатила лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за домашно лечение на заболявания, включени в списъка по чл. 45, ал. 4 от Закона за здравното осигуряване, утвърден от Надзорния съвет на НЗОК на основание чл. 15, ал. 1, т. 12 от ЗЗО за 287 заболявания. Общите заболявания, които са и с най-голям относителен дял от разхода на НЗОК за лекарствени продукти за домашно лечение, са с овладян разход, докато останалите бележат ръст.

През 2019 г. Комисията за извършване на експертизи по чл. 78 от ЗЗО в ЦУ на НЗОК е провела общо 630 заседания, разгледала е заявленията на 23 114 ЗОЛ и е осъществила експертиза за лекарствена терапия по 25 275 протоколи. С оглед намаляване на административната тежест за пациентите при продължаване на лечението за определени заболявания, строго са

прецизирани медицинските критерии и са утвърдени промени в режима на отпускане при редица хронични заболявания, а именно за биологичната терапия в ревматологията, гастроентерологията, дерматологията и за имуномодулиращото лечение за пациентите с множествена склероза. Като краен резултат, през 2019 г. постъпилите протоколи за експертиза са с 11 981 по-малко, но за сметка на това са осъществени актуализации при повече от 30 изисквания за отделни заболявания, за някои заболявания като хепатит С, захарен диабет и астма са направени по няколко актуализации. Целта на тези актуализации е максимално бързо отразяване на промените в кратките характеристики на лекарствените продукти по отношение на терапевтични схеми, дози или изключващи критерии и нежелани лекарствени реакции, както и допълване на нови специализирани комисии в лечебни заведения за болнична помощ по внесени становища от експертните съвети по отделните специалности, или по отношение на актуализирани консенсуси, и фармако-терапевтични ръководства. Към 01.01.2019 г. НЗОК е заплатила за 1 732 броя лекарствени продукти, включени в Приложение № 1 на ПЛС, а към 31.12.2019 г. броят е увеличен до 1 793 броя.

Броят на лекарствените продукти, включени в Приложение № 2 на ПЛС и заплатени от НЗОК за онкологични и онкохематологични заболявания, извън стойността на КП/КПр към 01.01.2019 г. е бил 228, а към 31.12.2019 г. достига 257.

През 2019 г. НЗОК е заплатила, извън стойността на оказваните медицински услуги, 43 вида лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии, включени в Приложение № 2 на ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 2 от ЗЛПХМ.

През 2019 г. броят на болните с онкологични и онкохематологични заболявания, получавали лекарствени продукти, е нараснал с над 3%, а средствата, които е заплатила НЗОК за лечението им, са се увеличили с над 21%.

Договорените отстъпки по реда на Наредба № 10/2009 г. през 2019 г. са в размер на 134 741 758 лв., от които 78 877 839 лв. са отстъпки за лекарствени продукти, включени в Приложение № 1 на ПЛС, а 55 863 919 лв. за лекарствени продукти, включени в Приложение № 2 на ПЛС. За първи път бяха договорени отстъпки в полза на пациента за частично заплащани от НЗОК лекарствени продукти за домашно лечение, подлежащи на задължително централизирано договаряне на отстъпки съгласно чл. 45, ал. 10 от ЗЗО. Бяха сключени договори с 8 притежатели на разрешение за употреба за 20 лекарствени продукти.

Във връзка с лечението на български граждани в чужбина са издадени следните формуляри: УВЗ – Удостоверение, временно заместващо ЕЗОК - 1 576 броя; общо за Е001 - Обезщетения за болест (в натура) при трудови злополуки или професионални болести, изискване на информация, прекратяване на регистрация, искане на удостоверение за наличие на права, S044- Искане на удостоверение за наличие на права (за престой), Е107- Обезщетения за болест (в натура) при трудови злополуки или професионални болести, искане на удостоверение за наличие на права, изискани Е107 - Обезщетения за болест (в натура) при трудови злополуки или професионални болести, искане на удостоверение за наличие на права (изискани Е 104/ S041), Н001- Изискване на информация - 3 679 броя; за Е104/ S041- Формуляр за завършени здравноосигурителни периоди в България или изискване на формуляр за завършени здравноосигурителни периоди в друга държава от ЕС - 4 806 броя; общо за Е106 - Удостоверение за право на обезщетения за болест и майчинство в натура за лица,

пребиваващи в държава различна от компетентната държава, E108 – Изискване на информация, прекратяване на регистрация, E121- Удостоверение за регистриране на пенсионери и членове на техните семейства, E109 - Удостоверение за регистриране на членовете на семейството на наето лице или самостоятелно заето лице - 13 296 броя; по Двустранна спогодба за социално осигуряване между Република България и Република Македония Спогодба между Република България и Република Сърбия за социална сигурност – 11 броя. Или общо издадените формуляри са 23 368 броя.

Въз основа на издадени разрешения от управителя на НЗОК за провеждане на планово лечение в чужбина (ЕС) за сметка на НЗОК, в съответствие с европейските регламенти и координацията на системите за социална сигурност, както и на основание на издадени заповеди на управителя на НЗОК за провеждане лечение в чужбина на лица на възраст под 18 години и над 18 години с формуляр S2 (по реда на Наредба № 2 от 27.03.2019 г.), за отчетния период са издадени общо 573 формуляра S2, разпределени по държави, както следва: Германия – 349; Австрия – 70; Франция – 61; Белгия - 29; Швейцария – 24, Великобритания – 12; Италия – 7; Швеция – 5; Люксембург – 4; Гърция – 4; Унгария – 3, Холандия – 2; Чехия – 1.

От 573 издадени формуляра S2 за планово лечение в чужбина на лица на възраст под 18 години са издадени общо 285 формуляра S2, а за планово лечение на лица над 18 години – 288 бр. формуляра S2. Анализът на реализирането на издадените формуляри S2 за планово лечение в лечебни заведения в чужбина показва висока степен на оползотворяване. От общия брой издадени формуляри S2, като неизползвани/върнати/архивирани са отразени 5 формуляра S2.

При разглеждане на заявленията от специализираната комисия по

Наредба № 2 след преминаване на дейността от ЦФЛД към НЗОК са констатирани следните проблеми и несъответствия: в предадените от ЦФЛД неприключили заявления за организационно и финансово подпомагане за лечение на деца с онкохематологични заболявания с лекарствени продукти, нефигуриращи в ПЛС и неразрешени за употреба в Р. България, както и при подаване на заявления в НЗОК през месец април, май и до средата на месец юни, липсват протоколи от ИАЛ по Приложение № 1 или Приложение № 2 - протоколи, издадени по реда на Наредба № 10, които следва да бъдат предоставени от ЛЗ за БМП, провеждащо лечението. В тази връзка са изпратени писма до УМБАЛ „Царица Йоанна“, гр. София, УМБАЛ „Св. Георги“, гр. Пловдив и УМБАЛ „Св. Марина“, гр. Варна. В резултат на това е проведена среща с водещите специалисти в областта на онкохематология и са изяснени съществуващите непълноти в документите към заявленията

При разглеждане на подадените заявления за лица на възраст до/над 18 години бяха установени някои нормативни празноти, а именно: липса на правна уредба по отношение на спешните случаи. Общият ред за разглеждане на заявленията е неприложим, тъй като Наредбата предвижда предварително одобряване на заявените медицински и други услуги, а в тези случаи се налага одобрението да бъде последващо. Направено е предложение към МЗ за спешните случаи да бъдат създадени специални разпоредби, които да предвиждат последващо одобряване на извършените медицински и други услуги, като бъде разписана отделна процедура, в която не присъстват задължително външни експерти. По отношение на срока за издаване на заповед за одобряване или отказ от заплащане на заявените медицински услуги - четиринадесетдневният срок за разглеждане на заявленията е много кратък и в много от случаите е невъзможно да бъде спазен. Той е кратък както за издаване на заповедта от управителя на НЗОК, така и по отношение на заявителя, когато следва да предостави

допълнителна медицинска документация. В този случай, след непредставяне от страна на заявителя на поисканите документи в срок от два дни, преписката следва да се прекратява. На практика не е възможно заявителят да представи медицински документ в този кратък срок, ако същият не е наличен и се налага да бъде извършен медицински преглед; Кратък е петдневният срок за получаване на експертните становища, тъй като, в случай че някой от външните експерти даде отрицателно становище или в момента е възпрепятстван да даде становище по една или друга причина, заявлението се изпраща на трети външен експерт. И в този случай петдневният срок е неизпълнимо условие, като част от процедурата за разглеждане на заявлението. Видно от гореизложеното е, че в повечето случаи е невъзможно крайният административен акт да бъде издаден в рамките на 14 - дневния срок. По отношение на заявленията за лечение в чужбина за лица на възраст над 18 години в трети страни, извън ЕС: Често срещан случай е заявителят да представя оферта на лечебно заведение в държава, извън Европейския съюз (Турция, Израел, САЩ и др.) за лечение или трансплантация. Наредба № 2 предвижда лечение (трансплантация) в тези държави да се провежда само по изключение, когато методът, по който ще се извърши същото, не се прилага на територията на Европейския съюз. Често това ограничение води до невъзможност за лечение на българските граждани поради обстоятелството, че лечебните заведения в страните членки на ЕС отказват да предоставят оферти за лечение. По повод трансплантации на бял дроб са изпратени писма до 28 точки за контакт на страните членки на ЕС и от ЕИП с молба за предоставяне на информация относно възможностите за извършване на белодробни трансплантации на български граждани в лечебни заведения в чужбина. До 31.12.2019 интервал г. са получени отговори от Финландия и Франция и същите са изпратени незабавно на МЗ и ИАМН за предприемане действия по компетентност. По отношение на неразрешените за употреба лекарствени

продукти за онкоболни деца, лечението на които започва веднага след назначаване на терапията - НЗОК е направила конкретни предложения до МЗ за промяна на Наредба № 2 с цел оптимизиране дейността по разглеждане на заявленията и издаване на съответния индивидуален административен акт.

Във връзка с публикувана на официалната интернет страница на Министерството на здравеопазването Наредба за изменение и допълнение на Наредба 2 от 27.03.2019 г. за медицинските и други услуги по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето и за реда и условията за тяхното одобряване, ползване и заплащане от НЗОК са направени редица предложения, като например: относно правото на заявителите да подават заявления за заплащане на трансплантация в държави, извън държави членки на Европейския съюз, Европейското икономическо пространство или Конфедерация Швейцария е предложено да бъде предвидена възможност НЗОК да одобрява заплащането на лечението по тези заявления; по отношение на заявленията за одобряване на заплащането на медицински изделия, за същите да се посочва каталожен номер на медицинското/те изделие/я, код на НЗОК (в случаите, когато медицинското изделие/ия е/са включено/и в „Списък по чл. 13, ал. 2 от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели), договаряне на отстъпки и прилагане на механизми, гарантиращи предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК“, търговско наименование на медицинско/и изделие/я с цел да се индивидуализира вложеното медицинско изделие във връзка с одобряване на заплащането му, както и да се осигури контрол и проследимост на ефекта от лечението; относно изискването за подаване от страна на лечебните заведения за болнична медицинска помощ в ежедневните отчетни файлове към НЗОК на информация за неразрешени

за употреба лекарствени продукти, сме изразили несъгласие, тъй като това е друг вид допълнителна информация, свързана с диагноза, класифицирана по МКБ, дата на поставяне на диагнозата, проведени изследвания, решение на клинична комисия, оценка на ефекта от лечението и приложен протокол, съдържащ всички необходими лекарствени продукти, стандартна доза, индивидуална доза, брой дни на приложение, доза за един цикъл, общо количество за максимален 3-месечен период, медицинско изделие. Информацията се отнася за лекарствени продукти и медицински изделия, които не са включени в списъците с лекарствени продукти и медицински изделия, заплащани от НЗОК. Към момента на промяна на Наредба № 2 няма механизъм за отчитане на лекарствени продукти и медицински изделия, които не са в списъците на НЗОК, както и необходими кодове за тях. Следва да бъде дефиниран и процесът на обработка на информацията за подадените от ЛЗ за БМП лекарствени продукти и медицински изделия, тяхното изчисляване за заплащане и фактуриране; по направеното изменение от проекта да се заплаща по реда на Наредба № 2 лекарствен продукт, който се използва „при лечението на заболявания с добре установена честота на заболяемост“, е необходимо конкретно да се посочи като задължение на компетентното лице/орган да предоставя тази информация с подаване на заявлението. Част от направените предложения са взети предвид при изменение на Наредба № 2/27.03.2019 г.

Направен е анализ на потреблението на медицинска помощ, оказана в съответствие с Правилата за координация на системите за социална сигурност.

В съответствие с установените правила, разрешение за провеждане на планово лечение в друга държава членка на ЕС се издава, когато са изчерпани възможностите за лечение на територията на Република България или в чуждата държава се предлага метод/апаратура, медицински

изделия или медикаменти, които липсват в страната. Не на последно място имат значение опитът на специалистите в чужбина и съществуващата организация, която дава възможност за мултидисциплинарен подход на въздействие за лечение на заболяването, както и наличието на специализирани центрове, каквито липсват в България (напр. Специализиран център по лимфология „Фьолди“ в Германия). В други случаи се касае за специфични методи на лечение/изследване, които не се прилагат в България и/или за тях липсва капацитет, техническа база и опит в страната, както и за дейности, каквито по вид, обем, обхват и продължителност не се предоставят в България, като част от цялостната лечебна стратегия за пациентите.

Специфични методи, които все още не се прилагат на територията на Република България, са например: орвано-съхраняващо лечение с протонтерапия или брахитерапия с рутений (при пациенти с малигнен меланом на окото или хемангиом на хороидеята); радионуклидно лечение с Лутеций - 177 (PSMA – Lu 177) или пептид-радиорецепторна терапия (PRRT) – при пациенти със злокачествени заболявания и метастази в черен дроб, след изчерпване на другите терапевтични възможности; селективна вътрешна радиотерапия (SIRT) – при чернодробни метастази на злокачествени тумори; лечение с лекарствени препарати, които не са регистрирани или липсват в България, но имат регистрация на територията на Европейския съюз.

След систематизиране на информацията, свързана с диагнозите, за които са издавани разрешения за планово лечение в чужбина (формуляр S2) при лица над 18 - годишна възраст, може да се направят изводите за най-честите заболявания, които се наблюдават: онкологични заболявания (хематологични, НЕТ, мозъчни тумори, урологични, чернодробни метастази при карциноми – за специфична пептид-радиорецепторна

радиотерапия); малигнен меланом на хороидеята – за органосъхраняващо лечение с протонтерапия; очни заболявания (рецидивиращи отлепвания на ретината – усложнени и комбинирани, корнеална дистрофия/левкома на роговицата, вродена глаукома и др.); ортопедични заболявания (костни тумори - сарком на Юинг, хондросаркоми, състояния след резекция и ендопротезиране, вкл. имплантиране на индивидуални ендопротези, хроничен остеомиелит, инфектирани ендопротези); необходимост от трансплантация на орган (бъбрек) или стволови клетки – за предварителни изследвания; състояние след трансплантация в чужбина на органи (бъбрек, бял дроб) или след аlogenна костно-мозъчна трансплантация при малигнени хематологични заболявания – за лечение, контролни прегледи и проследяване; редки заболявания и други (хемангиоми, лимфангиоми, артерио-венозни малформации, лимфедеми, липоматоза, и др.).

Анализът на патологията при пациентите под 18 - годишна възраст, за която са издавани разрешения за планово лечение в чужбина (формуляр S2), включва: ортопедични операции – коригиращи при ДЦП, при костна дисплазия, при идиопатична сколиоза или др. гръбначни малформации, остеогенезис имперфекта, артрогрипоза; сарком на Юинг или хондросаркоми – за комплексно лечение, вкл. с ортезолечение; мозъчни тумори, абдоминални тумори, невробластоми, рабдомиосаркоми, хепатобластоми – за комплексно лечение (оперативно, химиотерапия, лъчелечение); очна патология (ретинобластоми, вродена катаракта, вродена глаукома, ретинопатия на недоносеното); злокачествени хематологични заболявания – за химиотерапия и имуноонкологична терапия; необходимост от трансплантация на орган или стволови клетки (при остри левкемии, рефрактерни на терапия) – за предварителни изследвания и/или химиотерапия, като подготовка за трансплантация; наличие на трансплантиран орган (черен дроб или бъбрек) или състояние след извършена аlogenна трансплантация на стволови клетки в чужбина - за

последващи контролни прегледи и изследвания; ларингеална папиломатоза – за лазер-лечение, специална ваксина и лекарствени препарати, които не се прилагат в България; вродени аномалии в лицево – челюстната област или мозъчно-съдови АВ – малформации (за оперативно лечение или емболизации); лимфангиом на езика или на шията – за лазер-лечение и склеротерапия с Блеомицин, склеротерапия с ОК – 432 (пицибанил); вродени аномалии на половата и отделителната система – за поетапни оперативни интервенции.

Статистически през годините е наблюдавана тенденция за нарастване на броя на постъпващите заявления на граждани, кандидатстващи за разрешение за провеждане на планово лечение държавите от ЕС, съответно на издадените разрешения и формуляри S2 за планово лечение в чужбина. Тази тенденция е видна от таблицата, отразяваща динамиката в броя на заявленията за S2, обхващаща периода 2015 г. – 2017 г. Основните причини са невъзможността да се осигури достатъчно ефективно и своевременно лечение на територията на страната, както и нарастващата информираност на здравноосигурените лица за техните права като европейски граждани. Това от своя страна води до увеличаване на броя подадени заявления и на общият брой на кандидатстващите лица. В последните две години (2018 г. и 2019 г.) обаче се наблюдава стационаране на този процес и дори леко намаляване на броя на издадените разрешения и формуляри за планово лечение в чужбина (видно от посочената по-долу таблица). Намалението на броя издадени разрешения за провеждане на планово лечение в ЕС, заплащано от НЗОК (като индивидуален административен акт) се дължи на обстоятелството, че за децата одобрени по реда на Наредба № 2 от 27.03.2019 г. за медицинските и други услуги по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето и за реда и условията за тяхното одобряване, ползване и заплащане, след разглеждане от съответната специализирана комисия се издава заповед на управителя на НЗОК, и въз основа на тази заповед се

издават формуляри за планово лечение (когато са приложими механизмите за КССС).

През отчетния период на 2019 г. контролните органи на НЗОК са осъществили контрол на изпълнителите на болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК. Броят на ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права по пациентска листа към 31.12.2019 г. е 5 890 618 души. Общо за страната по РЗОК са проверени 2 096 531 брой случаи по клинични пътеки, 79 966 брой случаи по клинични процедури, 551 335 брой случаи по амбулаторни процедури, 2 727 832 общ брой случаи по клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури; 310 509 брой проверени ИЗ, като при 6 399 от тях са констатирани нарушения. Най-малко проверени ИЗ има в РЗОК Добрич и Варна. Най-много проверени ИЗ спрямо общия брой случаи по клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури са в РЗОК – Габрово и РЗОК – Кюстендил. Най-голям брой ИЗ с нарушения спрямо проверения брой ИЗ се наблюдава в РЗОК – Пазарджик, РЗОК – Враца и РЗОК – Добрич. За отчетния период са проверени общо 27 222 броя клинични пътеки. Проверени са 310 509 броя ИЗ, нарушения са констатирани при 2,1% от общо проверените или 6 399 броя, спрямо 1,7% за 2018 г. Отчита се по-висок процент констатирани нарушения при по-малък брой проверени клинични пътеки, което показва по-добра ефективност и резултат от предварителния анализ на рискови лечебни заведения.

Сумите, установени за незаплащане на предварителен контрол в болничната помощ от всички РЗОК за 2019 г. са в размер на 3 130 134.84 лв. Най-честите причини за отпадане на дейност на предварителен контрол са: отчитане на случаи по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури на лица с прекъснати здравноосигурителни права, отчетени случаи на хоспитализация, без да е спазен минималният болничен

престой; дублирани клинични пътеки в рамките на 30 дни от дехоспитализацията, установени при аналитични справки; минималният брой диагностични/терапевтични процедури не е спазен; едновременни хоспитализации на ЗОЛ в различни лечебни заведения; липсващ реквизит в документацията/неправилно попълнени документи; дейност, която не е извършена в пълния обем; едновременни хоспитализации на ЗОЛ в различни лечебни заведения; едновременни хоспитализации на ЗОЛ по клинични процедури и амбулаторни процедури - хемодиализа в същото лечебно заведение; отчитане на случаи по клинична пътека на самоволно напуснали пациенти, при които не е спазен минимален престой и не са извършени определеният брой терапевтични процедури, и отсъствие на пациенти при междинен одит.

При съпоставка на констатациите от извършените през 2019 г. проверки с тези за същия период от 2018 г., се забелязва тенденция към повторемост на основните нарушения. Като най-често срещани нарушения при дейността на изпълнителите на болнична помощ могат да се посочат: не се спазват индикациите за хоспитализация, като се нарушава основният принцип на болничен прием, а именно, че пациентите би следвало да се хоспитализират в случаите, при които лечебната цел не е достигната в извънболничната помощ - липсват доказателства, че пациентите са лекувани в извънболничната помощ; наблюдава се и дехоспитализация на пациенти, при които лечебният процес не е довел до по-трайни положителни резултати в условията на минималния болничен престой или не са покрити изискванията на критериите за дехоспитализация; хоспитализация на пациенти с прекъснати здравноосигурителни права; отчитане на дейност на едно и също ЗОЛ по терапевтична клинична пътека, в хода на лечението по която се индикира оперативно лечение; неосигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги

осъществяват; неспазване на изискванията за завършена клинична пътека (неизвършване на посочения в нея определен брой диагностични и/или терапевтични процедури); нарушаване на установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация; непопълнени реквизити в епикризите; неправомерно взета потребителска такса; повторни хоспитализации в рамките на 30 дни по същата/различни клинични пътеки; липса на пациенти по време на внезапен контрол в лечебните заведения.

Често установявано нарушение в изпълнение алгоритъма на клиничната пътека е липсата на ясно и точно медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране състоянието на пациента при дехоспитализация.

Общо за 2019 г. от арбитражна комисия са разгледани 134 броя протоколи от извършени проверки на лечебни заведения за болнична медицинска помощ. Броят отнесени констатации за разглеждане от Арбитраж е 1 075, от които 525 броя констатации са потвърдени, 147 броя са отхвърлени, а броят на констатациите при равен брой гласове е 403.

За периода януари – декември 2019 г. в НЗОК са постъпили 325 писма, сигнали и жалби, касаещи болничната помощ. Извършени са 74 проверки от длъжностни лица на НЗОК. От контролните органи на РЗОК са извършени 216 проверки по жалби. В останалите случаи са изготвени отговори на база действащата нормативна уредба и е поискана допълнителна информация.

Установени са следните нарушения, констатирани при извършените проверки по писма, сигнали и жалби: неспазен минимален болничен престой; неизпълнен диагностично – лечебен алгоритъм; назначената терапия не е осигурена от болничната аптека; отчетена, но неизвършена

медицинска дейност; не са извършени контролни лабораторни и образни изследвания; взет е материал за хистологично/цитологично изследване, без да бъде отчетен като основна задължителна диагностична процедура в „Направление за хоспитализация/лечение по АПр“, както и липса на диагноза в хистологичния резултат; не е предоставена епикриза при дехоспитализацията на ЗОЛ; медицинска дейност, осъществена от лекар, който не е включен в Приложение № 1 „Списък на специалистите, оказващи болнична помощ по КП/АПр“; медицинските изделия, които са осигурени от лечебното заведение не са заприходени и отпуснати от болничната аптека на същото; по КП №№ 20, 26 и 28 липсва консултация със сърдечен тим, което е заложено в диагностично-лечебния алгоритъм на клиничната пътека; извършена дейност от лекар специалист, който не притежава сертификат, който е задължителен и заложен в изискванията за изпълнение на клиничната пътека; извършена дейност от лекар специалист, който извършва медицински дейности по време на отпуск или друга причина; неправомерно изискано плащане/доплащане за: контрастни вещества и упойки, които НЗОК заплаща; повече от пролежаните леглодни; образно изследване по време на безплатен контролен преглед, който е включен в цената на клиничната пътека; медицински консумативи и медикаменти.

През периода на 2019 г. са извършени 14 616 броя проверки на изпълнителни на извънболнична медицинска и дентална помощ, както следва: 4 128 броя в лечебни заведения за ПИМП (индивидуални и групови практики); 2 938 – в лечебни заведения за СИМП (индивидуални и групови практики); 445 – ДКЦ; 1 005 – МЦ и МДЦ; 250 – СМДЛ; 95 - в лечебни заведения за извънболнична помощ по чл. 14, ал. 1, т. 2 от НРД 2018 (по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ); 5 – КДН; 5 694 – на лечебни заведения за първична извънболнична дентална помощ и 56 броя проверки в лечебни заведения за специализирана извънболнична дентална помощ.

поставени проблеми; съмнения относно източване на средствата на НЗОК от лечебни заведения, оказващи медицинска/дентална помощ.

През 2019 г. общо извършените проверки от длъжностни лица на РЗОК и НЗОК по предписване на лекарствени продукти са 1 818 броя, спрямо 1 977 броя за 2018 г. И за двата периода 98% от проверките са завършили с констатирани нарушения. Отчита се ръст от 6% при наложени санкции 165 915 лв. за 2019 г., спрямо 156 420 лв. за 2018 г.

Най-често срещаните нарушения по предписване на лекарства са: неспазване на посочените ограничения в предписването при различни индикации на Приложение № 1 на Позитивния лекарствен списък; дублиране на предписанията в рамките на срока, за който са предписани лекарствените продукти за едно МКБ; изписване на повече от 3 броя лекарства за едно МКБ; предписване на количества над регламентирани в лекарствения списък; неспазване критериите и програмите за лечение на хронично болни.

През отчетния период извършените съвместни проверки от служители на ЦУ на НЗОК и длъжностни лица на РЗОК по отпускане на лекарствени продукти са 173 броя, като в това число 5 броя болнични аптеки, от които 80% са завършили с констатирани нарушения. Наложените санкции са в размер на 33 840 лв. Констатирани са суми, получени без правно основание на стойност 3 050.27 лева. За същия период на 2018 г. са извършени 178 броя съвместни проверки по отпускане на лекарствени продукти, с наложени санкции в размер на 64 300 лв. Констатирани са получени суми без правно основание в размер на 8 087,48 лв.

През 2019 г. са извършени общо 3 485 броя проверки на аптеки, което е с 61 броя повече спрямо 2018 г. Наложените санкции през 2019 г. са

увеличени със 107% спрямо наложените през 2018 г. Установените суми, получени без правно основание са намалени с 11% в сравнение с 2018 г.

При извършените през 2019 г. 3 485 броя проверки са констатирани 7 223 нарушения, от които най-чести са: изпълнени рецептурни бланки в нарушение на изискванията на чл. 6, ал. 1 от ИД 2016 г. и ИД 2019 г.; изпълнителят не попълва задължителните данни в рецептурната бланка в момента на отпускане на лекарствени продукти - чл. 13, ал. 4 от ИД 2016 г. и ИД 2019 г.; изпълнителят не предоставя рецептурната бланка за подпис на приносителя - чл. 13, ал. 5 от индивидуалния договор.

Сумите, установени за незаплащане на предварителен контрол за 2019 г., са в размер от 9 011 114,02 лв., а общо начислени санкции, суми за възстановяване и суми предложени за незаплащане от внезапен контрол са в размер от 7 788 408,25 лв. Проверката преди заплащане на дейността води до значително завишение на сумите, отпаднали на предварителен контрол, с което се намалява разходът за здравноосигурителни плащания, има превантивен характер за недопускане на необосновани хоспитализации и - не на последно място, не налагането на административни санкции намалява съдебните производства и улеснява събираемостта на стойността на неоснователно отчетената дейност.

За периода месец януари – декември 2019 г. в НЗОК са постъпили 325 писма, сигнали и жалби. Извършени са 74 проверки от длъжностни лица на НЗОК. От контролните органи на РЗОК са извършени 216 проверки по жалби.

Ще помоля проф. Салчев да прегледа отчетите, да отпаднат някои твърде повтарящи се числа, което би опростило изложението и няма да наруши неговата структура и обхват. За пореден път си доказваме, че не това е механизмът, по който да се осъществява контролът. На фона на общите параметри на здравноосигурителните плащания контролната

дейност е съпътстваща, но основните ни усилия са насочени в информационната система. Без нея, каквото и да се опитваме да правим, няма да постигнем ефективни резултати.

Благодаря Ви за вниманието. Ако имате въпроси...

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Тъй като това е отчет за период, в който аз не съм бил управител, единственото, което си позволих да направя, е от 490 страници да го смъкна до нормалните за четимост. Освен това, другото, което си позволих да направя, освен стандартните неща, които сте получили, какво се случва в административните съдилища и т.н. и какво се случва с човешките ресурси, защото до момента, предишните отчети всъщност не казваха каква е дейността на касата в това направление. Тъй че това са двете неща, които си позволих единствено да засегна допълнително, като тема. А иначе отчетът е около 200 страници. Съгласен съм с г-жа Начева. Специално за контрола го връщахме много пъти. Това е, което имам да кажа по отчета. Иначе аз не съм се намесвал в нищо. Първо, не познавам онзи период.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Аз имам нещо по отчета. Ние всяка година приемаме един отчет и той остава тук. И всички хулят Надзорния съвет, че той не си върши работата. Добре би било, след като се приеме от Народното събрание и се публикува, да се направи пресконференция, да участват част от хората, които са участвали в тази дейност. Това, което г-жа Начева ни говори на нас, ние го знаем, тя само ни го припомни. Но трябва да се разбере, че тук се е извършила голяма дейност през тази година. Направиха се сериозни усилия за разплащането с външните ни партньори, което подобри нашите взаимоотношения с тях. Много добре върви политиката по събиране на отстъпките, които имаме, за лекарствата. Имаме положителни тенденции на запазване темпа на болнична помощ. Всички тези неща трябва да се съобщят на обществеността, че нещо се е правила. В

противен случай ние сега говорим, г-жа Начева ни каза какво сме направили, отива в комисията, там се отделят пет минути и се приема. В Народното събрание никой не го чете. И тази дейност, която е извършвана години от членовете на Надзорния съвет на принципа на доброволността, тя остава незабелязана от никого. Остава забелязана критиката към нас, остава забелязано какви нарушения правим, а това, какво е положено като усилия през годината - не остава. Затова, г-жо Начева, моето предложение е, като се приеме през компетентните органи, да се намери удобно време да се направи един подходящ материал, кратък материал за журналистите, който да показва най-важните положителни тенденции, които има и по този начин да се разбере, че органите, които ръководят здравната каса, си вършат работата доколкото могат, разбира се има недостатъци, но има и много положителни черти. Още повече има направени доста неща по електронизацията, има добър задел и по отношение на взаимоотношенията ни с фирмите. Тъй че бихме могли това нещо да го направим по един добър начин и обществеността да добие представа за нашата дейност. В противен случай ние сме абсолютно анонимни. Така че това е моето предложение и - ако колегите го приемат това, да го направим по един добър начин.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: В момента организираме публикуването на отчетите на касата. Оказа се, че НРД 2001 седи на сайта. Никой не се интересува от него. Но това, което е направено, го няма никъде. Сега го организираме това нещо. И моето желание е и - ако Вие сте съгласни, всичките отчети на касата, които са приети от началото, да бъдат качени на сайта и който иска да гледа. А иначе този отчет, след като мине през Парламента, ще представя на Надзора как можем да излезем с добро послание и след като го утвърдите го пускам. Като там ще казваме какви са постиженията.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Тенденциите.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Аз приветствам това, което той каза, но то трябва да се организира, защото обществото е сборна формация от хора, които разбират от числа и дейности и такива, които не разбират. За една част от здравноосигурените лица трябва да им се каже простичко какво сме направили, за да имат представа, защото те няма да четат числа. Другото, от което идва незнанието на всичките неща и лошата информираност, това са медиите. И това може да се тушира като се отделят един – два дни на медиите някъде, тези, които пишат по здравна тематика за два дни да се съберат с няколко лекции. Това прави Надзора. Една част от тях разбират, а не постоянно да ни звънят. Дайте да ги запознаваме периодично. Да кажем какво сме направили през 2019 г. Да задават въпросите си и да получат отговор. И утре, като пише нещо... Ние ще го гледаме не от политическа гледна точка, а от това, което правим тук. И, естествено, се надявам, че те разбират от тази материя малко или много, но ако ги ограмотяваме периодично поне един път годишно, тогава тези, които пишат в медиите и бабите, и дядовците ги четат ...

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Трябва да ги обучаваме.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Да, ти ги информираш и ги обучаваш.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Аз Ви предлагам, когато изпратим отчета чрез министерството на здравеопазването и Министерския съвет в Парламента, в момента, в който Парламентът го публикува на своята страница, защото те са задължени да го сложат на своята страница, да свикаме журналистите и да им кажем основните аспекти от нашия отчет, преди разглеждането му в комисии.

ЖЕНИ НАЧЕВА: Може би след като мине в Министерски съвет.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: След като влезе в Парламента.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Ако направим така, материалът на отчетите на дейността на здравната каса бъде качен на интернет страницата ѝ, тогава това е официалният източник за всички справки. И ако някой си позволи да направи някаква деформация, той да носи отговорност по повод публикуван документ.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Затова всичко, което имаме, като информация тук, веднага го качваме.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Това е най-силното оръжие против свободните интерпретации. Това е най-силното оръжие – информираността.

ЖЕНИ НАЧЕВА: Колеги, който е съгласен да одобрим финансовия отчет на НЗОК за 2019 г., моля да гласува. Против? Въздържали се? Няма. Благодаря Ви.

По т. 1 от дневния ред

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

Одобрява годишния финансов отчет на НЗОК за 2019 година.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

ЖЕНИ НАЧЕВА: Който е съгласен да одобрим годишния отчет за изпълнението на бюджета за 2019 г., моля да гласува. Против? Въздържали се? Няма. Благодаря Ви.

По т. 2 от дневния ред

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Одобрява годишния отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за 2019 година и кратък отчет за изпълнение на бюджета на НЗОК за 2019 г.

2. Възлага на управителя на НЗОК да внесе годишния отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2019 г., в срок до 30 юни 2020 г., чрез министъра на здравеопазването и Министерския съвет в Народното събрание.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

ЖЕНИ НАЧЕВА: И подлагам на гласуване годишния отчет за дейността на НЗОК за 2019 г. Който е съгласен да го одобрим, моля да гласува. Против? Въздържали се? Няма. Благодаря Ви.

По т. 3 от дневния ред

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Одобрява годишния отчет за дейността на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за 2019 година.

2. Възлага на управителя на НЗОК да внесе годишния отчет за дейността на НЗОК за 2019 година, в срок до 30 юни 2020 г., чрез министъра на здравеопазването и Министерския съвет в Народното събрание.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева, Андрей Дамянов.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Точка четири е една особена точка. Искам да Ви докладвам по-надълго, ако ми позволите. С решение на Надзорния съвет е утвърдена спецификацията за МИ. Спецификацията определя бройките (обемите) и цените, и на кого какво се плаща. Договорите не са сключени, въпреки че същите са изпратени на фирмите. Ние сме направили разчети в рамките на определените средства в бюджета за медицински изделия за това за колко бройки можем да сключим с фирмите от дадено медицинско изделие. Нашата молба, на оперативното ръководство, е да утвърдите реалния списък, който отговаря на спецификацията, утвърдена от Вас, и за обемите, по които да сключим договор с фирмите при посочените цени. Ние ще публикуваме списъка с бройката, която е по спецификацията и цената. Това ще е официално публикуваният списък и по-нататък ще продължим със сключването на договорите с фирмите.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Това е нормалният начин.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Ако сте съгласни, ще Ви помоля да го утвърдите по този начин.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Да гласуваме тази точка, но да се формулира добре.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Решението е много внимателно формулирано.

ЖЕНИ НАЧЕВА: Колеги, който е съгласен с предложения проект на решение, моля да гласува. Против? Въздържали се? Няма. Благодаря Ви.

По т. 4 от дневния ред

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Утвърждава стойността до която НЗОК заплаща за всяка група медицински изделия, считано от 01 юли 2020 г., прилагани в болничната медицинска помощ, съгласно приложение 1, неразделна част от настоящото решение.
2. Утвърждава количествата за сключване на договори с търговци на едро с медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, съгласно приложение 1, неразделна част от настоящото решение, съгласно утвърдената с решение № РД-НС-04-76/24.09.2019 г. Спецификация с определени и групирани медицински изделия.
3. Утвърждава обем/брой медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, за 12 месечен период, съгласно приложение 1, неразделна част от настоящото решение.
4. Възлага на управителя на НЗОК да организира дейностите по публикуването и прилагането на *Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ, и стойността, до която НЗОК заплаща за всяка група* по реда на Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от НЗОК на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и прилагане на механизми, гарантиращи предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

Андрей Дамянов по време на гласуването е извън залата.

ЖЕНИ НАЧЕВА: Точка пета.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Отнася се за лечебните заведения, които, както знаете, по Методиката, след като изплатим до 85% могат след това да поискат допълнителното до 100% заплащане. Виждате, че за единия месец са пет лечебни заведения, а за другия са 14 лечебни заведения. Ние върнахме исканията на голяма част от тях, защото бяха подали само искането – искаме да ни се доплати, без да дадат приложението, което е в анекса на НРД. И ги върнахме, за да се провери от съответното РЗОК дали това приложение съществува и да бъде анализирано от тях.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: В Правилата е написано да има.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Тъй че това е предложението.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: За кои месеци е това?

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Това е за март и април. Март сме платили НУР и те искат добавката до 100%.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Дейността за март се плаща април, а за април – през май.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Те са направили 70%, ние сме платили по НУР до 85% и те, тъй като имат доказани разходи, искат да им се доплати до 100%. Да им се доплати, а не че отчитат дейност.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Част от болниците са теглили кредити или имат задължения към други и не могат да го платят с тези 85% и затова го искат. То не се плаща само за дейност, а и за издръжка на болницата. Хайде, да не влизаме в подробности.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Купили са лекарства.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Дължат ги на другите.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Това е изчислено на основа на базовата стойност. Базовата им е толкова и до 100% базовата са тези пари, които са дадени тук. Тъй че, ако решите да ги пуснем, ще ги пуснем.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Считаю, че това, което се предлага, трябва да го подкрепим.

ЖЕНИ НАЧЕВА: Колеги, който е съгласен с предложеното решение, моля да гласува. Против? Въздържали се? Няма. Благодаря Ви.

По т. 5 от дневния ред

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Утвърждава, в приложения към настоящото решение по изпълнители на болнична медицинска помощ (БМП), увеличение на средствата за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка за м. март и м. април 2020 г., съгласно т. 7.15 от „Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка", приета съгласно договор № РД-НС-01-4-2 от 06.04 2020 г. за изменение и допълнение на НРД за медицински дейности между НЗОК и БЛС за 2020-2022 г.
2. Възлага на управителя на НЗОК да разпорежи на директорите на РЗОК, утвърдените по т. 1 от настоящото решение стойности, да се отразят в Приложение 2 към сключените индивидуални договори на изпълнителите на БМП в месеца на заплащането им.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

Андрей Дамянов по време на гласуването е извън залата.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Следващото по дневния ред е - Избор на търговски банки, обслужващи бюджетните сметки на 28 районни здравноосигурителни каси. Това е във връзка със Закона за публичните финанси и изискването на Министерство на финансите. Ние се обърнахме и към РЗОК, и те предложиха тези банки. Предложението е да възложите на управителя да сключи договор с тези търговски банки.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: То е ясно, че списъкът идва от финансите. То е ясно, че гледаме по места кой с какво работи и няма смисъл да го коментираме.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Всички каси ли са доволни от обслужващите ги банки?

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Ние ги питахме. Те казаха, че нямат проблеми.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Аз мога да кажа много неща, но ще гласувам направеното предложение.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Този списък е даден от финансите. Ние не можем да го променяме. В смисъл можем да избираме от одобрения от финансите списък.

ЖЕНИ НАЧЕВА: Колеги, който е съгласен да възложим на управителя да сключи договор с търговските банки, които да обслужват

бюджетните сметки на РЗОК, моля да гласува. Против? Въздържали се? Няма. Благодаря Ви.

По т. 6 от дневния ред

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

Възлага на управителя на НЗОК да сключи договори с търговските банки, на които да бъде възложено правото да обслужват бюджетните средства на 28 районни здравноосигурителни каси, съгласно Приложение 1, неразделна част от настоящото решение.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

Андрей Дамянов по време на гласуването е извън залата.

ЖЕНИ НАЧЕВА: В точка Разни имаме редица предложения за разрешаване на сключването на договори по изключение с лечебни заведения за болнична медицинска помощ.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: В Севлиево е свързано със скенера. Искат с още два месеца да им удължим срока, за да си оправят нещата. Това е за МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“, гр. Севлиево.

Във Враца медицински център „Трио“ иска да сключи договор по амбулаторна процедура № 18 „Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност“.

Но първо искам едно въведение да направя. Тъй като по-рано лечебните заведения изпращат едно писмо до Надзорния съвет, подминават

районната каса и районната каса пише – в рамките на бюджета. И не казват какъв е бюджетът, какво се случва, как се случва и т.н. И ние изпратихме едно указание, където районната каса трябва да изготви специален анализ защо, как, какво се случва и т.н. И това всъщност са тези болници, които районните каси потвърждават, че има такава необходимост, изчислили са и че няма реално да надвишават съответния бюджет на лечебното заведение, както и че няма да има въздействие върху регионалния бюджет. В тази рубрика са: КОЦ „Стара Загора“ - по амбулаторна процедура № 26 „Амбулаторни хирургични процедури“; УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, гр. Плевен - по клинична пътека № 123 „Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им“; УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД, гр. София - по клинични пътеки №№ 240, 244.2, 245, 246, 250.1, 250.2, 251.1 и 251.2 и амбулаторни процедури № 1.2 и № 6. Тези пътеки, които са посочени, са свързани с обслужването на деца във връзка с изпълнението на онкохематологията, за да могат да извършват и съответните дейности. ВМА – МБАЛ - ПЛЕВЕН, гр. Плевен - по клинична пътека № 193 „Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии Tis 1-4 N 0-2 M0-1“; МБАЛ – Сливен към ВМА – София искат няколко клинични пътеки - №№ 68.1, 69.1, 70.1, 71.1, 72.1, 75.1, 76.1 и 185; МБАЛ „Авис Медика“ ООД, гр. Плевен - по клинични пътеки №№ 254, 255 и 256. Това са рехабилитационни клинични пътеки. В региона две лечебни заведения извършват такава дейност. УМБАЛ „КАНЕВ“ АД, гр. Русе - по клинични пътеки № 233 „Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 до 19 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции“ и № 236 „Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан“. На тях не им стигаха по няколко бройки, за да достигнат обема според изискванията за сключване на договор. Следващото е „СБАЛ по кардиология“ ЕАД, гр. Плевен - по клинични пътеки № 36 „Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм без

фибринолитик“ и № 37 „Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик“; МБАЛ – Пловдив към ВМА по клинични пътеки №№ 47.1 „Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица над 18 години“, 51.1 „Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза“, 106.1 „Диагностика и лечение на токсикаленгични реакции при лица над 18 години“, 114 „Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма“, 115 „Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми“ Блок 1. И последната е УМБАЛ „Пълмед“ ООД, гр. Пловдив - по клинични пътеки №№ 183 Блок 2, 184 Блок 2, 185 Блок 2, 186 Блок 2, 188 Блок 2, 189 Блок 2, 190 Блок 2, 192 Блок 2, 194 Блок 2, 196 Блок 2, 197 Блок 2, 198 Блок 2, които да бъдат изпълнявани по спешност за лица под 18 годишна възраст, както и кодове от договорени вече клинични пътеки: 86.74 по КП № 217.1; 79.39 и 79.85 по КП № 217.2 и КП № 217.3; 79.39 по КП № 219; 86.74 по КП № 220.1.

ОЛЯ ВАСИЛЕВА: Директорите на РЗОК дават положително становище?

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Всички директори на РЗОК изпратиха не само становище, а изпратиха и какво са проверили, защото това беше изискването, ако не изпратят точно какво и дали ще има промяна на бюджета - няма да го докладвам на Надзора.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Това не е ли някаква неприятна тенденция да гласуваме непрекъснато някакви изключения, някакви добавки. Онзи ден сключихме НРД – не отговаряха на условията, след два месеца - отговарят на условията. За мен основният критерий трябва да бъде, ако в региона няма такава дейност, такава услуга – да се дава. Сега втора, шеста, дванадесета болница се добавя, не виждам какъв е смисълът от това нещо.

И това е нещо, което провокира и нови апетити, нови аргументи. Директорите на РЗОК са доказали, че са в някаква степен зависими на местно ниво и в 99% от случаите казват – да, ще стане по-добре.

ОЛЯ ВАСИЛЕВА: Нали те отговарят за изпълнението на бюджета?

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ: Това е в рамките на бюджета, без увеличаване на бюджета. Има обективни причини.

ТЕОДОР ВАСИЛЕВ: Да, но сега по средата на годината, не могат да изчакат още пет месеца. Има принципи.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Аз искам да кажа нещо. Първо е в рамките на бюджета, беше казано, т.е., няма как да се ошети бюджетът, защото всеки си го знае. И второ, ползата е това, тя всъщност е във вреда на тези, които правят сега тези пътеки, ползата е за пациента, че може да избере не само една, която има, т.е., ще има конкуренция в качеството. Така че, аз не се страхувам. Ти не ходиш в един и същи магазин, а проверяваш. Същото е и тук – има конкуренция. Ако беше допълнително ние да ги финансираме, аз също щях да бъда против. Но щом е в рамките на бюджета на РЗОК и всичко нормално върви, според мен, това поражда конкуренция действително. Защото, ако сега са разпределяли на една болница дадена пътека, сега ще ги разпределят на две. Ние закупуваме услуги, сега ще купуваме от повече места и ще дадем възможност на гражданите да отидат и да се обслужат, има възможност, на друго място. Ако не им хареса и не ходят и онези, на които сега сме разрешили не отчитат дейност, те утре тази пътека сами ще я закрият. Аз ще гласувам „за“, защото не виждам никаква опасност за бюджета.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Аз донякъде подкрепям г-н Василев, но тъй като тази година така е тръгнало... Ако в следващото НРД се фиксира, защото сега никъде не се фиксира, че няма да бъдат допускани изключения и т.н., аз ще бъда най-щастливият, защото няма да влизам в

такива дебати за всяка болница по отделно. Но тъй като в момента се допуска по НРД, че по желание на лечебното заведение може да изпрати до Надзора... Но мисълта ми е, че абсолютно подкрепям да няма изключения, независимо дали е за болници или за нещо друго. Но в момента е такава ситуацията и затова предлагам, тъй като решението тук вече не е като миналия път на база решението на експертите от Централно управление, тук решението си е на самите районни каси.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Аз имам въпрос. Защо ние трябва да го утвърждаваме това нещо?

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Така е записано в НРД.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Добре, не можем ли да делегираме тази функция на управителя? Щом е в рамките на бюджета, какво се променя? Нищо не се променя. Щом като има искане от РЗОК и е обосновано, че е в рамките на бюджета, управителят на касата го решава този въпрос до края на годината и готово. Иначе всеки път ще губим по половин час да го утвърждаваме.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Аз съм съгласен да го поема, само че трябва да го договорим това нещо с лекарския съюз и да подпишем Анекс.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Аз съм съгласен. Това е излишно. Сега ние какво променяме? Нищо не променяме. Ние просто казваме „да“ на тяхното „да“.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Можем да кажем „не“, независимо че те са ги одобрили, защото ние сме върховният орган.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Д-р Кокалов, тогава си противоречим на онова, което каза преди малко – създаването на конкуренция. Кой сме ние да нарушаваме конкуренцията?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Аз затова казвам, че не мога да гласувам против, защото е в рамките на бюджета и за мен това е конкуренция, възможност за пациентите.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: А можем ли да кажем на тази болница „не“?

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Можем.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Защо?

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Ако има обосновка.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Ама РЗОК нямаше да ни го даде.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Минава през дирекцията и дирекцията беше написала – заради това, това и това предлагаме да не се разреши. Все пак има експерти.

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ: Аз съм съгласен с Вас, че при положение, че имаме защита на публичните финанси, имаме решение от районната каса, че тези услуги е добре да се появят в дадения регион, а отделно е живият живот.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Ако сме управителен съвет – да се занимаваме. Но ние сме Надзорен съвет.

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ: Ще ги гласуваме ли?

ЖЕНИ НАЧЕВА: Който е съгласен с предложените решения да се сключат договори по изключение с посочените лечебни заведения, моля да гласува. Против? Въздържали се? Няма. Благодаря Ви.

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Разрешава на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД, гр. Севлиево удължаване срока на договор с два месеца (до 31.07.2020 г.) с НЗОК, в

който може да се използва КТ извън населеното място по клинични пътеки по Национален рамков договор за медицинските дейности 2020 – 2022 г.

2. Възлага на управителя на НЗОК чрез директора на РЗОК – Габрово по изключение да удължи срока на договор с два месеца (до 31.07.2020 г.) с НЗОК, в който може да се използва КТ извън населеното място по клинични пътеки, по медицинска целесъобразност и с оглед необходимостта от осигуряване на достъпна и своевременна болнична медицинска помощ за населението.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

Андрей Дамянов по време на гласуването е извън залата.

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

1. Разрешава на МДЦ „Трио“ ЕООД, гр. Враца да сключи договор с НЗОК за болнична медицинска помощ за изпълнение на амбулаторна процедура № 18 „Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност“ по Приложение № 18 на Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г.

2. Утвърждава стойност в размер на 21 000 лв. за дейността по т. 1 за периода на извършване на дейност м. юни – м. ноември 2020 г., разпределена пропорционално по месеци на дейност.

3. Възлага на управителя на НЗОК да разпорежи на директора на РЗОК – Враца да отрази утвърдените стойности по т. 2 от настоящото решение в Приложение № 2 на сключения индивидуален договор с МДЦ „Трио“ ЕООД, гр. Враца за периода м. юли – м. декември 2020 г.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

Андрей Дамянов по време на гласуването е извън залата.

НАДЗОРНИЯТ СЪВЕТ

РЕШИ:

I. Разрешава сключването на договор с НЗОК за болнична медицинска помощ за изпълнение на клинични пътеки по Приложение № 17 и/или амбулаторни процедури по Приложение № 18 на Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г. на следните лечебни заведения:

1. КОЦ „Стара Загора“ ЕООД, гр. Стара Загора по амбулаторна процедура № 26 „Амбулаторни хирургични процедури“.

2. УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, гр. Плевен по клинична пътека № 123 „Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им“.

3. УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД, гр. София по клинични пътеки №№ 240, 244.2, 245, 246, 250.1, 250.2, 251.1 и 251.2 и амбулаторни процедури № 1.2 и № 6.

4. ВМА – МБАЛ - ПЛЕВЕН, гр. Плевен по клинична пътека № 193.

5. „МБАЛ – Сливен към ВМА – София“, гр. Сливен по клинични пътеки №№ 68.1, 69.1, 70.1, 71.1, 72.1, 75.1, 76.1 и 185.

6. МБАЛ „Авис Медика“ ООД, гр. Плевен по клинични пътеки №№ 254, 255 и 256.

7. УМБАЛ „КАНЕВ“ АД, гр. Русе по клинични пътеки № 233 и № 236.

8. „СБАЛ по кардиология“ ЕАД, гр. Плевен по клинични пътеки № 36 „Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик“ и № 37 „Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик“.

9. МБАЛ – Пловдив към ВМА по клинични пътеки №№ 47.1, 51.1, 106.1, 114, 115 Блок 1.

10. УМБАЛ „Пълмед“ ООД, гр. Пловдив по клинични пътеки №№ 183 Блок 2, 184 Блок 2, 185 Блок 2, 186 Блок 2, 188 Блок 2, 189 Блок 2, 190 Блок 2, 192 Блок 2, 194 Блок 2, 196 Блок 2, 197 Блок 2, 198 Блок 2, които да бъдат изпълнявани по спешност за лица под 18 годишна възраст, както и кодове от договорени вече клинични пътеки: 86.74 по КП № 217.1; 79.39 и 79.85 по КП № 217.2 и КП № 217.3; 79.39 по КП № 219; 86.74 по КП № 220.1.

II. Възлага на управителя на НЗОК чрез директорите на съответните РЗОК по изключение да сключи договори с лечебните заведения, посочени в т. I от настоящото решение, по медицинска целесъобразност с оглед необходимостта от осигуряване на достъпна и своевременна болнична медицинска помощ за населението.

ЗА – Жени Начева, д-р Бойко Пенков, д-р Иван Кокалов, Теодор Василев, Григор Димитров, Оля Василева.

ПРОТИВ – няма.

ВЪЗДЪРЖАЛИ СЕ – няма.

Андрей Дамянов по време на гласуването е извън залата.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ: Само последно. Мина одита на Сметна палата. Няма съществени забележки.

Д-Р ИВАН КОКАЛОВ: Това е добре.

ГРИГОР ДИМИТРОВ: Понеже на нас с г-жа Василева за мандата ни е последно заседание, първо искам да благодаря на колегите за добрата атмосфера, която имахме през този период. Говоря от името на двамата. Имахме отговорно отношение към материалите и се запознавахме винаги с материалите и правихме много забележки - понякога приятни, понякога неприятни, но те имаха една обща цел – да работи добре касата. Второ, и двамата имахме и реализирахме тази възможност да осведомяваме обществеността по проблемите, които имаме и да защитаваме позицията на касата доколкото можем. Специално аз в научните среди, конференции. Добре би било това и в бъдеще да продължава, защото това е един добър инструмент да популяризираме това, което става и което се прави. Аз специално от 10 години съм съпричастен с това, което се случва. Половината от времето на касата, разбира се с малки прекъсвания. С г-жа Василева още веднъж искаме да благодарим и на г-жа Начева, на д-р Пенкова и на останалите колеги за съдействието. Ние отново и двамата сме отворени към проблемите на касата, винаги можем да... и досега сме работили на доброволен начин и можем да продължаваме. Още веднъж Ви благодаря. Това е, което имах да кажа.

ОЛЯ ВАСИЛЕВА: Благодаря, проф. Димитров! Аз също бих искала да Ви благодаря за положителната атмосфера и конструктивни дискусии. Желая успех на всички! Аз вярвам, че ще продължи положителната тенденция в развитието на НЗОК и вярвам, че всеки един от Вас ще допринесе за това! Бъдете здрави!

ЖЕНИ НАЧЕВА: И аз благодаря. Вие ще останете част от нашия екип и няма да спрем да Ви търсим за решаване на проблемите. Оставаме в конструктивна връзка и се надяваме, че ще предадете тази ангажираност и към Вашите колеги, най-малкото ще останете във връзка с тях, за да има приемственост.

Благодаря Ви, колеги. Закривам заседанието.

Заседанието приключи в 10.20 часа

**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК:**

ЖЕНИ НАЧЕВА

Изготвил:
Д. Беличева