

МОТИВИ

Относно: проект на Решение на Министерския съвет за одобряване на проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване

Предлагат се законови промени в две основни насоки:

1. Изпълнение на изисквания за нормативни промени, свързани с Националния план за възстановяване и устойчивост.

2. Прецизиращи и оптимизиращи промени на сега действащи разпоредби на ЗЗО, свързани основно с подобряване на достъпа до лекарствени продукти на нуждаещи се лица и с усъвършенстване на контролната дейност на НЗОК. В духа на тези промени за равнопоставеност и ясни последици от контролната дейност се правят прецизиращи промени и в Закона за здравето по отношение на правата на хората с увреждания.

1. По Националния план за възстановяване и устойчивост:

Заложените промени съгласно Националния план за възстановяване и устойчивост по етап 324 „С12.Р3: Повишаване на привлекателността на здравните професии и насърчаване на по-балансираното разпределение на здравните специалисти на територията на страната“ изискват:

1.1. изменение на ЗЗО, за да се включи професионалната организация на медицинските сестри, акушерките и свързаните с тях здравни специалисти в редовния процес на преговори с НЗОК;

1.2. въвеждане на методика за определяне на броя на здравните специалисти, особено медицински сестри, които са необходими в различните лечебни заведения.

В изпълнение на т. 1.1 се създава разпоредба, съгласно която в процеса на преговори относно дейностите, включени в пакета по наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и извършвани от професионалисти по здрави грижи, Българският лекарски съюз да кани за участие и представител/и на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. По този начин ще бъде изпълнено изискването, свързано с Националния план за възстановяване и устойчивост и ще се създаде законова регламентация да бъде чуто мнението на професионалисти по здрави грижи в хода на преговорния процес по националните рамкови договори.

По т. 1.2 се предлага промяна в Закона за лечебните заведения като е предвидено Областната здравна карта и Националната здравна карта да съдържат конкретните

потребности от лекари и лекари по дентална медицина по специалности и специалисти от професионално направление "Здравни грижи" за осигуряването на достъп на населението до медицинско обслужване и в болничната медицинска помощ за всички области.

Разширяването на обхвата на областните и Националната здравни карти в горепосочения смисъл е в съответствие на неблагоприятните тенденции, обуславящи недостиг на кадри спрямо наличните в страната лечебни заведения, включително и за болнична помощ, с оглед осигуряване на необходимото качество на медицинско обслужване.

Също така се определят и предпоставките за актуализиране на Националната здравна карта за да може тя да изпълнява основната си функция – осъществяване на националната здравна политика, на базата на актуални данни за потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ.

2. По прецизиращи и оптимизиращи промени на сега действащи разпоредби на Закона за здравното осигуряване.

2.1. Контролна дейност:

2.1.1. Създава се изрично законово основание, че проверките на НЗОК могат да се извършват и координирано с други компетентни институции.

Целта на предложението е да се създаде на законово ниво изричен законов ангажимент за НЗОК да координира едновременни проверки на изпълнението на индивидуалните договори с изпълнителните на медицинска помощ между различните институции съобразно компетентността им. Осигуряването на координация при осъществяване на контрол от страна на НЗОК, като се дава възможност проверките да могат да се извършват координирано и с други компетентни институции, е от съществено значение в случаите, когато поводът за осъществявания контрол е от споделена компетентност. Този подход, освен комплексност на проверката, има значение и за съкращаване на ангажираността на проверяваните субекти спрямо контролните органи, които понастоящем осъществяват контролните си правомощия по един и същи повод в последователност, което затормозява работата на лечебните заведения.

2.1.2. Създава се законова възможност при извършване на проверките от НЗОК/РЗОК да могат да присъстват експерти на Българския фармацевтичен съюз, които не са в договорни отношения с проверявания търговец на дребно с лекарствени продукти (аптека).

По този начин се постига съответствие и равнопоставеност, аналогични на ролята на съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина в проверките. Към настоящия момент при извършване на проверките могат да присъстват експерти на съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, които не са в договорни отношения с проверявания изпълнител на медицинска помощ. Експертите предоставят писмени становища, които са неразделна част от протокола за проверката. Именно това се предлага и по отношение на представителите на Българския фармацевтичен съюз.

2.1.3. Изрично се разписват контролни правомощия за НЗОК/РЗОК да проверява документацията по трудовите и осигурителните правоотношения на работещи в лечебни заведения за болнична помощ във връзка с изпълнение на съществуващото в момента законово изискване, основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти в тези лечебни заведения да са не по-малко благоприятни от предвидените в колективния трудов договор в отрасъл "Здравеопазване". Предложението има за цел да регламентира по ясен и категоричен начин правомощия на НЗОК/РЗОК по контрол на горепосоченото. Към настоящия момент е налице законово изискване за съобразяване на възнагражденията на медицинските специалисти в болничната помощ с предвидените в колективния трудов договор в отрасъл "Здравеопазване", но не и дефинирано конкретно контролно правомощие на НЗОК/РЗОК в тази област.

2.1.4. По отношение на контрола в областта на медицинските изделия, помощните средства, приспособленията и съоръженията за хората с увреждания се преодолява законовата празнота като изрично се посочва, че контролните функции на НЗОК включват не само предписването, но и отпускането на тези изделия. Към настоящия момент НЗОК финансира тези изделия и носи отговорност за контрола на цялостния процес, което следва ясно да бъде отразено в ЗЗО.

2.2. Осигуряване на равнопоставеност на всички пациенти с коагулопатии чрез безплатния им достъп до лекарствени продукти в болничната медицинска помощ при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции. Към настоящия момент от такива лекарствени продукти, извън стойността на съответните клинични пътеки, се ползват само пациентите с вродени, но не и с придобити коагулопатии. Промяната на чл. 45, ал. 20 и чл. 56, ал. 1, т. 2 в Закона за здравето осигуряване гарантира лечението при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти не само с вродени, но и с придобити коагулопатии. По този начин, разширявайки индикациите за осигуряване финансирането

на това животоспасяващо лечение, се гарантира животът и здравето на повече нуждаещи се пациенти.

2.3. Обмен на информация от НЗОК към МЗ от гледна точка на развитието на Националната здравноинформационна система:

Към настоящия момент обменът на информация се реализира чрез сключване на споразумения между НЗОК и МЗ, в които се определят исканите данни, тяхното съдържание и редът за предоставяне на информацията. Не се налагат такива споразумения, когато се касае за информация, съдържаща се в Националната здравноинформационна система, а само за друг вид информация, когато има необходимост да бъде обменяна. Именно това следва да бъде отразено в ЗЗО.

2.4. Оптимизиране на бюджета на НЗОК за заплащане на дейностите по отпускане на лекарствени продукти за домашно лечение, заплащани 100 на сто от НЗОК:

На база мотивирано предложение от НЗОК до Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРЛП), в изпълнение на Решение на Надзорния съвет (НС) на НЗОК №РД-НС-04-27/07.03.2024, и актуализация от НСЦРЛП на Приложение №1 на ПЛС по чл.262, ал.6 от ЗЛПХМ, считано от 1.04.2024 г. влезе в сила повишено на 100% ниво на реимбурсиране от НЗОК на лекарствени продукти за лечение на сърдечно-съдови заболявания. Посочените лекарствени продукти се включват в група „Лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната, назначени без протокол, за които не се извършва експертиза“, за които са предвидени отделни средства за здравноосигурителни плащания по чл.1, ал.2, ред 1.1.3.5.3.2. от ЗБНЗОК за 2024 г.

Въз основа на извършен анализ от НЗОК на разходите на институцията към 10.06.2024 г. за здравноосигурителните плащания по чл.1, ал.2, ред 1.1.3.5.1. от ЗБНЗОК за 2024 г. „заплащане на дейностите по отпускане на лекарствени продукти за домашно лечение, заплащани 100 на сто от бюджета на НЗОК“ е установено драстично увеличаване на тези разходи.

Прогнозата показва, че при запазване на сегашния темп на увеличение на броя на електронните предписания, очакваното изпълнение на бюджета на НЗОК в горепосочената му част е, че средствата ще бъдат изразходвани към 31.07.2024 г., като за оставащите месеци до края на 2024 г. ще са необходими допълнителни 41 944 274.00 лв. Поради това се въвежда правило, по силата на което цената на дейностите по изпълнение на едно електронно предписание с един или повече лекарствени продукти,

заплащани 100 на сто от бюджета на НЗОК, не може да надвишава стойността/общата стойност, която НЗОК следва да заплати за продукта/продуктите.

При съществуващото правно и фактическо положение е налице необосновано заплащане от НЗОК на цени за лекарствени продукти с ниво на реимбурсиране от НЗОК 100 на сто, назначавани без протокол, на които стойността на заплащане (реимбурсната стойност) се явява по-ниска от тази на договорените цени за посочените дейности. В тази хипотеза попадат значителен брой лекарствени продукти, респ. значителен брой електронни предписания, особено след повишаване нивото на реимбурсиране от НЗОК за сърдечно-съдови заболявания. Поради това се въвежда правило, по силата на което цената на дейностите по изпълнение на едно електронно предписание с един или повече лекарствени продукти, заплащани 100 на сто от бюджета на НЗОК, не може да надвишава стойността/общата стойност, която НЗОК следва да заплати за продукта/продуктите.

2.5. Уредба на законови празноти по отношение на сключването и действието на условията и реда за сключване на индивидуални договори 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 между директора на РЗОК и притежателите на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти:

Налице е необходимост ясно да се дефинира, че съгласуването на акта по чл. 45, ал. 17 от ЗЗО е ежегодно и в определен преклузивен срок; да са съобразени договорените в него параметри с предвидените средства в бюджета на НЗОК за съответните здравноосигурителни плащания; да е налице краен срок за приемането на акта, срок за влизането му в сила, както и задължение на Надзорния съвет на НЗОК да приеме решение, в случай че не може да бъде постигнато съгласие между НЗОК и Българския Фармацевтичен съюз за съдържанието и параметрите на акта в установения преклузивен срок.

2.6. Прецизиращи промени:

Уточнява се срокът за НЗОК, в който институцията следва да предостави на министъра на здравеопазването годишния отчет за изпълнение на бюджета и отчета за дейността на НЗОК (30 юни на следващата година).

Към настоящия момент НЗОК следва да предоставя годишния отчет за изпълнение на бюджета и отчета за дейността на НЗОК чрез министъра на здравеопазването и Министерския съвет в Народното събрание до 30 юни на следващата година. По данни на НЗОК, през последните няколко години в докладите на Сметната

палата за извършен одит на годишния отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК се посочва констатацията, че не е спазено изискването на чл. 30, ал. 1 от ЗЗО за внасяне на отчета за изпълнението на Закона за бюджета на НЗОК за съответната година, за която се извършва одит, в Народното събрание, чрез министъра на здравеопазването и Министерски съвет не по-късно от 30 юни на следващата година. Националната здравноосигурителна каса няма правна възможност да носи отговорност за спазването на срокове от други институции (като МЗ и МС), нито директно да внася материалите в Народното събрание. Поради това е целесъобразно законовият срок за представяне на документите да е ясно посочен именно за НЗОК.

2.7. Въвеждане на качествени и количествени критерии за лечение:

Целесъобразно е такива да се въведат на подзаконово ниво поради тяхната динамика, свързана с развитието на медицинската наука и практика. Тъй като съгласно сега действащите разпоредби на ЗЗО националните рамкови договори следва да съдържат критерии за качество и достъпност на медицинската помощ, включително конкретни индикатори за оценка на качеството на лечението на пациентите, е целесъобразно изрично да се посочи, че конкретните индикатори са както качествени, така и количествени. По този начин, в зависимост от спецификата на съответната медицинска дейност, съсловните организации и НЗОК ще се договарят за въвеждане на комплексни измерители на здравната помощ.

3 . По прецизиращи и оптимизиращи промени на сега действащи разпоредби на Закона за здравето.

Пълноценното гарантиране на правата на хората с увреждания при обжалване на експертното решение на ТЕЛК за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане (ТНР/ВСУ) изисква да се преодолее нормативната неяснота, която съществува в случаите, когато НЕЛК отмени и върне решението на ТЕЛК за ново освидетелстване/преосвидетелстване на лицето. В тези случаи има разбирания, че се преустановява подкрепата за лицата с увреждане. Това води до нарушаване на правата на хората с увреждания. В тази връзка разпоредбата на чл. 112, ал. 9 от Закона за здравето се прецизира като ясно се посочва, че лицето ползва произтичащите права от обжалваното експертно решение до приключване на производството по освидетелстване/преосвидетелстване с влязло в сила експертно решение за ТНР/ВСУ. По този начин се дефинира по безспорен начин, че в процеса на осъществяване на контрол на

актовете на органите на медицинската експертиза, правата на хората с увреждания ще са защитени.

Предложените промени имат за основни цели да създадат равнопоставеност между всички пациенти с коагулопатии, да изпълнят изисквания на Националния план за възстановяване и устойчивост в сферата на здравеопазването, да прецизират функции на НЗОК, най – вече с акцент върху контролната дейност, както и да гарантират правата на хората с увреждания при обжалване на експертното решение за ТНР/ВСУ на ТЕЛК.

Очакваните резултати от приемането на проекта са свързани с изпълнение на изисквания на Националния план за възстановяване и устойчивост, гарантиране на безплатния достъп до лекарствени продукти при коагулопатии на всички хоспитализирани пациенти в спешни състояния, оптимизиране на контрола, осъществяван от НЗОК.

Предложеният проект на акт няма да окаже финансово въздействие, тъй като предвиденото предоставяне на лекарствени продукти в болничната медицинска помощ и за тази категория пациенти, които до този момент не са били заплащани, ще бъде в рамките на бюджета на НЗОК за съответната година, за което е изготвена финансова обосновка по Приложение № 2.2 към чл. 35, ал. 1, т. 4, буква „б“ от Устройствения правилник на Министерския съвет и на неговата администрация. Предлага се тези законови промени да влязат в сила от 1 януари 2025 г.

По данни на НЗОК разходите през 2023 г. за лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, възлизат на 3 383 582,71 лв.

В зависимост от индивидуалното състояние на пациентите е възможно приложение на различни количества лекарствени продукти, но на база данни за разхода на НЗОК за 2022 г. и 2023 г. може да се изчисли прогнозна средна годишна стойност на пациент от 34 730 лв. При допускане за прогнозен брой от 20 пациента, годишният разход ще бъде около 694 600 лв.

Финансовите средства, които ще са необходими за прилагането на новата уредба относно промененото правило за заплащане на дейностите за изпълнение на електронни предписания за лекарствени продукти, с цел създаване на нови функционалности в интегрираната информационна система на НЗОК, няма да надхвърлят 20 000 лв. Очакваните финансови резултати от прилагането на това ново правило (чл. 45, ал. 17, т.

4а от ЗЗО) възлизат на около 1 млн. лв. по-малко разходи на НЗОК за месец за дейностите по чл. 45, ал.17, т.4а от ЗЗО спрямо настоящите текущи месечни разходи на НЗОК за същата дейност.

Промяната в чл. 112, ал. 9 от Закона за здравето не води до допълнителни от предвидените разходи на държавния бюджет за подпомагане на лицата с увреждания, тъй като от една страна и до сега важи правилото, че обжалването на експертните решения за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане на органите на медицинската експертиза не спира изпълнението им. От друга страна за лицата, които подлежат на преосвидетелстване и вече са ползвали права въз основа на предходно експертно решение, средствата за подкрепа (финансова и друга) вече са предвидени в бюджета и процедурата по обжалване не оказва влияние върху тях.

След извършен анализ за съответствие с правото на Европейския съюз се установи, че обществените отношения, предмет на законопроекта, не са регламентирани в европейското законодателство. Уредбата на обществените отношения, предмет на законопроекта, е въпрос на национално решение и е от компетентността на отделните държави членки. Това произтича от разпоредбата на чл. 168, пар. 7 от Договора за функциониране на Европейския съюз, която предвижда изключителна компетентност на държавите членки по определяне на здравната им политика и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи.