

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

Стенографски протокол!

З А С Е Д А Н И Е

**на Управителния съвет на Българския
лекарски съюз лекарски съюз**

9 юни 2012 година

**Заседателна зала на парк-хотел
„Севастократор“ - Арбанаси**

Заседанието бе открито и ръководено от д-р Юлиан Йорданов и д-р Георги Ставракев – заместник-председатели на Българския лекарски съюз.

На заседанието присъстваха членовете на
Управителния съвет :

Д-р Георги Ставракев и д-р Юлиан Йорданов –
заместник-председатели на БЛС, д-р Димитър Ленков –

главен секретар на БЛС, и членове: д-р Диана Чинарска, д-р Кирил Еленски, доц. Борислав Китов, д-р Юлия Бянкова, доц. Лиляна Хавезова и д-р Галинка Павлова.

На заседанието присъства и:

д-р Петко Загорчев – председател на Комисията по професионална етика.

Отсъстваха: д-р Цветан Райчинов, д-р Живко Желязков, д-р Ивайло Пресолски, д-р Дафина Тачова, проф. Петър Панчев, д-р Светослав Дачев, д-р Любомир Алексиев – председател на Контролната комисия.

Към протокола се прилага копие от обсъжданите материали и списък за присъствието на членовете на Управителния съвет на БЛС с техните подписи.

Заседанието на Управителния съвет на Българския лекарски съюз премина при следния

ДНЕВЕН РЕД:

1. Дискусия за промени в Устава и бъдещото развитие на Българския лекарски съюз във връзка с предстоящия събор
2. Предложение на Министерския съвет на Република България за промени в Закона за здравното осигуряване във връзка с потребителската такса в извънболничната и болничната помощ и реакцията на Управителния съвет на Българския лекарски съюз
3. Реакцията на Управителния съвет на Българския лекарски съюз на решението на Комисията за защита на конкуренцията
4. Доклад за срещата на FEMS и АЕМН във Варна от 17 до 20 май 2012 година
5. Информация за хода на преговорите с Националната здравноосигурителна каса за Националния рамков договор 2013

6. Разни

/Дневният ред бе приет единодушно от членовете на Управителния съвет на Българския лекарски съюз./

/14,20 часа./

По точка 1

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: От името на районна колегия – Пловдив, смятаме, че не е редно точка 1 от дневния ред да се обсъжда в отсъствието на председателя на Българския лекарски съюз.

По всяко нещо, преди да се премине към дискусия, предложенията трябва да бъдат изпратени на районните колегии, за да се обсъдят с техните управителни съвети и с техните членове. След това предложенията, които ще се направят от районните колегии, да се обсъдят от Управителния съвет.

Д-Р ГАЛИНКА ПАВЛОВА: Преди да пристъпим към дискусия за промени в устава на Българския лекарски съюз, трябваше да получим предложенията за промени в устава. Материалите да ни бяха изпратени в писмена форма. Тъй като в момента няма раздадени такива предложения, приемам предложението на доц. Кито, предлагам най-напред да ни бъдат изпратени предложенията за промяна на устава, след като ги обсъдим по районни колегии, едва тогава да се пристъпи към дискусия и обсъждане.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Ние сме представители на районни колегии. Не можем да говорим от тяхно име.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Предложението за включване на тази точка в дневния ред беше направено от д-р Мариана Кирилова от Районна колегия – Велико Търново. Дори и от нейната районна колегия не е постъпило

предложение за промяна в устава, или някаква визия за развитие на Българския лекарски съюз.

Д-Р ГАЛИНКА ПАВЛОВА: Допускам, че ще се стартират предложенията на районните колегии, което означава, че ще изговорят предложенията за промени, след което ще ни ги предоставят за обсъждане и за дискусия.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Според мен, нещата са малко по-сложни. Ако прочетете предната точка от предложенията на районна колегия – Велико Търново, за обсъждане днес на кръгла маса, е: разглеждане и изпълнение на законово разписаните функции на съсловната организация. Те не искат промени в устава на БЛС, а искат наистина да се направят законодателни промени, които да променят или да развият функциите на съсловната ни организация. Това не е наша работа.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Това е хубава дискусия. Програмата на Районна колегия – Велико Търново, която се предлага за дискусия, не е съгласувана с ръководството на Българския лекарски съюз, нито с д-р Райчинов, нито с някой друг. Не е поискано от председател или заместник-председател да представи становище по предлаганите теми за дискусия. Не е ясно кой ще бъде медиатор на срещата, кои ще бъдат участниците.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Ние можем ли да решим какъв да бъде моделът на здравеопазването – настояще и бъдеще. Това може да се изработи от много хора.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Доколкото разбирам, ние ще бъдем гости на дискусията.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА: Това, което се предлага да се обсъди в Елена като теми, е повече от странно.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Според мен всички неща са странни. Това е решение на Районна колегия – Велико Търново. Нека районната колегия да си дискутира и да си приеме решение. Нека да си проведат дискусията.

Д-Р ГАЛИНКА ПАВЛОВА: Може да се направят рационални предложения, които ще обсъдим, ако ни бъдат изпратени.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Няма да гласуваме за точка 1 от дневния ред.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Може би на сайта на съюза трябва да се качи до къде да бъдат изпращани предложенията, как да бъдат изпращани – писмено или ще се качват на сайта. Това следва да бъде ясно, за да знае всеки член, който иска да направи предложение, до къде и до кога трябва да го изпрати.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА: Не е ли правилно материалите, които ще дискутират, да ги качат на сайта.

РЕПЛИКА: Това ще стане, ако Районна колегия приеме решение.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Не зная на какъв форум ще се обсъждат въпросите, които са включени в програмата. Разбирам, че тези въпроси ще се обсъждат от районната колегия. А как след това тези неща могат да бъдат официализирани? За мен не е много разбираемо. В крайна сметка това, което е зададено като тема, ще бъде под формата на дискусия ли или ще бъде под формата на някакви лектори. Колеги, които са присъствали на подобно събитие преди 2 – 3 години, бяха изключително разочаровани от това, което са чули. Били са поканени някакви хора, които са световно неизвестни на никого и не се знае изобщо какво отношение имат към проблема и къде се изявяват като специалисти.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА: Би трябвало да има имената на лекторите по всяка тема.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: А също и да се посочи кого представляват тези лектори.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Ние сме гости на дискусиата. Ще слушаме и след това всеки сам за себе си ще анализира нещата.

По точка 2

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: В точка 2 ще обсъдим предложението на Министерския съвет за промени в Закона за здравното осигуряване. Основната точка, която трябва да обсъдим, е свързана с потребителската такса в болничната и извънболничната помощ и каква да бъде нашата реакция за това.

Ние направихме пресконференция. Предполагам, че сте прочели материалите от пресконференцията. Нашето категорично становище, което беше заявено на пресконференцията, беше, че това е единствената такса от всички заплащани такси, която фактически е индексирана с инфлацията в страната. Отвързването и фиксирането на потребителската такса към дадена сума, независимо каква е тя, ще премахне и малката възможност за компенсация на всички, особено в извънболничната, а също и в болничната помощ на всички лекари, за да може да компенсират разходите, които правят и за електроенергия, и за парно отопление, и за вода, и за наеми, и за медицински изделия, чиито цени се увеличават с инфлацията.

Нашето становище, изказано на пресконференцията от д-р Райчинов, беше много твърдо и много остро, категорично против отвързването на таксата. Така или иначе, с приетото решение и от Министерския съвет, предложихме и днес отново предлагам за обсъждане варианта потребителската такса да не бъде обвързана с

размера на минималната работна заплата, а да бъде обвързана със средната работната заплата за страната. Мотивът ни е, че това е един по-реален показател за доходите на хората. Ако доходите на населението растат, тогава средната работната заплата расте, тогава и тази такса ще расте. Ако има срив в икономиката, средната работна заплата също ще се срине. Тогава съобразно това ще се намали размерът на потребителската такса.

Мисля, че това е доста разумно предложение. Въпреки че д-р Райчинов беше притиснат от представители на медиите да каже точно цифрата, с която да се обвържем, на този етап той не посочи такава цифра, въпреки че неофициално в разговор преди това обсъждахме да бъде 0,5 или 0,4 на сто от средната работна заплата за страната за доболничната помощ, а за болничната помощ – да бъде 1 – 1,08 на сто от средната работна заплата. Това обсъдихме в неофициален разговор с д-р Райчинов. Категорично на този етап отказа да даде конкретни цифри.

Нашето становище, което сме изготвили, е по отношение на целия законопроект за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване.

Ще Ви прочета текста, който се предлага ; параграф 2.

„Чл. 6, ал. 1. За всяко посещение при лекаря или при лекаря по дентална медицина, както и за всеки ден болнично лечение, но не повече от 10 дни годишно, лицата по чл. 33 заплащат на лекаря или на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение суми, определени с постановление на Министерския съвет.“

От тук нататък всичко отива в ръцете на Министерския съвет. В един момент Министерският съвет

може да реши да отпадне потребителската такса или да има съвсем символичен характер.

Считам, че категорично трябва да се противопоставим по направеното предложение за промяна в Закона за здравното осигуряване. Като изход може да предложим това, което Ви казах преди малко – обвързване на средната работна заплата за страната.

Ще моля да чуя Вашето мнение. Днес може да не приемем решение, но някакво становище консенсусно да приемем, ако имаме такова.

Д-Р ГАЛИНКА ПАВЛОВА: Какъв е размерът на средната работна заплата за страната към настоящия момент?

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Около 730 лева.

Д-Р ГАЛИНКА ПАВЛОВА: Необходимо е най-напред да направим така, че размерът на потребителската такса да не бъде константна величина, а да бъде по някакъв начин обвързана с нещо, което ще се променя.

От Националния статистически институт съобщават каква е средната работна заплата за страната. Тази информация винаги може да бъде изкривена.

Разсъждавам по следния начин. Затруднението в плащането на потребителската такса засяга хората, които са най-затруднени, т.е. които получават минималната работна заплата. А когато отидем към определяне размера на потребителската такса към средната работна заплата за страната, тогава това ще бъде по-висока стойност. Например тя може да бъде 3 лева, а може да бъде и по-висока. Вместо да изберат това, което беше досега и което им дава по-ниска цифра, те искат въобще да премахнат това. Дали управляващите ще бъдат съгласни размерът на

потребителската такса да бъде обвързан със средната работна заплата.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Ние трябва да настояваме за някаква сума.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Въпросът е да имаме становище и да застанем единни зад него, а дали ще мине или не, това вече не зависи от нас. С всички сили и средства ще се помъчим да остане досегашното определяне на размера на потребителската такса.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Необходимо е най-напред да си отговорим на въпроса какво искаме в момента да правим – дали да бъдем в ролята на казаци пишат писмо на турския султан, или наистина да търсим някакво решение. Според мен, управляващите ще приемат предложението законопроект. Те са крайни популисти. Може би ще трябва да обсъдим какво ще правим, ако се приеме това предложение.

Навремето, когато се минаваше към обвързване на потребителската такса с минималната работна заплата, смисълът беше наистина да нараства таксата, но бъдат защитени хората, които имат най-ниски доходи. Дали върви икономиката или не, те са с най-ниски доходи. Минималната работна заплата е фиксирана. Да не говорим за пенсионерите и за другите категории от хората, които имат много ниски доходи.

Според мен, ясно трябва да кажем, че това е нещо, което е регулатор на системата и трябва да го има. Трябва да кажем, че има инфлация, която трябва да бъде коригирана. Необходимо е да отбележим и един много важен принцип: когато някой освобождава някой от нещо, тогава той трябва да заплати разликата. Не може огнеборецът освобождава от нещо хората, но това да бъде за сметка на други хора, т.е. на нашето съсловие.

Тук следва да бъдем категорични, че това е един регулатор на системата. Това е минимално и по-минимално от това не може. Ако управляващите толкова много желаят, стига този популизъм, който е на гърба на хората. Нека да си го поемат. Да знаете, че този законопроект ще го приемат.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Напълно споделям мнението на доц. Китов. Крайно време е управляващите, които и да са те, да престанат да правят социална политика на гърба на лекарското съсловие. Веднъж завинаги трябва управляващите да престанат с това. Това нещо съм казвал отдавна. До този момент глас в пустиня.

Съдейки от моите разговори с председателката на Комисията по здравеопазване на Народното събрание и с министър Атанасов, е ясно, че те са твърдо решени да приемат това. Нашето предложение следва да бъде, че потребителската такса трябва да остане вързана с минималната работна заплата, а не със средната работна заплата за страната. Обикновените хора няма да разберат това. Това ще удари по най-неплатежоспособното съсловие от хората – хората с ниски доходи. Може да предизвика сериозен антагонизъм у тях към нас. Управляващите ще си приемат законопроекта.

Въпросът е от тук нататък какво ще правим, на какво сме готови и до къде сме готови да стигнем, за да си отстоим нашите права. Това, което управляващите са решили да направят, е чист популизъм. За мен това е социализъм – държа да го подчертая дебело. Някой освобождава някой за нещо, но на гърба на други хора. Това се правеше по времето на социализма. Освободени от еди какво си, привилегировани, активни борци и т.н.

Ние живеем в пазарна икономика. Ако някой е решил да освобождава определена категория или категории хора, нека да бъде така добър, щом като е освободил определени категории, да поеме плащането на потребителската такса за тези категории. Въпросът е до къде сме готови да стигнем, за да отстоим правото си. Според мен, трябва да стигнем до край. Ако се работи на принципа „проба - грешка“, в момента се пробва. Прави се предложение, което е в ущърб на лекарското съсловие. Управляващите пробват дали тяхното предложение ще мине. Ако ние си траем и предложението се приеме, ако не реагираме по никакъв начин, утре може да има друго предложение, в други ден трето предложение и т.н. Както се казва, положението ни ще става все по-лошо и по-лошо. Необходимо е да решим до къде сме готови да стигнем. Това следва да го кажат и председателите на районните колегии. Ако решим като управителен съвет и предложим, че трябва да стигнем до край, ако предложението за изменение на Закона за здравното осигуряване се приеме, т.е. имам предвид да предприемем протестни действия, които са позволени от закона, това трябва да обхване цялата страна, да бъде масово, за да стане ясно на управляващите и на българския народ, че ние повече така не можем да продължим да работим.

Д-Р ПЕТКО ЗАГОРЧЕВ: Ще се изкажа не като член на Управителния съвет, а като представител на болничната помощ и представител на лекарското съсловие. Напълно заставам зад казаното от доц. Китов и д-р Ленков - обвързването на потребителската такса с минималната работна заплата е толкова нищожно дори и за най-бедните слоеве от населението, че това не заслужава да бъде обсъждано в публичното пространство.

Това е обидно за българския народ и за българския лекар.

Разчетите показват, че повишаването на минималната работната заплата е обвързано с инфлационни процеси и допълнителни плащания за електроенергия, топлоенергия, наеми и др., които касаят както българското население, така и българското здравеопазване – лечебни заведения за доболнична и болнична помощ, чиито промени на разходите от някъде трябва да ги компенсират при непроменените цени за заплащане на доболничната и болничната помощ.

За един град като Шумен повишаването на минималната работна заплата автоматично означава само за санитарите 12 000 лева на месец като допълнителен фонд „Работна заплата“. Отговорът на сестринския съюз е да повишим заплатите на сестрите, за да намалим ножицата. Отговорът на Българския лекарски съюз е да увеличим заплатите на лекарите, за да се запази съществуващата досега разлика. Увеличаването на размера на потребителската такса за болниците ще ни донесе около 10 – 11 хиляди лева допълнителен приход на месец. Тази сума дори няма да покрие разходите, но все пак ще компенсира средствата, които заделяме за допълнително възнаграждение. Не само, че ще бъдем на загуба, но ще паднат и доходите на лекарския състав. Вместо 70 000 лева за работната заплата за лекарите ще заделяме 55 000 лева на месец. Това не е никак малко. Това е популистски ход за жълти стотинки. Обидно е да се говори за жълти стотинки, защото от едни гащи мека пишка и жълти стотинки всеки може да извади, но никой не се натиска за тях.

Тук, д-р Ленков, не става въпрос за протестни действия, а да се каже точно и ясно, че взетото

решение е в ущърб на финансовите интереси на хората, които реализират съвършенството на несъвършената здравна система. Не бива да се спекулира с това нещо. Опитът да тръгнем на протест ще бъде използван срещу нас в публичното пространство, а тъкмо сме постигнали някакво що годе равновесие.

Мотивирано, точно и ясно всичко това следва да бъде казано.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Напълно съм съгласен, че в момента не е необходим никакъв протест. Всичко ще се обърне срещу нас. Много внимателно трябва да обясним, че от тези средства се компенсира инфлацията не в заплатите на лекарите, а издръжката на лечебните заведения. По този начин правителството на огнеборца удря за пореден път българското здравеопазване.

Д-Р ПЕТКО ЗАГОРЧЕВ: И на най-бедните в нашето съсловие – на санитарите и на медицинските сестри.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Фактически управляващите няма да могат да покрият инфлацията на тока и другите консумативи, които са необходими за съществуването на лечебното заведение. Това ще удари срещу лечебните заведения. Ако тръгнем да протестираме реално, ще бъде използвано срещу лекарите. Сега е необходимо да кажем, че това ще бъде удар срещу българското здравеопазване, защото не се покриват всички инфлационни процеси, за които говори Петко. Това е една добра позиция.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Когато обмисляхме въпроса за това дали да настояваме потребителската такса да бъде обвързана с минималната работна заплата, както беше досега, или това, което предложихме – да обвържем потребителската такса със средната работна заплата за страната, мисълта ни беше следната. Предложението е

прието на заседание на Министерския съвет. Посмъртно управляващите няма да си променят решението. Дали ще излезем на стачка или широко в медиите ще го разпространяваме, на всички е ясно, че Министерският съвет няма да си промени мнението. Обвързването на потребителската такса със средната работна заплата може да им послужи като едно деликатно излизане от ситуацията. Затова предложихме този вариант. Зависи какъв ще бъде процентът.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОАВ: Хората няма да възприемат това.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Това предложение за решение също няма да се приеме.

ИВАН СОТИРОВ: Законопроектът за изменение на Закона за здравното осигуряване беше приет на първо четене от Комисията по здравеопазване на Народното събрание. Комисията одобри законопроекта. С д-р Райчинов присъствахме на заседанието на Комисията по здравеопазване. За предложението за промяна в Закона за здравното осигуряване беше гласувано ан блок. Предложението за промяна на първо четене беше прието без никакви забележки или условия.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Но това е предложение на Министерския съвет. Министър-председателят няма в никакъв случай да си промени мнението. Въпросът е какво ще направим ние – дали така, обвързвайки го с нещо друго и да дадем възможност за ново решение, или втвърдяваме позиции.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Съгласявам се с всичко казано досега, подкрепям колегите в техните анализи. Бях предложила един кратък финансов разрез на една практика, каквито са практиките на всички общопрактикуващите лекари, каквито са и повечето от

специализираните практики. Действително ние имаме много разходи. Част от приходите, които получаваме, са и от потребителската такса. За съжаление обаче, към потребителската такса има 15 групи пациенти, които са освободени от плащането на потребителската такса. Тези групи няма да бъдат засегнати от увеличаването на потребителската такса. Останалите пациенти, които плащат потребителска такса, са работоспособното население. Сред освободените има пенсионери, които са т.нар. репресирани и получават пари за това, че са били репресирани. Не зная дали това Ви е ясно. Съпрузите на някои от тях са починали и съпругата, която го надживява, получава допълнение към пенсията си, което е компенсация за това, че съпругът ѝ е бил репресиран. Това са хора, които са освободени от плащане на потребителска такса. Хората, които ще трябва да плащат потребителската такса, не са чак толкова зле, колкото се опитваме да им съчувстваме. Колкото и малка да е тази такса, тя все пак е финансово перо за нас. Тя е доста голяма помощ за издръжката на нашите практики. Размерът на потребителската такса да не бъде по-малък от потребителската такса, която досега беше обвързана с минималната работна заплата. Управляващите могат да решат потребителската такса да бъде 2 лева. Те няма да се мотивират за своето решение. А може да решат потребителската такса да бъде 1,30 лева и пак няма да се мотивират.

Пациентите, които плащат потребителска такса, ми гарантират да заплатя възнаграждението на медицинската сестра и осигуровките.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Вие чухте точно какъв е текстът. Фактически това е постановление на Министерския съвет.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Това ми е известно. Ние можем да настояваме размерът на потребителската такса да не бъде променян в посока на намаляване.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Могат да кажат, че потребителската такса сега е 2,90 лева, а те да я фиксират на 3 лева.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Тогава ще искаме да няма освободени пациенти от плащане на потребителска такса. Който освобождава от потребителска такса, съответната институция да компенсира сумата. На времето ни превеждаха по 1 лев за всеки пенсионер, защото той плащаше по-ниска потребителска такса. И в момента имам пенсионери, които пускат 1 лев за потребителска такса.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Предложението на д-р Чинарска е да остане сега съществуващото положение, т.е. Министерският съвет да определя размера на таксата, но да поискаме за тези, които са освободени, правителството да реши как ще компенсира освободените.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Или пък да няма освободени.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Ако излезем със становище, че всички освободени ще трябва да плащат потребителска такса, това ще настрои обществото срещу лекарското съсловие.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Те може да не бъдат освободени от плащане на потребителска такса, но някой да поеме този разход.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: По-добрият вариант е да търсим някой, който да заплаща за освободените.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Десет години го търсим и все не можем да го намерим. Писала съм и съм носила

писма и до министерства, и до синдикатите, и до Българския лекарски съюз, преди да бъде член на Управителния съвет. До момента не сме получили отговор от никого. Никой не поема тази отговорност, с изключение, когато по времето на тройната коалиция се реши да ни се дава 1 лев за пенсионер, а пенсионерите заплащаха по 1 лев такса. Тогава това беше много правилен ход. Тези пари получавах от Националната здравноосигурителна каса чрез Министерство на здравеопазването. Тези пари ги декларирах и плащах данък върху тях. Данъците се получаваха реално от държавата. В момента всеки може да си позволи да не чука бон на всеки пациент и така навлизаме в силата икономика, което не е добро.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Имам по-дълго разсъждение по въпроса минимална работна заплата и средна работна заплата. Минималната работна заплата се определя с акт на Министерския съвет така, както имат намерение да определят и размера на потребителската такса. Тя се определя проспективно, т.е. от дадена дата влиза в сила и важи занапред. Средната работна заплата се установява статистически, няма акт на държавата, с който да се установява размерът ѝ и тя се определя ретроспективно, т.е. тя е за минало време.

Средната работна заплата за разлика от минималната работна заплата има лошия навик да се колебае в две посоки. При това колебае се често и е въпрос за решение за какъв период от време ще се определя средната работна заплата. Поиграх си да направя едно малко изчисление. Обичайният ход на средната работна заплата плюс – минус десетина лева за тримесечие. Това означава, че на всяко тримесечие ще коригираме размера на потребителската такса плюс –

минус 4 стотинки, ако приемем, че размерът на потребителската такса е 0,4 на сто от средната работна заплата. По същество нищо не променяме. Хубаво. Искат потребителската такса да се определя с акт на Министерския съвет и да бъде фиксирана в закона, защото на финансистите по някаква причина им пречи. Като ще се определя с акт на Министерския съвет, няма никаква пречка този акт на Министерския съвет да се основава на някаква измерима и доказуема величина. В крайна сметка в момента министър Атанасова твърди, че настоява за 2,70 лева потребителска такса, а може ли да кажете това на какво точно отговаря? Ще се договорим, че потребителската такса ще бъде с една стъпка назад от минималната работна заплата. Има ли такава хипотеза? Може ли да запишем, че няма да е с действащата минимална работна заплата, а ще бъде с предпоследната? Това е аргументът ни в полза на минималната работна заплата, защото тя има еднопосочно движение. Освен това тя се определя занапред. Колкото и да действа, тя се определя занапред. На средната работна заплата никога не знаем точния размер. Понякога от статистиката се обявява, при това ретроспективно и от този момент нататък ще определим размер за бъдеще време на базата на минала статистика.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Средната работна заплата много лесно се определя.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Тя не се определя с акт на Министерския съвет за разлика от минималната работна заплата.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Факт е, че непрекъснато трябва потребителската такса да се променя с някакви стотинки.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Технически просто няма смисъл от това. В една практика в амбулаторията това е сумата, която е маркирана на касовия апарат, но доста от програмите позволяват като се въведе сумата на потребителската такса в програмата да маркира компютърът автоматично при въвеждане на прегледите на касовия апарат. Ако няма сива икономика, има блестяща икономика.

За практика като моята с около 2500 пациента и с голям брой прегледи на месец в момента по касовия апарат постъпленията ми са за около 600 - 700 лева, което, ако изчезне, автоматично означава, че един човек от персонала си отива, защото няма с какво да компенсирам тази загуба. Няма хипотеза, при която касата да го промени. Те не желаят да променят бюджета за здравното осигуряване.

Щом искат да бъде с постановление, нека да бъде с постановление, но размерът на потребителската такса да остане обвързан с минималната работна заплата.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Не може ли тогава да направим предложение потребителската такса да бъде изчислена на база на средната работна заплата за предходната година. Например през 2011 година средната работна заплата е била еди колко си и за цялата година да се приеме, че потребителската такса ще бъде съответният процент от средната работна заплата. За следващата година ще се промени съгласно средната работна заплата за страната съгласно размерът ѝ през предходната година. Тези данни ги има в статистиката и Министерският съвет разполага с тези данни.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Инфлацията върви за тази година. Няма логика да се връщаме на стара цена. Тепърва предстои да има нови увеличения на цените на

енергоносителите, на водата и на много други консумативи.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: От 1 януари ще бъде.

Това е по-добрият вариант. Ако икономиката закъса, веднага минималната работна заплата може да остане на едно и също равнище.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: И средната работна заплата няма да се увеличава. По-скоро средната работната заплата ще спадне.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Това зависи от решението на държавата. Виждаш какви преговори се водят.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Има държавни служители, чиито заплати се определят по един начин. След това има бюджетен сектор, в който заплатите се определят малко по-различно.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Държавните служители и работещите в бюджетната сфера са едно.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Не са точно едно и също. След това отиваме в частния сектор, на който никой не може да определи рамката до къде се простира. Изобщо средната работна заплата се оказва, че ще бъде много променлива величина. Ако искате, потребителската такса може да се обвърже и с минималната пенсия, а не с минималната работна заплата. Потребителската такса да се обвърже с някаква величина, която се определя с акт на Министерския съвет и се определя проспективно, т.е. от момента, в който влезе в сила едното изменение, заедно с него автоматично влиза в сила и другото. Това ще бъдат два обвързани параметри, които автоматично се изменят.

По отношение на освободените пациенти. Това, което лично аз смятам, че е възможно да се направи, е следното. Като се променя законът, от чл. 37 да

отпадне възможността в рамковия договор да се записва, че допълнително от потребителска такса се освобождават групи извън това, което е записано в основния текст на закона. Имаме една част освободени автоматично по смисъла на закона. След това има едно приложение в рамковия договор, с което се доосвобождават други хора. Например децата са освободени автоматично от плащане на потребителска такса по силата на закона. Доста е дълъг списъкът на освободените по силата на закона. След това ние да освобождаваме през рамковия договор на основание на заболявания и т.н. Същите тези хора, като отворите наредба № 38, се оказва, че те са най-големите консуматори на безплатни лекарства. Те подлежат на социално подпомагане по най-различни критерии, получават безплатно медицински изделия. Имат много привилегии. На тези хора най-малкият проблем е размерът на потребителската такса. Големите им разходи са свързани с лекарствата. Например лечението на един пациент с мултиплена склероза струва 3 - 4 - 5 хиляди лева месечно за интерферон. Това лечение е безплатно за тази категория болни. Потребителската такса не е кой знае какъв проблем за тези хора. Няколко хиляди лева са поети като разход от обществото за лечението, а плащането на потребителската такса за тях не е проблем.

Може да има проблем при пациентите, които са освободени от плащане на потребителската такса със закона, а също и тези, които са препратени към рамковия договор. Да разговаряме там да няма това предложение и да има освобождаване на това основание.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: При положение, че на първо четене е минал законопроектът, при положение, че има консенсус между всички политически партии, представени

в Народното събрание, трябва ли да се хванем твърдо за това потребителската такса да остане обвързана с минималната работна заплата, което явно няма да стане.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Нека да търсим друг параметър, който е постоянен и е със същия характер. Например може размерът на потребителската такса да се обвърже с минималната пенсия.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Знаеш ли колко много групи пенсионери има?

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА: Тогава ще има голямо недоволство.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Адвокат Сотиров ме подсети, че това решение при всички случаи трябва да мине през Националния съвет за тристранно сътрудничество, в който участват синдикатите, работодателите и правителството. Предлагам Управителният съвет да излъчи двама души, които по най-бързия начин да направят срещи с ръководството на двата синдиката и със Съюза на работодателите, за да потърсим тяхната подкрепа.

ИВАН СОТИРОВ: При условие, че постановлението за размера на потребителската такса е акт на Министерския съвет, касаещ жизнено равнище, то задължително трябва да мине през НСТС. Ако не мине през Националния съвет за тристранно сътрудничество, моментално решението ще падне в съда. Самото постановление също може да бъде атакувано пред Върховния административен съд, когато засяга вече отвоювани права. Т.е. ако към днешна дата потребителската такса е 2,90 лева, ако Министерският съвет реши да гласува по-нисък размер, това решение ще падне пред Върховния съд.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Това не е промяна в постановление, а това е промяна в закона.

ИВАН СОТИРОВ: Законът делегира права на Министерския съвет да определи таксата.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Ние говорим веднъж да бъде прието, след това да го атакуваме.

ИВАН СОТИРОВ: Д-р Чинарска беше на заседанието на Комисията по здравеопазване. Неформално прозвучаха и други призиви – въобще да отпадне плащането на потребителска такса. Едва ли не излиза, че Министерският съвет се е самозадължил да запази този процент на таксата, но да го определя изпълнителната власт, а не да се обвързва с минималната работна заплата и автоматично да удря бюджета на Дянков. Министър Дянков има намерение от 1 януари 2013 година да увеличи минималната работна заплата.

РЕПЛИКА: С какво ще се удари бюджетът?

ИВАН СОТИРОВ: Нещо се нарушавало.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Тези 20 стотинки се дават от гражданите. Какво му се обърква на Дянков?

ИВАН СОТИРОВ: Д-р Райчинов обясни, че такова ходене на лекар пет пъти в годината пациентът ще доплати годишно едно левче.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Нищо не се бърка в бюджета на Дянков. Увеличението на потребителската такса и досега ставаше с Постановление на Министерския съвет, т.е. с постановлението, с което се увеличава минималната работна заплата. Не може да не се увеличи размерът на минималната работна заплата, защото има недоволство. Кога правителството ще увеличи размера на потребителската такса? Никога. Затова настояваме потребителската такса да бъде обвързана с минималната работна заплата. Реално в момента минималната работна

заплата се определя с постановление на Министерския съвет. Министерският съвет решава кога и с колко ще се увеличи минималната работна заплата, която коригира инфлация и коригира част от нещата.

После ще трябва да се търсят начини как да бъдат ударени във Върховния административен съд, защото правителството ще реши потребителската такса да бъде 2,70 лева.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Фактически ние нямаме полезен ход изменението в Закона за здравното осигуряване да се приеме второ четене.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Старото становище на Българския лекарски съюз трябва да се допълни задължително с обосновката, че ако се приеме предложението за промяна на определянето на потребителската такса, ще бъде удар не срещу лекарите, а срещу здравеопазването. Фактически вдигането на минималната работна заплата цели да покрие инфлацията дотолкова, доколкото я има. Това също се отнася за издръжката на лечебните заведения. Фактически сега се посяга на издръжката на лечебните заведения.

Д-р Загорчев е направил изчисление с колко ще се намалят средствата за издръжката на болницата за месец, ако се намали потребителската такса с 20 стотинки.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Това зависи от болницата.

Д-Р ПЕТКО ЗАГОРЧЕВ: Дори и да приемем идеята, че в момента сме в губеща позиция то остава една позиция, която не се засегна. Авторитетът и мнението на лекарската гилдия. Очертава се становището, че предложението на Министерския съвет за промени в Закона за здравното осигуряване ще се приеме. Тогава

защо трябва да губим два пъти. Един път да бъдем подлога на едно министерско решение, а втори път – да загубим авторитета на колегите. Като ще се пада, да падаме прави. Нищо засега не сме получили от това правителство освен диалога. Ние трябва да си запазим своето достойнство. В противен случай в утрешния ден ще се посегне отново на нас.

Предлагам да се изготви едно мотивирано мнение защо има несъгласие да се приеме предложената от Министерския съвет промяна в Закона за здравното осигуряване.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Това становище вече е изпратено на Комисията по здравеопазване. Това означава, че становището ще го допълним с нещата, които днес обсъждаме.

Необходимо е да се организира пресконференция, на която да се каже, че популизмът на това правителство нанася поредния удар срещу здравеопазването.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Ако сте гледали внимателно предишната пресконференция, точно това се каза.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Бяха обяснени тогава мотивите, нашите претенции, негодувания, възражения. Имаше и допълнителни въпроси, на които се отговори много подробно. Всичко това е обяснено. Лошото е, че провеждането на пресконференцията съвпадна със земетресението.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Изобщо отзвукът от пресконференцията, според мен, не стигна до никъде.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Искам да се върна на въпроса за освободените от потребителска такса. Всяка една болница може да представи такава статистика – колко средства губи едно лечебно заведение, независимо какво

е то, от освободените от потребителска такса. Мисля, че това следва да бъде много сериозен аргумент. В крайна сметка те искат да фиксират стойността на потребителската такса. Всички сме единодушни, че поради непонятни причини няма логика в предлаганото изменение в закона. Това е чист популизъм. Това може да се приложи като аргумент – броят пациенти, които са освободени от потребителска такса, много често в определени практики надвишава броя на пациентите, които плащат потребителска такса. Това е абсолютно безумие. И в същото време искат да намалят размера на потребителската такса. Това ще бъде противно на всяка логика.

Смятам, че няма нито един колега, който би оправдал наша позиция на съгласяване с предложението за промяна в закона. Ясно е, че управляващите ще приемат промяната в Закона за здравното осигуряване. Това е повече от очевидно.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Предлагам да помислим по другия вариант. В крайна сметка и с нашите, и без нашите възражения това, което са си го наумили, ще се случи, както се случват повечето неща. Трябва да бъдем наясно и да бъдем реалисти.

Ние трябва да имаме друг прагматичен ход при неблагоприятното развитие на тази ситуация, която се очаква. Този ход е резервен вариант да предложим още по време на настоящите преговори, които започваме с Националната здравноосигурителна каса, да поискаме директно да се увеличи на 3 лева потребителската такса за прегледите и съответно в болниците да се компенсират пътеките. Въпросът да се приключи. По този начин отпада проблемът с т.нар. освободени, защото за тях вече няма да има освободени. Тази такса да влиза в

цената на медицинските дейности и проблемът се приключва. Щом те не желаят да ползват този механизъм, защото тази потребителска такса освен за дофинансиране на лечебните заведения, има и известна регулаторна функция по отношение на потреблението на здравните услуги. Щом не желаят да има това нещо, нека да отпадне съвсем, което ще бъде още по-добре. Ако ще играем на популизъм, нека ние да предложим това. То означава, че пациентите няма изобщо да плащат никаква потребителска такса. Тогава всички пациенти ще застанат зад нас. Но ще искаме в цената на прегледите да се включи и потребителската такса. Така ще приключим въпроса.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Това е правилно, защото в такъв случай се защитава правото на пациента – да не плаща потребителска такса, а вместо него ще плаща Националната здравноосигурителна каса.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Според мен, това ще бъде нашият силен ход, защото пациентите няма да бъдат настроени срещу нас, а в случая ще може да разчитаме и на тяхната подкрепа.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Имам следния въпрос. Годишно за десет дни се плаща потребителската такса за престой в болница. За една година този пациент може да влезе няколко пъти в болница. Това означава раздробяване на всяка клинична пътека или на всяка клинична пътека ще бъде 10 дни максимален престой. Пациентите в болниците заплащат потребителска такса в размер на 2,70 лева за всеки ден, пролежан в болничното заведение. Това означава, че за всяка клинична пътека ще се увеличи цената на 29 лева.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Защо да не се предложи да се заплаща потребителска такса за всеки престой по

отделните клинични пътеки. Какво означава да се плаща потребителска такса за десет дни? Има пациенти, които лежат по два месеца в болницата. И те заплащат еднократно потребителска такса за 10 дни. Не говоря за пролежавания, които са хронични.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Единственото нещо, което може да се иска, е броят на дните за всяко пролежаване да бъде равен на броя на дните, които дава пътеката. В противен случай може да излезе, че пациентът се задържа за повече дни, отколкото дава право пътеката.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Предлагам да няма ограничение до 10 дни. Пациентът да плаща потребителска такса за всички пролежани дни.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Пациентът да плаща за толкова дни, колкото са по пътеката, по която е лекуван.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Тогава да се отнася за всички пъти на постъпване за лечение в болница – независимо дали е по една и съща или по различни пътеки.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Предложението на д-р Бянкova е: колкото пъти пациентът лежи в болница, толкова пъти да си заплаща потребителска такса в съответствие с изискванията на съответната клинична пътека, по която е приет за лечение.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Пациентът да изплаща поне за минималния престой, който се изисква по съответната клинична пътека. Седем дни е минималният престой. В такъв случай пациентът ще плати потребителска такса за седем дни. Пациентът ще плаща толкова пъти, колкото пъти бъде приет за лечение в болница. Не бива да има

ограничение за плащане на потребителска такса за пролежаване в болница – 10 дни годишно.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Колкото пъти един пациент през годината влиза в болница, толкова пъти да си плаща потребителска такса за клиничната пътека.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Това не е добър вариант. Повечето клинични пътеки вървят към намаляване на минималния престой в болницата, защото лечебното заведение има сметка от това.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Минималният престой е задължителен.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Разликата е, че при всяко влизане в болница за лечение ще плаща потребителска такса.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Но има пътеки, по които престоят в болницата е минимален – 1 – 2 дни.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА: Това означава, че пациентът няма да плаща потребителска такса годишно за десет дни престой в болницата, а ще плаща за всяко влизане в болницата по съответната клинична пътека.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Колеги, като че ли не обърнахте внимание на това, което каза Кирчо. Необходимо е да се избягва през Националния рамков договор да има допълнително освобождаване на пациенти от потребителска такса. Да се освобождават от потребителска такса само тези лица, които са определени в закона.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Непрекъснато се увеличава броят на освободените от плащане на потребителска такса.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: В момента многото освободени са хора, които са със заболявания. Говорим за ограничаване на разходите за лекарства. Пациентите със

заболявания са най-скъпите, а някои от тях са и работоспособни. У нас е прието а priori, че след като един човек е болен от едн каква си диагноза, той е неработоспособен. Оказва се, че повечето от пациентите работят. Започва освобождаване от плащане на потребителска такса на принципа на диагнозата. Например исторически се е сложило диабетиците да получават безплатно лекарства. А 99,99 на сто от диабетиците са абсолютно трудоспособни, част от тях са и богати, защото диабетът не им пречи на житейската реализация. Върви се по много странен механизъм. Тази болест е лепната като етикет и всеки заболял получава безплатни лекарства. Тези пациентски групи са с огромни претенции – да получават безплатно най-скъпите лекарства.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА: Те имат много силни пациентски организации.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: При тези групи хора уловката е много голяма. Това са хората, които най-често посещават лекарските кабинети и далеч невинаги на основание на някакви медицински показания.

Ако ти си например третата болница, а пациентът е изконсумирал десетте дни, колкото и да го държиш в болницата, няма нищо да получиш, защото той плаща само за десет дни престой годишно в болница.

Същевременно има любими пътеки – от 237 до 244 включително, т.е. това са т.нар. рехабилитационни пътеки, където половината България при първа възможност ги използва за курорт – преднамерено, целенасочено и не по медицински показания. Това е обществена тайна.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Така се повтарят санаториумите, които едно време съществуваха. Те получават и безплатни процедури.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Ако е лежал някъде, болницата не може да вземе нищо.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Клиничната пътека е болнично лечение както е при всички – няма разлика.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Болничната потребителска такса е по-висока. Там загубата е по-голяма.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Който иска, може да ходи и по линия на НОИ. Никой не ти пречи. Клиничната пътека е болнично лечение. По НОИ лечението е санаториално. Двете не са едно и също. В момента тези клинични пътеки са скрит курорт за огромен процент от хората. Там също се плаща потребителска такса. Като мине един път през рехабилитационната пътека и си е платил таксата, след това като го оперираш от апандисит, пациентът не плаща нищо, защото той си е платил потребителската такса за курорта. Винаги човек може да си намери някакво заболяване и да получи клинична пътека за лечение в санаториум.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Моля моето предложение да се счита като официално предложение, което да се обсъди и да се гласува.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА: Другият проблем е дали Националната здравноосигурителна каса ще се съгласи да включва потребителската такса в стойността на прегледите.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Това не е проблем на касата, а е проблем на закона. Голям песимист съм, че ще можем нещо да постигнем в това отношение по време на преговорите с НЗОК.

В никакъв случай касата да няма право да освобождава допълнително пациенти, извън закона, от плащане на потребителска такса. Ако Националната здравноосигурителна каса освобождава пациенти от плащане на потребителска такса, това ще бъде нарушение на закона.

Предлагам да се борим потребителската такса да бъде обвързана с минималната работна заплата, т.е. с някакъв закон. Сега също се предлага размерът на потребителската такса да се определя с постановление на Министерския съвет, но има разлика в сравнение със сега съществуващото положение.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Има подробен протокол. От него ще извадим предложенията и ще ги формулираме, тъй като сега на прима виста трудно можем да ги формулираме.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Атаката срещу правителството трябва да бъде, че реално с промените, които се предлагат в Закона за здравното осигуряване, влошава икономическото положение на лечебните заведения.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Позволете ми да направя обобщение на досега направените предложения.

Първото предложение е размерът на потребителската такса да не се обвързва със средната работна заплата, а да остане обвързана с минималната работна заплата.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Не мога да разбера защо се отказате от обвързването на потребителската такса със средната работна заплата.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Средната работна заплата се променя веднъж на три месеца. Тя не е фиксирана, както е минималната работна заплата.

Минималната работна заплата е плаваща и нейният размер зависи от данните, които ще се дадат от Националния статистически институт. В държавния сектор има един размер на средната работна заплата, друг е размерът в частния сектор. Много по-сложно е да се задоволят интересите на всички в тази непрекъсната промяна.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Смятам, че средната работна заплата отразява по-добре, тя е ретроспективна. Действително средната работна заплата е за минал период, но при нея по-адекватно се отразяват инфлационните процеси.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Средната работна заплата не засяга най-ниско платената част от населението и едва ли ще бъде добре посрещнато обвързването на потребителската такса със средната работна заплата.

Позволете ми да направя едно малко отклонение.

По принцип имаше договореност до идването на това правителство да се спазва златното швейцарско право. Там винаги компенсацията се прави на база на инфлацията. Ще дойде време, когато пак ще се въведе това правило, защото то е европейски принцип. Затова връчването на потребителската такса с минималната работна заплата е най-правилно, тъй като най-често тя се увеличава.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА: Може би и от политическа гледна точка е най-добре потребителската такса да бъде обвързана с размера на минималната работна заплата.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Ако се тръгне на преговори с министъра, с председателя на Комисията по здравеопазване и те категорично заявят, че е решено и потребителската такса ще бъде отвързана от минималната

работна заплата, и заявят, че каквито и мотиви да ни привеждате, не сме съгласни. Имаме ли резервния вариант как да постъпим?

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Доводите ни ще бъдат за привързване към средната работна заплата.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Аз смятам, че потребителската такса трябва да бъде обвързана с някаква стойност от закон, а не да зависи от Министерския съвет .

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Другият вариант е потребителската такса да бъде фиксирана.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Да, може да има такива държави, но там е друг принципът. Ще Ви кажа какво се прави в Германия.

Потребителската такса в Германия не се явява приход за лечебното заведение. Лекарите събират потребителската такса и я връщат в касата обратно. Когато се говори за това какво се прави в други страни, трябва да бъдем много внимателни.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: В Германия в аптеките се плаща такса.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Нека да не гледаме какво е в другите страни. Нека да си гледаме нашето положение.

Д-Р ГАЛИНКА ПАВЛОВА: Нека да не се опитваме да хитруваме, защото в момента се опитваме да кажем: не минимална работна заплата, а да бъде средна работна заплата. В момента се опитваме изхитруваме. Смятам, че твърдата позиция трябва да остане – минималната работна заплата. Ако управляващите така или иначе са решили размерът на потребителската такса да бъде 2,70 лева, добре, нека да бъде така, обаче да няма освободени пациенти от потребителска такса. А за тези, които са освободени от потребителска такса, за тях да

плаща Министерство на здравеопазването, или Националната здравноосигурителна каса, или Министерството на социалната политика и труда. От там нататък просто ще се съдим. Нямаме поле за ход. Смятам, че няма нищо да постигнем, ако предложим потребителската такса да се обвърже със средната работна заплата.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Например в Евростат има информация за средната брутна работна заплата на всички европейски страни. Има и данни за България за годишна средна брутна работна заплата за предходната година. Ако приемем варианта на средногодишната брутна работна заплата и да дадем процент, има ли проблем?

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: По принцип считам, че потребителската такса трябва да бъде фиксирана, за да не зависим от Министерския съвет. Най-добрата възможност беше обвързването на потребителската такса с минималната работна заплата. Вероятно управляващите бягат от това. Ако ние дадем друг вариант, ще бъде добре, но той пак ще бъде срещу нас.

Кажете какъв процент предлагаш да бъде потребителската такса от средната работна заплата.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Може би процентът трябва да бъде 0,4.

/Всички говорят заедно./

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Смятам, че трябва да излезем със становище да остане потребителската такса, но да бъде обвързана с минималната работна заплата. Ако бъде прието предложението за промяна в Закона за здравното осигуряване на второ четене, в такъв случай подкрепям предложението на д-р Ставракев – да отидем на варианта: да няма никакви освободени пациенти от потребителска такса, защото това е чист социализъм.

Третото предложение, което да направим пред Националния съвет, е предложението на д-р Ставракев. Ако и това предложение не бъде прието като трети вариант, при преговорите с Националната здравноосигурителна каса да кажем, че всички плащания, които съществуват, ако е в доболничната помощ автоматично се увеличават на 2,90 лева за всеки преглед, а ако потребителската такса се плаща в болничната помощ – потребителската такса за клиничната пътека, по който се лекува пациентът, става 5,80 лева на ден.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Надзорният съвет на касата може да каже, че бюджетът за 2013 ще бъде в същия размер, както е бил за 2012 година и не може да приеме това искане.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: В противен случай ще прибегнем и до крайните мерки – протести.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Не се опитвайте да променят цената през касата. Ако не бъде променен бюджетът, а това няма да стане, цената на потребителската такса не може да се променя. Нека всяка година да не се разправяме с едно и също нещо.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Предлагам ръководството на Българския лекарски съюз през следващата седмица да проведе среща с всяка една парламентарна фракция, за да се уведомят какво се крие зад промените, които се предлагат, в Закона за здравното осигуряване. Така ще се проучи какво е тяхното становище.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Ние не сме политическа сила, за да участваме в гласуването.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: В процеса на срещите ще търсим подкрепа.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Евентуално може да се получи подкрепа от малцинството в Народното събрание. То е ясно каква ще бъде подкрепата. Щом управляващите са го решили, то е сондирано.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Добре е някой от името на Българския лекарски съюз да говори в Народното събрание.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Не искам да изпадам в политически констатации. Не ми е приятно Мая Манолова да защитава нашите позиции, или Станишев, когото едва го изтряяхме докато беше на власт. Не мисля, че трябва да отиваме на този вариант. Сърбаме тяхната попара и не желая сега да ходя и да им се моля.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Да се търси подкрепата на синдикатите и на работодателските организации.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Добре, ще проведем среща с политическите партии. Тези срещи с ръководството ли да бъдат или с техните представители в Комисията по здравеопазване на Народното събрание?

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: С ръководството на парламентарните групи.

ИВАН СОТИРОВ: Конституционният съд още през 1999 – 2000 година се е произнесъл, че има разлика между заплащането на потребителската такса и заплащането на здравната осигуровка, т.е. че това не е плащане за едно и също нещо, а за различни писти. Инкорпорирането на потребителската такса в клиничните пътеки, според мен, ако правилно съм разбрал казаното от д-р Ставракев, това да не би да увеличи едното плащане и да го изравни като статут с другото.

Според мен, практическата стъпка е направена и законопроектът е минал на първо четене. Д-р Райчинов беше много остър в изявлението си на заседанието на

Комисията по здравеопазване на Народното събрание. Според мен, би трябвало да се търси лоби, когато Министерският съвет издава това постановление за определяне на минималната цена на потребителската такса, задължително да бъде по проект на Българския лекарски съюз. Там трябва да се допълни нещо в закона. Без такъв съгласуван проект между Българския лекарски съюз и Националната здравноосигурителна каса – Министерският съвет да не си позволява да прави сам цена. Вече имаме извървян такъв път. Знаете какво направихме чрез НРД. Подписахме тогава два договора – един основен и един допълнителен.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Беше ли потърсено нашето становище, господин Сотиров, преди изявлението на новата министърка на здравеопазването при положение, че ние като съсловна организация я подкрепихме още при избирането ѝ. Тогава много ясно изразихме нашата подкрепа и това го направихме за първи път. За който и да било министър преди нея не сме изразявали такава подкрепа. Заявихме, че за първи път имаме възможности и шансове. Няма и месец след това няма някой да е потърсил нашето мнение за нещо, за което им беше ясно, че няма да ни се хареса и няма да останем безучастни. Случи ли се да бъдем потърсени за мнение, за становище? Не се случи. За мен това, колеги, е абсолютно показателно. Следя нещата в хронология.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: От сегашния кабинет на министър Атанасова имаме отказ по направени от нас предложения, които да бъдат разгледани. Става въпрос във връзка с работната група за ваксината за рак на маточната шийка. Бяхме направили предложение да се включат допълнителни хора в работната група. Беше ни отговорено, че за съжаление работната група е

сформирана през февруари. Накрая на писмото пише: ако имате предложения, дайте ни ги. Най-вероятно няма да имаме добър диалог с министър Атанасова по въпросите, които дискутираме.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: След последната среща със заместник-министърката пуснах информация, но нямам никакъв отговор. По нищо не личи, че сме в нормални отношения.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Според мен, нека да търсим лоби сред народните представители. И за мен няма да е най-добре Мая Манолова да представя нещата в Народното събрание.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Настоявам за потребителската такса в болничната помощ.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Аз имам принципи, от които не мога да се откажа.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Когато искаме да прокараме нещо, може да се направи компромис. Не смятам, че в случая ще направим нещо без мярка. Това е мое мнение.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Колеги, все още нямаме кворум и не можем да приемем никакво решение.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Имаме кворум, защото д-р Дачев е на телефона и винаги можем да вземем неговото становище.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Предлагам да се придържаме към идеята това нещо да не стане, т.е. законопроектът да не бъде приет на второ четене.

Второто предложение е да отпаднат поне лицата, които са включени в списъка за неплащане на потребителска такса, но които са освободени по линия на Националния рамков договор.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Другият вариант е да атакуваме чл. 37 да отпадне от Закона за здравното осигуряване и въобще да няма освободени от плащане на потребителска такса.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Мисля, че по-правилният ход е да се атакува законът, защото на тази база се обосновават. Много добре знаете какво става, когато се стигне до преговорите в Националната здравноосигурителна каса и как много лесно се извиняват: то е записано в закона.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Да се направи предложение да отпаднат освободените от потребителска такса. Това ще породии доста широко негативно отношение срещу нас.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: С това ще рискуваме въобще да отпадне потребителската такса.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: А тогава пред кабинетите ще има опашки от чакащи.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Няма да има листа на чакащи. Нека да не плашим с неща, които няма да се случат. Ще ни паднат приходите и няма да има откъде да ги компенсирате. На касовия апарат ми излиза, че месечно получавам около 700 лева от потребителска такса. Няма откъде да компенсирам тази сума, ако отпадне потребителската такса. Ако предявим искане да няма освободени от потребителската такса, тогава таксата ще бъде изцяло премахната. Да искаме само да няма освобождавани от потребителска такса на базата на рамковия договор.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: А за тези, които са освободени от плащане на потребителската такса, ще предложим да бъде вменено на Министерството на труда и социалната политика, тъй като се счита, че те са

социално слаби, министерството да поеме заплащането на потребителската такса.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Искам да кажа нещо за социално слабите пациенти.

Всички хора, които са минали са освидетелствани на ТЕЛК, имат признат процент инвалидност, получават социални компенсации. Всяко социално подпомагане плаща за лекарства, които се изписват по рецептурна книжка, за балнеолечение веднъж годишно се плаща някаква сума, ползват безплатна винетка, ползват намалени такси за телефон, отопление, безплатни карти за пътуване с обществения транспорт. Тези хора една потребителска такса ли ще ги уплаши? Тези хора получават много пари. Пациент, минал през ТЕЛК и ако му е призната инвалидност първа група или първа група с придружител, той е толкова обезпечен с пари. За придружител се дава допълнителна сума към пенсията.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Ще бъде зададен въпросът: ако приемем Вашето искане, колко това ще ни струва. Ние трябва да имаме някакви обеми, някакви суми, които да могат да се сметнат като реални стойности.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Такава информация може да се получи от всяка служба за социално подпомагане. В ТЕЛК знаят колко души са получили категории инвалидност.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Те знаят колко души са с инвалидност. При нас изниква въпросът колко души от освободените от плащане на потребителската такса са минали на преглед, кои по колко пъти годишно са минали на преглед и са лежали в лечебните заведения.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Има наредба, според която се определя колко трябва да се даде на човека според решението на ТЕЛК.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Списъкът на освободените от плащане на потребителска такса ще го намерим лесно. По-трудната част е от тези пациенти, които са освободени от плащане на потребителска такса, каква е тяхната посещаемост в лечебните заведения и при джипитата. Тогава може да се изчисли с какъв ресурс би се натоварила социалната служба.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Колеги, изпадаме в състоянието – те не ни пускат до масата, а ние искаме да се качим на масата. Това е нещо, което трябва да го имаме като генерално за развитие. Да търсим начин в бъдещето да намерим подкрепа на управляващата политическа сила или сили, които да го прокарат. В момента това ще се обърне срещу нас. В момента предложението за промяна в Закона за здравното осигуряване и привилегиите, които са дадени на някои, са популизъм, който се харесва на гражданите. Трябва да кажем ясно, че е необходим регулаторен механизъм, че увеличаването на минималната работна заплата компенсира до някъде инфлацията и необвързването с минималната работна заплата не се компенсира инфлацията на лечебните заведения. Да заявим, че това ще бъде удар срещу здравеопазването в България, който ще бъде нанесен от правителството. Търсенето на някакъв консенсус с останалите политически сили – да. В момента те са в опозиция, а някои от тях през следващата година вече няма да са в опозиция. Така или иначе, да се подготви почвата за прокарване на всички тези неща. Съгласен съм с Вас и с казаното от Вас. Трябва да се търси някакъв начин. Необходимо е проблемите да се решават стъполавно.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Мисля, че това вече сме го правили. Когато беше казано, че пенсионерите ще плащат

1 лев потребителска такса, но имаше доплащане от държавата, колегите ще кажат, че се прави същата гимнастика. Тогава доказвахме колко е лошо, че няма да се плаща регулярно...

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Не забравяй, че тогава имаше компенсация от държавата.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Но не забравяй, че имаше забавяне.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Въпреки забавянето сумите ни бяха превеждани.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Какво беше становището на д-р Шарков при дискусията в комисията в Народното събрание?

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Шарков напусна заседанието. Мая Манолова направи своето изказване и заяви, че не е съгласна с предлаганите промени. Евгений Желев също направи изказване и заяви, че не е съгласен с предлаганите промени в закона. Хасан се опита да направи реплики, но го игнорираха. Много малко членове на комисията присъстваха на заседанието. Основно бяха членовете на комисията от ГЕРБ и гласуваха единодушно с половин лакът под масата.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: В такъв случай предложението на доц. Китов става много актуално, след като е имало членове на комисията, които не са били съгласни с предложения законопроект.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Ако днес една политическа сила те подкрепи, защото е в опозиция, малко по-трудно, когато след година дойде на власт, ще започне да прави същите неща. Воденето на разговори означава нещо да заложим за бъдещето.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Заставаме твърдо на позицията, че размерът на потребителската такса да

бъде обвързан с минималната работна заплата. Остава вариантът да пробваме по време на преговорите с НЗОК да отпаднат групите от пациентите, които не са освободени от потребителска такса по закон.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Това е вменено в закона. В текста, въз основа на който пациенти се освобождават от потребителска такса, е записано, че се освобождават тези и тези ... „и други по Националния рамков договор“. Националната здравноосигурителна каса не казва кой да бъде освободен от плащане на потребителска такса. Касата спазва тази част от закона и от там нататък, когато преговаряме с касата, няма да има приложение, което да договаряме с касата за освобождаване няма да има. Правилно е да поискаме от текста на закона да отпаднат думите „и други“.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Ако Комисията по здравеопазване и Народното събрание приемат на второ четене промените в Закона за здравното осигуряване, ако всички преговори завършат без някакъв реален резултат, готови ли сме на някакви конкретни действия, протести и т.н., или да остане изразяването на нашите протести и несъгласие само на ниво медии, телевизии, излизане с интервюта пред пресата.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Може би Националният съвет ще може да направи по-точно предложение по този въпрос.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Ако останем само на ниво медии, вероятно ще се получи същият резултат както след пресконференцията.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Може да се организира още една пресконференция.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Не забравяйте, че има целенасочена политика на медиите тези новини да не се

пускат и да се забутват някъде. Знаете, че кучетата си лаят, а керванът си върви.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Колеги, можем ли да организираме ефективен протест? Това е другият жесток въпрос.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Не.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Най-малко по тази тема, която обсъждаме.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Колегите са много недоволни, ще се оплакват.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Искате ли на заседанието на Националния съвет да направим предложение за организиране на протест?

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Да.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: На Националния съвет да се предложат какви мерки е необходимо да се предприемат. Членовете на Националния съвет да решат какво да се прави.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Ако не се предприемат протестни действия, ще бъде казано, че спим и нищо не сме направили.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Да поискаме от всяка районна колегия да изпрати в централата на съюза дали нейните членове са съгласни да се организира протест. Така ще разберем колко районни колегии желаят да има протест.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Да се попита как да се организира протестът.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Предлагам да се обърнем към Сдружението на общините с писмо и да го информираме какво очаква общинските болници в резултат на предлаганата промяна в Закона за здравното

осигуряване. Общините са в много тежко финансово положение.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Не възразявам да се изпрати писмо на Сдружението на общините, за да го информираме по въпроса и да поискаме тяхното становище. Да запознаем сдружението с това, което очаква общинските болници, ако бъде прието предложението за промяна в Закона за здравното осигуряване.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: А какво ще направим по застраховането?

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Този въпрос не е включен в дневния ред. Вие разбирате какво е становището на ръководството на съюза. Имате го.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Имайте предвид, че това също е много тежък проблем.

В застраховането няма солидарен момент. В доброволните осигурителни фондове има солидарен момент. Доброволното застраховане не действа по простата причина, че пакетът е един. Това е написано добре.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: От гледна точка на получаване на парите при единия и при другия вариант, със сигурност презастраховката е по-бързият и по-сигурният вариант.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Не е вярно.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Трябва да Ви кажа, че има много големи проблеми със застрахователите.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: А имате ли представа колко изплащат осигурителите?

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Трябва да се има предвид, че застрахователите управляват парите. Те са дългосрочни рискове. Здравното осигуряване и доброволното осигуряване е едногодишен риск. Няма как

да пропадне. В едно застраховане има реална възможност да се набутат и тези, които са най-терикати.

Заявявам, че поддържам написаното в становището на Българския лекарски съюз по този въпрос.

По точка 3

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Един от поводите за организиране на пресконференцията беше решението на КЗК. На пресконференцията в прав текст се каза, че това е политическа поръчка, която цели унищожаването на Българския лекарски съюз. Не говорим за решението, а само за наказанието, което е максималното. Това не са приходи на Българския лекарски съюз. Ако трябва да изплатим 80 000 лева, два месеца реално Българският лекарски съюз няма да работи. Няма да можем да издържим.

Ще дам думата на адвокат Сотиров, за да ни информира как точно стоят нещата.

ИВАН СОТИРОВ: Това ще бъде второ или трето изявление, което правя. Ще се опитам на нормален език да Ви запозная с казуса.

С решението си КЗК приема, че сме предприятие, приеха, че Българският лекарски съюз е съвкупност от предприятия, без да се фиксира дали става дума за районните колегии или за самата правна организационна форма на част от лекарите като търговци. Глобата е изчислена въз основа на членския внос за предходни години, който неправилно се тълкува, че това е печалба. Отчисленията към Управителния съвет на Българския лекарски съюз са всъщност субсидии от страна на районните колегии за издръжка на централното ръководство на съсловната организация.

Още не мога да си отговоря на обърканите мотиви – срещу кого воюват: срещу организацията или срещу един текст от нормативен акт, който не им харесва. Те считат, че Кодексът за професионална етика не е нормативен акт, защото не можело да се казва Кодекс. Имаме кодекс за поведението на адвокатите. Има различни други кодекси като имена, които, според тях, им стоят в йерархията.

Кодексът за професионална етика по предложение на Българския лекарски съюз е обнародван в "Държавен вестник" и не е отменен. Комисията за защита на конкуренцията, според мен, воюва срещу чл. 57. Според нея, ѝ се струва, че дава възможност да определя минимални цени, които били монополни. Комисията не е назначавала икономически анализ, не допусна назначаването на експертиза. На 3 май беше отказана експертиза, а на 4 май беше постановено решението на комисията. Комисията отказа да конституира всички 28 районни колегии, които са юридически лица. Районните колегии по изричното изискване на д-р Райчинов искахме да бъдат конституирани по това дело. Идеята на д-р Райчинов беше, ако е възможно, всички 29 юристи да застанат в залата на комисията като тежка артилерия и да се обясни на членовете на КЗК, че няма проучване не само за 22 лева цена за преглед, която е определена на събора на Българския лекарски съюз през 2007 година. Няма и сега проучване на пазара и монополно въздействие върху него няма и сега, тъй като няма нито един лекар, наказан за изпълнение на тази морална препоръка на събора. Това е нравствено послание от страна на събора, защото няма засегнати лекари. Проблемът беше да не се получава преливане на пациенти

за по-евтини прегледи от едната в другата практика, от един лекар – при друг.

Опитахме се и казахме на комисията, че самата тя не се държи последователно и противоречиво. По делото за кардиоболниците, когато с указание на д-р Райчинов и д-р Ленков бяха разширени заради ангиографските лаборатории и договори с тях, инвазивната кардиология от 4 субекта на пазара всъщност станаха осем. Никога Българският лекарски съюз не се е държал монополно на пазара. Стигна се до подаване на жалба от страна на каридоболниците. Българският лекарски съюз и Националната здравноосигурителна каса увеличиха броя на субектите на пазара. Тогава същата комисия каза, че не сме предприятие, Вие не сте съвкупност от предприятия, нито като съсловна организация, нито като партньор по НРД. Само три месеца след това ни заплуха и ни определиха, че сме предприятие, съвкупност от предприятия, някаква сбирка от търговци, които се опитваме да манипулираме.

Подадохме жалба. Тя е внесена на 18 май 2012 година чрез Комисията за защита на конкуренцията и е изпратена на Върховния административен съд. Справката показва, че делото е насрочено на 6 ноември 2012 година. Разпределена е на Четвърто отделение на Върховния административен съд. Делото ще се разгледа от тричленка. Не е определено кой ще бъде докладчик. Това ще бъде първа инстанция.

Евентуално може да се очаква негативна нагласа от засегнати лекари – по някакъв начин неудовлетворени от лечението на тях или на техни близки. Лично аз не виждам причина това решение да не бъде отменено. Напротив. Решението ще бъде отменено и ще бъде

допуснато всички районни колегии да се конституират като страни по делото. Ние сме представили уставите на всички районни колегии. Предполагам, че ще бъде допусната исканата от Българския лекарски съюз експертиза, която да установи, че нямаме монополно регулиране на цените или изравняване на прагове, които да влияят на населението. Не зная за какъв конкурентен пазар става дума при 22 или 24 лева цена за преглед. Когато се гласува по предложение на д-р Константинов от Варненската районна колегия цената за един преглед да бъде 24 лева, минималната работна заплата беше 240 лева. Досега няма нито един санкциониран лекар, нито пък е получена жалба в Българския лекарски съюз по този повод.

Решението на КЗК е много объркано. За комисията не е ясно що е печалба, що е субсидия, що е отчисление от членския внос, що е предприятие по смисъла на Закона за конкуренцията и т.н.

Считам, че е пораженско настроение предварително да се изчислява на всеки лекар каква глоба ще се падне, ако се уважи решението на КЗК.

Досега съм отменял две дела на Комисията за защита на конкуренцията - всяко за по 100 000 лева.

Ако Върховният административен съд съди по правото, веднага ще отмени решението на Комисията за защита на конкуренцията.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: За нас много важно беше международната среща, която се проведе във Варна, да гласува декларация, с която да бъдем подкрепени против решението на КЗК. Тази декларация много трудно бе приета. Ще Ви кажа защо.

В Португалия по същия повод - определяне на минимална тарифа за заплащане на лекар, а те са приели

и максимална тарифа с оглед някой да не си напише много високи хонорари, има решение на комисия, подобна на нашата Комисията за защита на конкуренцията, са били глобени със 130 000 евро. Категорично от съда е било заявено, че това е намеса в пазарната икономика. Общо взето, изказванията на повечето колеги, които бяха на конференцията, беше в тази посока. Декларацията бе гласувана в наша полза. Двама от представителите бяха против, имаше седем въздържали се и представителите на 17 европейски страни ни подкрепиха. По принцип тук остава висящ въпроса дали сме на прав път.

Иван е много позитивно настроен и мисли, че решението на Върховния административен съд ще бъде в наша полза. Позволи ми да бъда малко скептичен към решението. Нека действително да мислим и за най-лошия вариант, ако пълният размер на глобата ни бъде наложен. Тогава какво ще правим?

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Изобщо този вариант трябва да отпадне и не бива да го допускаме.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Този минимален размер на цената за един преглед касае само хората, които работят частно. В същото време една голяма част от членовете на Българския лекарски съюз също са наказани, въпреки че те изобщо нямат такава частна практика. Дали ние, които нямаме частна практика, не сме засегнати и не можем да обвиним КЗК, че иска да ни бръкне в джобовете. При това положение КЗК няма право да наказва всички членове на съюза. Да се провери дали не може да се заведе дело срещу КЗК. Аз съм заинтересувана страна, тъй като нямам регистриран частен кабинет, но плащам членски внос. Защо аз съм

наказан? В тази посока можем ли да минем в контраатака? Можем ли да заведем дело?

ИВАН СОТИРОВ: Ще помоля всички, които сме засегнати от решението на КЗК, да застанем рамо до рамо в съдебната зала.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Може всички лекари, които работят в държавни болници и нямат частни кабинети, да заведат дело срещу КЗК, защото те нямат никаква алтернатива. Тук се включват всички военнослужещи, всички лекари в системата на Министерството на вътрешните работи.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Всички частни кабинети са регистрирани в НЗОК. Повечето колеги нямат частни кабинети.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: В случая се говори за плащане за прегледи, които са извън публичния сектор.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Защо колегите, които нямат частна практика, ще бъдат наказвани с това решение на КЗК?

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Може да заведем колективен иск, в който да се включат всички колеги, които нямат частна практика.

Смятам, че по този казус следва да бъдем оптимисти.

Искам да кажа нещо, което да е контрааргумент от наша страна. Това е въпросът за цената на прегледа, който Националната здравноосигурителна каса е определила като стойност, която е задължителна. НЗОК няма монополни функции в случая, според тях.

Освен цената, която очевидно много малко хора вземат, защото повече средства се дават за частни прегледи. Това е много добре известно. Има цена на прегледа и по 50, и по 100 лева. Това също е нещо,

което е сериозно като аргумент. Предлагам да не обсъждаме размера на цената на прегледа, защото ще се набутаме още повече. Цената е определена с тъпо решение, което е безумие. Следва в решението ни да се определи какво е преглед, кой го контролира, как се документира и т.н. Тогава министър Дянков може да се усети и работата да стане много дебела.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Това, което коментирахме на предишното заседание на Управителния съвет, беше, че по същата логика трябва да се атакуват ценоразписите на всички лечебни заведения, които касаят кешовите плащания, които също не са публични средства. Задължително по закон всяко лечебно заведение има ценоразпис. Този ценоразпис лечебното заведение си го определя. Лечебното заведение не се съобразява с никакви условности нито на Комисията за защита на конкуренцията, нито с никакви други. Съгласно тези ценоразписи прегледът не е 24 лева.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Ако Сдружението на болниците фиксира минимална цена на тези услуги, веднага КЗК ще го бутне.

ИВАН СОТИРОВ: Но цените в ценоразписите на отделните заведения са различни.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Пуснали сме възражение до Върховния административен съд.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Питам защо е всичко това? Коментираме, че е абсурдна възможността да се определят каквито и да е минимални цени в частния сектор. Как може да стои един ценоразпис за адвокатски тарифи в офиса на адвоката? Абсолютно същите принципи важат и за тях. Защо може за адвокатите да важи едно, а за всички останали – друго. Ако някой може да ми обясни това, ще му бъда благодарен.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Тарифите за адвокатите са определени с постановление на Министерския съвет.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Значи можеда има утвърден ценоразпис. Нормативната ни база в момента е инсуфициентна, поради което страдаме ние при тези опити. Наблягам на този въпрос, за да разберем къде е проблемът.

Продължавам да твърдя, че законите трябва да важат за всички. Принципите, на които се основават и пишат, също трябва да са еднакви за всички.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Хонорарите на адвокатите се документират и върху получените хонорари им се начисляват данъци. Нашето брата от частния сектор не плаща никакви данъци.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Доц. Китов, това не е вина на нашегo брата, а е вина на държавата, че не е създадала механизми, че не контролира.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Определени тарифи имат адвокати, съдия-изпълнители и други категории.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Този, който има претенцията да въвежда, трябва да има и дупето да контролира. Ние нямаме механизъм да упражняваме контрол. Защо тогава го въвеждаме?

ИВАН СОТИРОВ: За случая Комисията за защита на конкуренцията се е самосезирала по две интервюта на министър Стефан Константинов, който казва: има един член от кодекса, а как ще го спазвате на практика. Комисията взема тези две изявления на министър Константинов и се самосезира.

Да, има минимални цени за адвокатските дейности. Има цени за архитектурните услуги. Има ценоразпис за строителните услуги. Има ценоразписи за нотариусите, за частните съдебни изпълнители.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Ние говорим за извършена услуга в рамките на свободната професия.

ИВАН СОТИРОВ: Има и решение на Комисията за защита на конкуренцията, което се занимава със Закона за ветеринарно-медицинската дейност. Комисията е започнала да предписва да се отмени едн един член от закона. Самата комисия не вкарва нашия Кодекс за професионална етика във Върховния административен съд и да каже: махнете тази норма, защото е монополистично настроена. Комисията наказва организацията, че се позовава на действащ подзаконов акт. Когато комисията говори за ветеринарните лекари, тя казва: това е предвидено точно в закона и такива цени може, има делегация на права, отменете закона.

Кодексът за професионална етика е публикуван в "Държавен вестник".

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Делото е насрочено за началото на ноември.

Въпреки всичко трябва да бъдем готови и за песимистичния вариант: какво ще правим, ако ни се наложи от Върховния административен съд решение да платим глобата.

РЕПИЛКИ: Ще обжалваме решението на Вас.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Това означава, че ще отидем на петчленен състав. Ако петчленният състав постанови същото решение, тогава няма пред кого да се жалваме и трябва да платим 80 000 лева. Тогава какво правим?

ИВАН СОТИРОВ: След това има и седемчленен състав. Има и Европейски съд. Не може да се наказват всички членове на Българския лекарски съюз под един знаменател.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Най-накрая ще стигнем до варианта, при който или ни оправдават, или ни осъждат за някаква сума.

РЕПЛИКИ: Тогава ще мислим какво ще правим.

РЕПЛИКА: Ще заведем дело в Страсбург за същата сума.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: В Страсбург ще спечелим.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Не е ясно дали в Страсбург ще спечелим. Дадох Ви примера с Португалия.

Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ: Трябва да имате предвид, че в България този род организации възникват експлицитно, т.е. със закон. Този закон ни прави доста различни от всички останали юридически лица, които съществуват като лекарски асоциации в Европа. Ние може да имаме същата функция, но начинът, по който възникваме е доста различен и ни поставя в съвсем друга правна среда. Не може да се прави едно към едно съпоставка с Португалия.

ИВАН СОТИРОВ: Съгласен съм с казаното от д-р Еленски.

Комисията за защита на конкуренцията водеше „проверката“ срещу нас като визираще едно сдружение от 1992 година, когато Българският лекарски съюз не е бил този, който е сега. Членовете на комисията са толкова слепи и така са си сложили капците на очите, че трябваше на две заседания да им обяснявам, че сдружението е по Закона за лицата и семейството. Сдружението и съюзът са с различен БУЛСТАТ.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: КЗК приема чисто политически решения.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Фактът, че производството спрямо Българския лекарски съюз се възбужда след конкретни изказвания на министър Константинов, а тази

ситуация не е от вчера. Защо до тогава комисията не се е самосезирала? Първото решение на събора за определяне на цена за преглед е от 2007 година.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Ясно е, че това е политическо решение. Въпросът е, че трябва по някакъв начин да излезем от ситуацията. В случая е важен принципът.

/Всички говорят заедно./

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Колеги, отново повтарям. Ако не можем да излезем от ситуацията с решение в наша полза, ако ни осъдят, как ще плащаме тези пари?

РЕПЛИКИ: Ще мислим, като излезе решението на съда.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Искам да попитам Иван: кога ще се наложи да плащаме глобата, ако бъдем осъдени?

ИВАН СОТИРОВ: След решението на петчленния състав. А като заведем дело в Страсбург, имаме право да спрем изпълнението на процедурата.

ИВАН СОТИРОВ: Има и една друга опция. Президентът на страната може да опрости това задължение.

По точка 4

Доклад за срещата на FEMS и АЕМН
във Варна от 17 до 20 май 2012 година

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Колеги, предполагам, че всички сте запознати с информацията, която публикувахме на сайта на съюза.

Ще се спра на по-важните моменти от международната среща, която се проведе във Варна.

За първи път се проведе съвместен форум на FEMS и АЕМН във Варна – от 17 до 20 май, на който бяхме домакини. Присъстваха общо около 70 делегати. Обсъдиха се доста сериозни проблеми по отношение най-вече на

работното време. Имаше дискусии по отношение на това дали разположението на лекарите, работещи в болниците на държавна заплата, тъй като FEMS е преди всичко профсъзна организация. Проблемите, които се обсъждаха и коментираха, засягаха основно тази материя. Стана въпрос, че има предложение или по-скоро се правят опити да отпадне плащането за разположение и да им плащат, когато са на разположение. Основно се заплаща, когато съответният консултант се повика да извършва съответна дейност под формата на извънреден труд или по часова ставка.

В някои европейски страни са извокували положението да се заплаща и то доста добре. Имам предвид болниците.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Има държави, в които не се плаща на лекарите, които са били на разположение. Аз съм бил на разположение и не са ми плащали.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Аз не съм изготвял доклада. Съобщавам само това, което беше съобщено на конференцията.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Има страни, в които се признава като работно времето на изчакване.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Ще Ви спомена малка подробност. Разположението при тях означава, след като бъдете повикан, на петата минута трябва да бъдете на работното си място. Това означава, че трябва да бъдеш най-вероятно в болницата. В България разположението се третира по друг начин. При нас, ако се появиш до половин час в болницата, пак ще бъде добре.

Беше направена една интересна презентация – сравнителен анализ на заплатите в европейските страни. Видя се, че ние сме на последно място. Предполагам, че

и с тази информация сте се запознали. Имаше разлика в официалните данни, които бяха подадени – по отношение на маржа и ножицата, т.е. ножицата между минималните и максималните заплати, които са официално обявени в проучването. За България беше дадена информация, че заплатата варира от 380 до 1600 евро. Знаете, че това не е вярно. Умишлено не сме правили уточнения, защото трудно колегите щяха да разберат как може при нас ножицата да е 100 пъти. Нормалните разлики от проучването, което беше показано, варираха от 1,5 до 3 – 4 пъти между минимална и максимална работна заплата. Най-високата минимална заплата се оказа в Белгия, след това са Дания, Люксембург и т.н. В тази класация не се включваше Америка. Говорим за европейските държави.

Имаше много интересна презентация от проф. Джанет Гранд, която представи много интересен поглед по отношение на продължителното медицинско обучение и най-вече за това дали трябва да бъде задължително или не. Общо взето, изказа тезата, че трябва да си остане доброволно. Още повече, че даде за пример едва ли не, че всеки разговор с колега също може да се приеме за един вид обучение, защото от разговора може да придобиеш по-висока компетентност в определена област.

Презентациите ще бъдат качени на сайта.

Много сериозно се обсъждаха едни текстове, които се очаква да влязат в основата на бъдещи евродирективи, касаещи взаимното признаване на квалификацията. Вероятно французите имат някакви проблеми – вероятно с някои чуждестранни доктори, където имало някакъв проблем. Отнемат правата на съответния специалист. Оказва се обаче, че поради липсата на паневропейска система за своевременно уведомяване съответният специалист излиза от страната

и отива в съседната страна, където продължава да работи. След това не е имало никакви проблеми. Но явно е, че обичат да гонят до дупка. Искат, когато се окаже, че на един специалист е наложена забрана или ограничение за практикуване, тази забрана и тази информация трябва да се разпространят. Имаше работни групи, където обсъжданията бяха, общо взето, доста бурни. В крайна сметка до приемлив текст не се стигна. Имаше претенции да има едва ли не автоматично оповестяване при налагане още на превентивна забрана, преди да бъде доказан случаят и на лекаря да бъдат отнети правата още, когато е във фаза на разследване и обследване. Да бъде създаден механизъм, който да ограничава правото на лекаря на практикуване и то в рамките на целия Европейски съюз. На този етап това не беше прието. Французите бяха най-активни в това отношение. На следващата среща ще продължи дебатът.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Какво се прави тогава, ако колегата, който е разследван, се окаже невинен?

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Имаше няколко часа дебати, без да се стигне до решение. Предлага се да се въведе някаква оповестителна система.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: В правото важи принципът за невинност до доказване на противното. Преди да е доказано за колегата, че е извършил действително някаква медицинска грешка, какво значи да бъде оповестено в другите европейски страни за него.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА: Действително има и друг процес на миграция, при който лекарите наистина ходят в една, във втора, в трета държава.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Въпросът е много щекотлив и предлагам да не го дискутираме.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Не може да се оповестява за човек, който не е получил официално институционално признание, че е сгрешил. Като се получи – било от съд, било от институциите, тогава да се оповести. Не бива да се оповестява предварително.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Колеги, прочели ли сте решенията, които бяха приети от конференцията?

РЕПЛИКИ: Да.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Искате ли отново да ги прочетем?

РЕПЛИКИ: Не.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Прочели ли сте декларацията?

РЕПЛИКИ: Да. Но декларацията може да бъде прочетена утре.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Водил съм си бележки. Позволете ми някои от бележките да Ви прочета като информация. Имаше точка, в която от всяка държава споделяха своите проблеми.

За Швеция –най-ефективни са болниците, които разполагат с между 200 и 600 легла. От 4 до 8 лекари се падат на 1000 болни.

За Германия – са седем лекари на 1000 болни. Казват, че германците имат по-добър финансов ресурс и затова могат да си го позволят.

В изказването си Венцел – председател на FEMS, каза, че с 42 на сто се е увеличило времето на лекарите в здравеопазването за администриране. Той изказа една негова сентенция, която много ми хареса: Здравето няма цена, но работата на лекаря има своята цена.

Венцел сподели, че фактически втората жертва на медицинската грешка са лекарите. Лекарят бива съден,

лекарят я изживява психически . Във Франция годишно броят на лекарите, които се самоубиват, е 10 - 15 души.

Беше казано, че през 2020 година се очаква дефицит на здравни специалисти за Европейския съюз от 1 милион души.

В Словакия Законът за превръщане на болниците в търговски дружества е премахнат. За 5,3 милиона население броят на лекарите е 20 000 души. Около 7000 от тях работят в болници.

В Швеция съкращават броя на болничните легла. В Швеция броят на болничните легла е най-малък за Европа.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Знаете ли колко болници има в Швеция?

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: Те са окрупнили някои болници. От 80 болници сега имат 18 или 19 болнични групи, които представляват холдинг или сдружение. В Швейцария окрупняването на болници се прави от 4- 5 години.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Бюджетът на Швеция, където живеят около 9 милиона души, за здравеопазване е 27 милиарда евро.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: За Швейцария много интересно беше изказването на нейния представител. До миналата година са въвели DRG-та по кантони. Въвели са ги навсякъде. Използвали са немската система. Имат много трудности. Колегите от Швейцария предлагат да се обмисли връщането към предишната система на таксите, т.е. плащане за дейност.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: В европейските страни DRG-та са въведени, за да намалят разходите. При

нашите ниски разходи въвеждането на DRG-та ще увеличи двойно разходите.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Интересно беше изказването на представителя на Турция. В Турция имат много сериозен проблем. Управлението на държавата е скочило срещу лекарите. Написахме една декларация в подкрепа на турската организация, тъй като държавата забранява нейното съществуване. Специално изказаха благодарност на Българския лекарски съюз по този повод. Казаха, че за миналата година в Турция 33 лекари са поискали полицейска подкрепа срещу насилие от страна на пациентите. Преди месец в Турция бил убит един кардиохирург.

ДОЦ. Д-Р БОРИСЛАВ КИТОВ: Ердоган води много тежка политика срещу лекарското съсловие. Лекарите нямат право на повече от един кабинет. В същото време съпругата на Ердоган има една от най-големите вериги от лечебни заведения.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Изводът, който може да се направи от конференцията, е, че има отлив от медицинската професия като цяло. Навсякъде има дефицит на болнични лекари. Отправната точка навсякъде преценяването на доходите на лекарите е средният доход за страната. Оказва се, че много малко са страните, в които наистина многократно се надвишава този среден доход от лекарските заплати. В повечето страни заплатите на лекарите се движат около средния доход. В България сме залепени не на дъното, а сме дори под дъното.

Румънският представител го попитахме защо ни няма в презентацията, поради което сме му обидени. Той мълча и каза: няма Ви от любезност.

Гръцките колеги се оказа, че имат доста проблеми.

Колегите от Португалия, че имат около 50 на сто на доходите в болничното здравеопазване. Това се отнася за много държави от Европа.

БЛАГОВЕСТА КАСАБОВА: Имайте предвид, че този проблем съществува само в белия свят.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Забравих да Ви кажа нещо за поляците. Казаха, че също са страдали много от изтичане на техни кадри от началото на промените. Благодарение на политиката, която провежда държавата и която е насочена за повишаване на заплатите за добра квалификация и следдипломно обучение, през последните години трайната тенденция към задържане на кадрите е налице. Много медицински кадри се завръщат в Полша.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: На полските колеги заплатите са малко над средната заплата за страната – това се дава като официална статистика.

ДОЦ. Д-Р ЛИЛИЯНА ХАВЕЗОВА: Те имаха доклад за миграцията – защо намалява миграцията. Осигурява се добър социален статус за населението.

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА: В Унгария медиците са много зле. Спрямо нас всичко е относително. Може би от нас по-зле няма.

По точка 5

Информация за хода на преговорите с Националната здравноосигурителна каса

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: План-графикът за срещите по проблемите на болничната помощ се изпълнява. Не са започнали преговорите за СИМП и ПИМП. Стартираха само преговорите за болнична помощ. Първите срещи вече минаха. Досега се проведеха преговорите на гастроентеролозите, нефрология и хемодиализа,

инфекциозни, дерматология, неонатология, клинична токсикология, коремна хирургия, ендокринна хирургия, пневмология и фтизиатрия, кардиохирургия, съдова хирургия. Вчера се проведеха преговорите за АГ. Днес трябваше да има преговори за неврохирургия. По молба на доц. Китов и на други колеги, които трябва да присъстват тук, отложихме срещата за 20 юни.

Мога да Ви запозная по пътеки какво е прието на проведените досега срещи. Струва ми се, че това е подробна информация, която няма да Ви свърши много работа. Ние поемаме като ангажимент – когато дойдат съгласуваните протоколи от срещите в касата, защото сутрин се провежда среща в Българския лекарски съюз, уточняват се позициите и след това се отива в касата, преговаря се и се излиза с протокол. Вече сме получили 3 – 4 протоколи, ще ги обработим и от понеделник ще ги качим на сайта.

Общо взето, преговорите вървят сравнително спокойно. Експертите на касата, с които преговаряме, са изцяло нов състав, който не е много ориентиран. Те предпочитат, ако има спорен момент, веднага да кажат: този въпрос ще бъде решен от Надзорния съвет на касата, въпреки че той няма никакво отношение по тези неща. Може би през следващата година, когато тези експерти навлязат в час с проблематиката, преговорите ще бъдат по-различни.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Засега преговорите вървят добре. Атмосферата е нормална. Предложенията, общо взето, се приемат. Текстовете се изчистват. Това, което са склонни да махнат, са изискванията, които са излишни и безсмислени и с тях не се подобрява нито качеството, нито отчетността.

Като цяло, като стигнем до цените, тогава ще си проличат резултатите. Досега не сме говорили за цени. Дават се предложения и на този етап, без да се коментират.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Вече има няколко предложения за промени в Наредба № 40 за въвеждане на няколко нови клинични пътеки или разделяне на досегашни клинични пътеки, но значително по-малко от миналата година. Хирурзите се отказаха от всички пътеки, които искаха да разделят. По този въпрос имах особено мнение. Хирурзите прецениха, че трябва да се преговаря изцяло за вдигане на цените, а не да се разделят пътеките и от там да се мисли за увеличаване на цени. Постави се въпросът не само за хирургичните пътеки, но и съдовите хирурзи го поставиха: когато е патология на чифтни органи /например ампутация на единия крак в рамките на един месец да може да се пуска същата пътека, ако се касае и за другия крак. Например ампутира се пръст или стъпало на единия крак, след това се налага ампутация на стъпалото на другия крак или на ръка, да минава по същата клинична пътека. Съдовите хирурзи дадоха пример: емболия с исхемична некроза. Това може да се изнесе в общата част и след това в конкретните пътеки. Мисля, че в конкретните пътеки навсякъде трябва да се запише. Ако е записано само в общата част, може да има различно тълкуване и може да се допусне грешка.

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: ТОВА би трябвало да се отнася и за катаракта на очите.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Хирурзите поставиха този въпрос, но той не се отнася само за хирурзите. Това трябва по принцип да се предложи на НЗОК. Предполагам, че няма да имат нищо против. Когато приемеш един

пациент в рамките на месеца и се налага операция за другия орган от чифта, се чудиш какво да му измислиш.

Всичко ще бъде качено на сайта, за да може всеки по специалност да си погледне нещата.

По точка 6

Разни

Д-Р ДИАНА ЧИНАРСКА: Смятам, че сега е моментът да докладваме за работната среща на Българския лекарски съюз и Националната здравноосигурителна каса във връзка с неблагоприятните практики. Резултатът от проучването, който дойде, от разговорите и срещите на РЗОК с Българския лекарски съюз по региони, се получиха предложения от няколко РЗОК. От 17 РЗОК няма предложения. От следните РЗОК в резултат на срещите с Българския лекарски съюз: Благоевград, Бургас, Варна, Враца, Монтана, Плевен, Пловдив, Разград, Сливен, Смолян, София /област/ и Търговище, се получиха предложения за включване на нови селища към неблагоприятните практики. Променени са точките към някои от тези практики с неблагоприятни условия. В резултат на това са включени: с. Борован, с. Подем, с. Буковлък, с. Десивица, с. Стрелци и с. Соколарци. Това са новите населени места, които са включени в неблагоприятните практики.

Знаете, че има наредба за точкуване. В резултат на това се получава завишаване на общия брой точки, който досега е бил - 7014 с още 120 точки, което прави 7174 точки. Знаете, че този брой точки се разделят на парите, които са предвидени - 5 милиона лева. Получава се падане на цената за една точка. За да се избегне това, Националната здравноосигурителна каса предлага на този етап от резерв, който има, да се отпуснат средства. Ще пледират на заседание на Надзорния съвет

да се деблокира резервът, за да може да се запази този брой точки, да останат и нововъведените селища като неблагоприятни практики, от което ще се получи допълнително заплащане за неблагоприятните условия с 20 лева на практика. Това е за тази година. Ако приемем предложението на касата с наше решение, те ще го внесат за разглеждане от Надзорния съвет през следващата седмица. Това решение ще бъде с действие от 1 юли до края на 2012 година.

Друг маньовър с гласувания бюджет на Националната здравноосигурителна каса, с дадените допълнителни преизчисления на точки за населените места – друга финансова възможност за тази година няма. А дали методиката е правилна или не, ние трябва да си я дискутираме, трябва да я дебатираме за следващата година /това вече е отделна точка / за разглеждане и за предложения от наша страна, какво като лекарски съюз бихме могли да предложим, какво ще ни предложи касата – тогава трябва да се провеждат работни срещи. Това е молбата на касата. Имаме протокол от срещата. Ако ние приемем това предложение и го гласуваме на заседание на Управителния съвет, в понеделник ще бъде изготвен протоколът и ще бъде подписан от д-р Райчинов и от касата, след което веднага ще бъде депозиран в Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Днес не можем да приемем решение, защото в момента нямаме кворум. Има становище. Нашето становище е консенсусно на присъстващите. Приемаме направеното предложение и препоръчваме на председателя на Българския лекарски съюз да подпише протокола.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Д-р Дачев е на телефона и още днес можем да вземем неговото становище. Утре ще бъде тук и проф. Панчев и от него ще вземем становище. Решението ще бъде готово и в понеделник ще го предложим на д-р Райчинов, за да го подпише.

.....

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Позволете ми накратко да Ви информирам за срещи със заместник-министри във връзка с проблемите, свързани с проекта за кредитация на формите за обучение. От ноември няма никакво движение по проблема. Имахме неофициална информация, че проектите ще бъдат преустановени и парите ще бъдат пренасочени. Инициирахме тази среща, за да чуем официално какви са намеренията. До момента нямаше никакви писмени заявления от тяхна страна за официално прекратяване.

По време на разговора се потвърдиха тези неофициални слухове. Беше взето решение да бъдат преустановени всички европейски проекти до момента. Ще бъдат изплатени модулите, които са изработени, предадени и приети. На 31 май трябваше да има заседание на мониторингова комисия, която надзирава проверките към Министерството на труда и социалната политика. До 10 юни се разбрахме, че ако не получим официално уведомление за тяхното поведение от тук нататък като бенефициент, ние ще инициираме писмено за това.

Правя тази информация за сведение. Ще изчакаме до 10 юни и след това от наша страна ще пуснем официално запитване, защото може да продължат да ни държат в невидение.

Д-Р ДИМИТЪР ЛЕНКОВ: Досега знаете, че имаше национална референтна рамка с оперативни програми по

предложение на всяка държава. Националната референтна рамка касаеше този период. Той изтича. Ще трябва да се направи нова национална референтна рамка за периода 2013 - 2020 година с оперативните програми по предложение на всяка една държава-членка на Европейския съюз за финансиране в съответната област. Ако досега не е имало оперативна програма „Здравеопазване“ по субективни причини, мисля, че е редно да започнем дискусия и в Управителния съвет, и в Националния съвет, и в цялата организация, а също да настояваме пред широката общественост в следващия период 2014 - 2020 година задължително да има оперативна програма „Здравеопазване“. Това ще даде възможност да се вляят свежи пари от Европейския съюз в системата на здравеопазването и да дадат възможност на системата да получи глътка въздух и да започне да функционира по-добре при положение, че не се очертава кой знае каква възможност на обществото да задели по-голям публичен ресурс за тази система. До този момент правителството нищо не е направило, не е готово с оперативните програми. Ние, като съсловна организация, трябва да помислим като професионалисти, като отговорни хора и да кажем, ако трябва и на обществото, след като то не може да задели тези средства, не бива да се изпуска този шанс.

Д-Р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ: Позволете ми да направя уточнение на казаното от д-р Ленков.

Доколкото зная, правителството има формирана работна група, която от една година вече работи по следващия програмен период за това какви оперативни програми ще се финансират точно за периода 2013 - 2020 година. При срещата ни с министър Томислав Дончев се разбра, че има такава група. Официално беше изявена

готовност да бъдем включени и да бъдат приети наши предложения по отношение формирането на подобни глави за финансиране с европейски средства за този период. Това означава, че трябва да изпратим официално писмо до министър Симеон Дянков. Трябваше и с него да се срещнем, но до него не стигнахме.

Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ: Колеги, имате ли други въпроси, предложения, становища? – Няма.

Поради изчерпване на дневния ред закривам заседанието на Управителния съвет на Българския лекарски съюз.

/Заседанието бе закрито в 16,55 часа./

ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛИ НА
УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА
БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ:

/ Д-р Юлиан Йорданов /
Ставракев/

/д-р Георги

ГЛАВЕН СЕКРЕТАР НА
УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА
БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ:

/Д-р Димитър Ленков/

Протоколчик: