ПРЕСКЛИПИНГ

3 октомври 2018, сряда

www.bnr.bg, 02.10.2018 г.
http://bnr.bg/vidin/post/101026298/ima-li-lek-za-balgarskoto-zdraveopazvane

Има ли лек за българското здравеопазване

Цветомир Цветанов

Министърът на здравеопазването Кирил Ананиев предложи **два модела за реформа в здравното осигуряване**. С тях се въвежда задължително здравно застраховане, като в единия модел се предвижда и доплащане от пациента.

Първият модел сдържа пълна демонополизация на Здравната каса и наличието на множество здравни фондове. Вторият вариант предлага задължително здравно застраховане, което ще има три стълба: Здравната каса, здравно застраховане и доброволно здравно застраховане.

Дали предлаганите промени ще са в полза на пациентите? **Елисавета Котова**, представител на Националната пацинетска организация, заяви, че засега е трудно да се отговори еднозначно, тъй като липсва конкретика в предложените модели:

"Това, което в момента се коментира и тиражира, не е изчистено, като позиция, и дали ще е в полза на пациента. Според мен трябва малко по-сериозно да бъдат прегледани нещата вътре и след това да бъдат изкарани навън. Факт е, че здравната система се нуждае от реформа. Много неща трябва да се направят. Най-важното е да се направи така, че парите да бъдат изразходени правилно, да бъдат изразходени по правило и по значение, а не просто едни пари да изтичат и да отиват от едно място на друго без да има някакъв смисъл. Сега непрекъснато има някъде някой, който иска и когато се вдигне шумотевица, се дава и следващият, който надегне глас, ще му бъде затворена устата временно, а нещата си продължават по същия начин. Реформата трябва да е наистина такава, че да бъде в полза на всички- и на пациента, и на лечебното заведение."

БСП реши да внесе **вот на недоверие** към кабинета заради политиката в областта на здравеопазването. Лидерът на левицата Корнелия Нинова определи плановете за реформа в здравното осигуряване като "здравен геноцид" и обвини управляващите, че се канят да натоварят допълнително гражданите финансово без да подобряват качеството на здравните услуги.

"Очевидно е, че в сектор здравеопазване се харчат все повече пари, а тази задължителна услуга, която държавата би следвало да предостави на всеки един гражданин, плащащ своите осигуровки, е все по-некачествена. На второ място- предложението, което правят управляващите, за още една вноска-застраховка е неконституционно съобразно и освен това ще натовари още повече българските

граждани, а в същото време не се предлагат никакви по-добри здравни услуги. Много пари изтичат в частните болнични заведения за скъпи клинични пътеки за сметка на държавните и общинските болници, които в по-голямата си част са на ръба на фалита или вече са фалирали, защото са регистрирани по търговския закон. Предложението ни във "Визия за България" е частните болници, които искат да работят със Здравната каса да не бъдат търговски дружества, а държавните и общинските категорично да не бъдат търговски дружества, а единствено лечебни заведения, до които всеки един български гражданин има достъп въз основа на своите вноски, въз основа на това, че му е гарантиран достъпа до здравеопазване от самата Конституция на България.", обясни народният представител от Видин **Филип Попов.**

www.dnevnik.bg, 02.10.2018 г.
https://www.dnevnik.bg/zdrave/2018/10/02/3320122_zdravnata_kasa_iska_sama_da_se_dogovaria_i_kupuva/

Здравната каса иска сама да се договаря и купува директно медицински изделия

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) иска и сама да може да купува директно от производителите или търговците на едро медицински изделия, нужни за болничната помощ. Промени в наредбата за плащането на лекарствени продукти, които ще дадат такава възможност на касата, са качени за съгласуване от здравното министерство.
Сега здравната каса покрива на болниците купените от тях медицински изделия. А лечебните заведения сами сключват договорите и купуват от търговци и производители. Според измененията медицинските изделия за болнична помощ, плащани от касата, ще бъдат разделени в две групи – такива, купувани от болниците и покривани впоследствие от касата, и други, директно купувани от НЗОК. Всяка година ще се прави списък на това кои медицински изделия ще бъдат директно купувани от касата, техните цени и количества. Производителите или търговците на едро с медицински изделия ще сключват договор директно с НЗОК за доставка на медицинските изделия.
Както и досега, касата ще определя максималните суми и стойност, които тя ще покрива за медицинските изделия, както и прогнозно колко такива средства ще й трябват на годишна база.
"Възможността за НЗОК да сключва договори с производители или търговци на едро с медицински изделия, представили най-разходоефективни за бюджета на НЗОК предложения, е предложение, отново свързано със спазване на бюджетната дисциплина, стриктно придържане към нормите на Закона за публичните финанси, както и със стремежа на НЗОК да осигури достъп на повече здравноосигурени лица до необходимите им съобразно здравословното им състояние медицински изделия", се казва в мотивите на вносителите.

www.news.bg, 02.10.2018 г.
https://news.bg/health/samo-palna-demonopolizatsiya-na-nzok-premahva-doplashtaniyata.html

Само пълна демонополизация на НЗОК премахва доплащанията

Надежда Динева

Пълната демонополизация на НЗОК е по-лесно приложимият и по-ефективен модел от предлаганите от МЗ варианти за реформа. Това коментира пред news.bg д-р Стойчо Кацаров от Центъра за защита на правата в здравеопазването.
Той изрази мнение, че за въвеждането на първия модел, който МЗ предложи на кръгла маса миналата седмица, броят на населението и територията на страната не са фактор за ограничаване на броя на здравните каси.
"Аз бих отговорил с въпроса прекалено малка ли е България да има много банки и много застрахователи? Ако е прекалено малка да има няколко здравни каси, тя е прекалено малка да има и няколко банки - да имаме само една банка Държавна спестовна каса и само една застрахователна компания - ДЗИ. Така беше до 89-та година. Това са аргументи от миналото", заяви Кацаров в отговор на изказване.
Да се премахне монополът на НЗОК е най-бързият и най-краткият път да се достигне до справедливата пазарна цена, особено при положение, че в момента 8% върху месечния доход се плащат само от 2 млн.души.
"Ако медицинската помощ изисква да се плаща повече от 8% върху доходите, ще разберем и ще трябва да ги плащаме. Може да се окаже, че са и по-малко, защото премахването на регулираните цени обикновено води до намаляване на цените, а не до увеличаване", допълни Кацаров.
Кацаров не вижда недостатъци на това да се премахне изцяло монополът на НЗОК и да можем да избираме в кой фонд да внесем нашата здравна осигуровка.
По отношение на втория модел, предложен от МЗ (със задължително и допълнително застраховане) той смята, че също е някаква крачка в правилната посока, но е много сложен за прилагане. Според него може да възникнат сложни ситуации от това, че има повече от един осигурител. Може болницата да има договор с НЗОК за основния пакет, но да няма договор с избрания застраховател и да се окаже, че след проведено лечение един от двамата няма да плати. Системата на доплащане ще създаде трудности в администрирането, управлението и прилагането.
По думите му, в момента дискусии се водят само по един от генералните въпроси, а именно монопола. От това произтичат всички останали, които трябва да бъдат уточнени.
"Ако приемем премахването на монопола на НЗОК, трябва да разпишем план за изграждане на Гаранционен фонд, система за балансиране на рисковете между отделните осигурителни фондове", обясни Кацаров.
Налага се изменение на нормативната уредба, свързана с договарянето на медицинската помощ и нейното заплащане, както и образуването на цените на отделните лечебни заведения.
Според д-р Стойчо Кацаров корпоративното договаряне между съсловието и държавата трябва да се замени с пазарни механизми на договаряне на цени и условия на предоставяне на медицински услуги. С това ще отпадне необходимостта да се приемат регулативни стандарти и лимити за болници и легла.
Няма рискове и няма опасност от доплащане, ако предварително цените на здравните услуги са ясни, смята Кацаров и предупреждава, че допълнителните плащания ще останат при прилагане на втория модел с допълнително застраховане.
Въпреки отчетения риск от запазването на нерегламентираните плащания, той изрази убеждение, че с пълната демонополизация на здравната каса те ще бъдат премахнати, тъй като застрахователите могат да предложат различни пакети от услуги срещу различни осигуровки.
При премахването на монопола ще се отворят възможности за много по-гъвкави решения от страна на различните осигурители. Някой може да предпочете да се застрахова на по-голяма сума и да получи възможността да се лекува в чужбина, например", обясни Кацаров.

Качеството на всяка една човешка дейност, според него, е резултат на конкуренция. Не може да бъде постигнато високо качество насила, с принуда.
Кацаров не вижда проблем при отделните социални групи пациенти, ако монополът на НЗОК бъде премахнат. "Не всичко трябва да става насила. Ако видиш своя интерес в това да се осигуряваш и да си гарантираш добро медицинско обслужване, всеки човек би го направил с удоволствие, а не защото ще му удържат лихви", обясни той.

www.zdrave.net, 02.10.2018 г.
https://www.zdrave.net/-/n7378

МЗ изпрати поканите за създаване на работни групи за здравноосигурителния модел

Министерството на здравеопазването изпрати поканите до всички заинтересовани страни, които да формират работни групи за финализиране по работата по подготовка на здравноосигурителни модели за бъдещото развитие на здравеопазването. Поканите са изпратени като резултат от поетия от министър Кирил Ананиев ангажимент на кръглата маса „Дискусия за бъдещето в здравеопазването“, която се състоя миналата седмица и на която той представи два варианта на здравноосигурителния модел.
„Ще водим този разговор колкото време е необходимо. Ако дебатът продължи до ноември, ще можем да приключим до април месец, защото това са около 6-7 закона и кодекса, които искат промяна. След това, ако, разбира се, се приеме този модел (предпочитаният от министъра модел с надграждащо осигуряване, б. р.), ще започне избирането на застрахователните дружества, вследствие на което те ще трябва да отговорят и на други изисквания, за да могат да извършват тази дейност. Нашата идея е от 1 януари 2020 г. моделът да влезе в сила, но не е казано, че точно така трябва да стане. Ние искаме най-доброто и не бих казал, че ще е проблем, ако закъснеем малко или свършим по-рано“, каза тогава министър Ананиев.
От поканата става ясно, че работните групи ще бъдат по направленията извънболнична медицинска помощ, болнична медицинска помощ, лекарствени продукти, обществено здравеопазване, финансиране на здравната система, включително здравно осигуряване и застраховане. В тях ще участват и представители на МЗ и НЗОК. Графикът за срещи ще включва октомври и ноември месец, затова заинтересованите страни трябва да излъчат своите представители за участие в една или няколко работни групи до 5 октомври, се посочва в нея.
Да изпратят имена на експерти, които ще се включат в групите, са поканени Карина Караиванова, председател на Комисията по финансов надзор, д-р Дечо Дечев, управител на НЗОК, проф. Николай Данчев, председател на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти, д-р Иван Маджаров, председател на БЛС, д-р Николай Шарков, председател на БЗС, Милка Василева, председател на БАПЗГ, проф. Илко Гетов, председател на БФС, д-р Станимир Хасърджиев, председател на НПО и секретар на консултативния съвет „Партньорство за здраве“, Пламен Таушанов, председател на Българска асоциация за закрила на пациентите, Пенка Георгиева, председател на УС на пациентски организации „Заедно с теб“, д-р Стойчо Кацаров, ЦЗПЗ, Евгений Иванов, изпълнителен директор на КРИБ, Радосвет Радев, изпълнителен директор на БСК, Васил Велев, председател на АИКБ, Цветан Симеонов, председател на БТПП, д-р Мирослав Найденов, председател на Съюза за стопанска инициатива, Пламен Димитров, президент на КНСБ, инж. Димитър Манолов, президент на „Подкрепа“, Андрей Марков, председател на ББА, д-р Васислав Петров, председател на

Националното сдружение на областните болници, д-р Неделчо Тотев, председател на Националното сдружение на общинските болници, д-р Валентин Игнатов, председател на Асоциацията на университетските болници, д-р Николай Болтаджиев, председател на НСЧБ, проф. Стайко Спиридонов, председател на Асоциацията на частните болници, Деян Денев, директор на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители в България, Николай Хаджидончев, председател на Сдружение „Българска организация за верификация на лекарствата“ (БОВЛ), Светла Несторова, председател на Асоциацията на българските застрахователи, д-р Мими Виткова, председател на Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване, Светла Костадинова, директор на ИПИ и Аркади Шарков, здравен експерт.

www.btv.bg, 02.10.2018 г.
https://btvnovinite.bg/bulgaria/afis-balgarinat-ne-odobrjava-predlozhenite-reformi-v-zdraveopazvaneto.html

„Афис”: Българинът не одобрява предложените реформи в здравеопазването
Масово българите смятат, че трябва да се заздрави харченето на пари в здравеопазването, а не да търсят още от пациентите

Българинът не одобрява предложените реформи в здравеопазването, сочи проучване на Агенция „Афис” направено в периода 29 септември – 2 отковмри с участието на 1010 пълнолетни български граждани. Населението одобрява повече алтернативните методи за оздравяване на финансите в здравната система.
В началото на есента министър Кирил Ананиев предложи няколко варианта на реформи. Единият от тях включва въвеждане на задължително здравно застраховане в частна компания срещу месечна вноска от 12 лева. Според проучването обаче, тази идея се харесва на едва 17% от българите, докато 65% не я одобряват.
Недостатъчен процент на одобрение среща и предложението „Лечението над 700 лв. да се покрива от допълнителното здравно застраховане“ – 29%. Неодобрилите са 47%, а близо всеки четвърти няма мнение по този въпрос.
32% клонят в полза на предложението за няколко частни Здравни каси, които да се конкурират, а повече – 38% не го одобряват.
В същото време по-голямата част от анкетиращите са се обявили „за” засилване на контрола върху държавните болници и отстраняването на практиката, при която държавни здравни заведения са търговски дружества.
Преобладаващ е и процентът „за” това най-високоплатените чиновници да плащат пълния размер на здравната вноска, а не държавата да поема половината.
От анкетираните 50% се обявяват „за” запазване на сегашния вариант на здравното осигуряване и затягане на финансова дисциплина. „Против” са се произнесли 27%.
Преобладаващо е мнението, че медицината и фармацията трябва да преразгледат начините на харчене на пари, преди да се въвеждат повече плащания от пациентите.
Здравеопазването е сред основните тревоги на българските граждани, редом с бедността –27%, и неясните перспективи – 23%.
39% от българите оценяват здравната система в страната като „Лоша”, 11% като „Добра” и 47% като „Задоволителна”.
Въпреки че годишните профилактични прегледи са били сред приоритетите на редица правителства от поне 15 години насам, процентът на хората, които са преминали през такъв преглед е почти същият, какъвто е бил и през 2008 година – 61%, сочи проучването.
39% от пропусналите годишния профилактичен преглед посочват като причина самооценката, че „съм здрав и нямам нужда от прегледи”. Останалите изтъкват

причината, че „Личният лекар не настоява“ (26%). 12% съобщават, че „Личният лекар не издава нужните направления“. Има и други причини – „Изследванията и прегледите са скъпи“ (17%), „Най-близките медицински лаборатории се намират в друго населено място“ (9%).
В проучването на социологическата агенция се посочва още, че реконструкцията в здравеопазването противоречи на гарантираното от Конституцията право на достъпна медицинска помощ. Едната причина за това е, че от 2000 г. насам здравните заведения се съсредоточават в големите градове, а пазарната медицина следва парите, а не пациента, сочи сондажът на „Афис”.

www.dir.bg, 02.10.2018 г.
https://dnes.dir.bg/obshtestvo/afis-balgarite-othvarlyat-zdravnata-reforma

АФИС: Българите отхвърлят здравната реформа
ИЗВАДКА

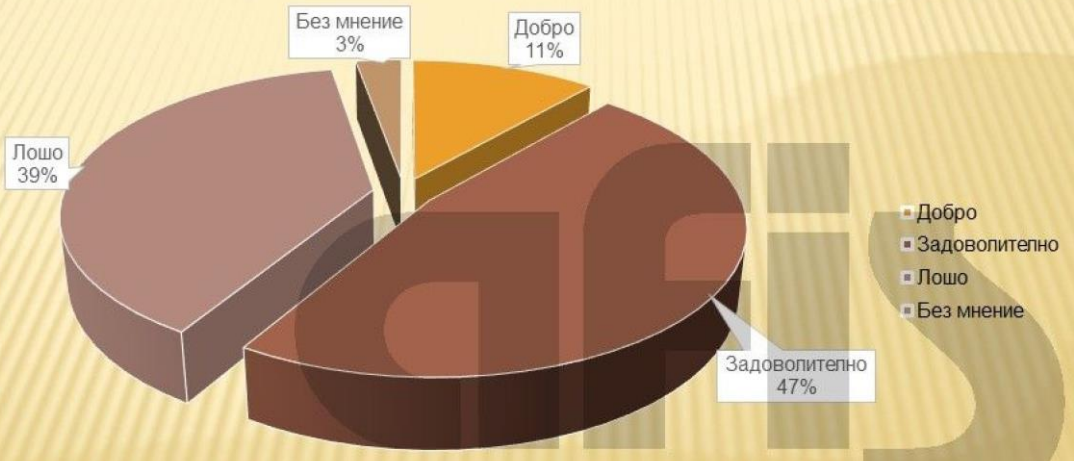
Правителството превръща поговорката "Здравето е пари" в буквална и масово отхвърляна действителност. Дори привържениците на ГЕРБ се отнасят негативно към предложените от здравния министър идеи за реформиране на системата
…….
Виждаме, че законите и създадените от тях обществени отношения не гарантират достъпа на осигурените до здравеопазване. Обяснението е просто: от 2000 г. насам здравните заведения, следвайки пазарната логика, все повече се съсредоточават в големите градове, където има повече платежоспособни «клиенти». Пазарната медицина следва парите, а не пациента.
От няколко години българите, в крак с населението на развитите западни страни, загуби наивната доверчивост към неолибералните "пазарни" рецепти. Въпреки това правителството предписва лечението на раните от бизнес-медицината с още повече комерсиализация. Изводът е, че на диагностициране, в т.ч. и със средствата на социологията, подлежи по-скоро правителството, отколкото обществото

Коментарът е въз основа на данни от национално представително проучване на общественото мнение, осъществено от Агенция АФИС в периода 29 септември - 2 октомври 2018 г. Интервюирани пряко по домовете им са 1010 пълнолетни български граждани.

КАК ТРЯБВА ДА СЕ ПОДОБРИ ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО?

Проценти по редове	Да	Не	Без мнение
Въвеждане на задължително допълнително здравно застраховане в частна компания с месечна вноска от 12 лв.	17	65	18
Лечението над 700 лв. да се покрива от допълнителното здравно застраховане	29	47	24
Замяна на Здравната каса с няколко частни Здравни каси, които се конкурират	32	38	30
Запазване на сегашния вариант и затягане на финансовата дисциплина	50	27	23
Преминаване към пряка бюджетна издръжка на здравеопазването (без Здравна каса), подобна на тази във Великобритания	51	13	36
Прекратяване на договорите на Здравната каса с частни клиники, ако те надхвърлят нуждите в даден регион	53	18	29
Държавните болници и поликлиники да не бъдат търговски дружества	64	11	24
Най-високоплатените чиновниците да плащат пълния размер на здравната вноска, а не държавата да поема половината	69	10	21
Премахване на възможностите за спекулативно оскъпяване на лекарствата	80	7	13
Засилване на контрола върху държавните болници	83	6	11

КАК ОЦЕНЯВАТЕ НИВОТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ?



МОНИТОР 03.10.2018 г., с. 11

ЖЕНИ НАЧЕВА, зам.-министър на здравеопазването:
Ще задължим фондовете нормативно да не селектират пациентите
При фалит гражданите ще се зачисляват служебно в НЗОК, докато си изберат нов

Силвия НИКОЛОВА
- Г-жо Начева, единият от предлаганите здравноосигу-рителни модели предвижда демонополизиране на Националната здравноосигу-рителна каса (НЗОК) и прели-

цензирането й като застрахо-вател наравно с другите фондове. Няма ли да пострадат гражданите, ако някой от тях фалира?
- Няма да пострадат, защото са създадени редица гаранции, които не позволяват фалит на фондовете и съответно застрашаване на лечението на гражданите. Създадени са предпоставки за въвеждане на изключително строга критерии към бъдещите застрахователни фондове, в т.ч. и на НЗОК. Детайлите ще се оформят тепърва с Комисията за финансов надзор, ще водим разговори с представители на асоциациите на застрахователите и осигурителите. Съответните разпоредби трябва да бъдат синхронизирани с европейското право в тази сфера. Ще бъдат създадени предпоставки и строги изисквания за финансова устойчивост, капиталова адекватност, поддържане на резерви. Най-важното, което не бива да се допуска при такъв модел, е селекцията на риска на базата на здравословното състояние на здравно застрахования. Ще бъде създаден и гаранционен фонд, който предвижда поемане на риска в случай на евентуално изпадане в несъстоятелност на някой от застрахователите и бързо взимане на решение за лицата, които са записани при него, за да не останат те без здравна помощ.
- След като са частни застрахователи, как фондовете ще бъдат задължени да не селектират клиентите си?
- Те ще бъдат задължени нормативно.
- От къде ще се натрупват средства в гаранционния фонд?
- Месечно ще се заделя определена сума от всеки един застраховател, която ще се акумулира в гаранционния фонд точно за обезпечаване при временна неплатежоспособност. Това би могло да стане за не повече от месец. За това време лицата ще изберат нов фонд или ще бъдат залисани служебно в НЗОК, докато си изберат фонд. Тези детайли също ще бъдат коментирани със застрахователите.
- Как ще бъдат осигурявани пенсионерите, чиито здравни вноски сега се поемат от държавата?
- Както и сега, техните вноски от държавата ще постъпват или в НЗОК, или ако те са си избрали друг застраховател - при него. Възрастните хора не бива да се безпокоят, защото и занапред ще им бъде оказвана медицинска помощ и ще имат своите осигуровки за здраве.
- Застрахователите са с право на печалба. В индивидуални партиди ли ще се натрупват вноските на хората и от тях ли ще бъде покривано лечението им, или ще важи солидарният принцип, на който сега работи касата?
- Нито едно лице не бива да се страхува, че ще остане без здравна помощ, ако е коректен платец. Принципът на плащане ще е солидарен, на никого няма да бъде отказана медицинска помощ, стига той да си е платил задължителната здравна вноска. Важно е да се знае, че и при двата предлагани модела тя е 8 на сто. За този модел не важи праг на клиничната пътека от 700 лева, до който плаща касата, а над тази сума трябва да плаща кешово пациентът или фондът за допълнително доброволно здравно застраховане. Допълнителните дейности, както и досега, ще има възможност да се покриват от доброволно застраховане. Това важи за ВИП стая, повече реха-билитации и други, които и сега не се поемат от касата.
- Тревожното при вариант В, в който в НЗОК влизат 8% здравна вноска, но се въвеждат и други 2 на сто за задължителен частен здравен фонд, тъй като касата ще поема лечение до 700 лева, а от тях дадени проценти ще са за сметка на болния. Беше обявено, че за да не плаща човек за лечение и над тази сума, ще трябва да се застрахова здравно и доброволно в някой фонд. Не мислите ли, че твърде много плащания се събират за хората без гаранции за осигурено лечение?
- Изчисленията ни са хората да плащат 10% при гранични стойности на клиничните пътеки 700 лева. Така идеята е те да контролират какво им се доставя като здравна помощ

и какви дейности се реализират. И сега пациентът заплаща за т.нар. хотелска част, копеймънт за престой в болницата или съответно за преглед в извънболничната помощ. Тези средства се заместват с това доплащане в размер на 10 на сто условно. Целта е пациентът да участва в контрола на предоставяне на медицинската помощ. В редица други европейски държави има такава практика. Допълнителна задължителна здравна застраховка от 2% се въвежда, за да бъде осигурен пълният размер на лечението при така определените национални цени и обеми за дейностите над определената гранична стойност от 700 лв.

- Оказва се, че на хората няма да се налага допълнително доброволно здравно застраховане, за да се покрие сумата над граничната стойност или тя да се плаща кеш, както беше съобщено първоначално?

- Не, няма да се налага в рамките на тази задължителна допълнителна здравна премия, която по изчисления е определена на 12 лева. Всички тези изчисления, както и структурата на модела, ще се обсъждат тепърва от работни групи. В момента ние сме сложили на масата варианти, около които да започнем дебата. Сега предлагаме два варианта. В хода на обсъжданията може да се появи съвсем различен трети, четвърти вариант. Това е база за разговори, но не окончателно решение на модел. Предстоят дискусии с пациентски организации и застрахователи. Подчертавам - в рамките на тази допълнителна премия пациентът ще получава пълен размер на лечение по дейностите от основния пакет. Ние не предвиждаме той да бъде намален. Напротив - смятаме, че с тези наши мерки и действия ще има възможност за неговото надграждане.

- В презентирането на двата модела никъде не се споменава въпросът за реимбурсираните лекарства за домашно лечение, както и добол-ничната помощ. Какво ще се случи с тях?

- Предстоят задълбочени дебати и по останалите направления на медицинската помощ. За лекарствата ще се залази принципът държавата да определя позитивен лекарствен списък за лечение при домашни условия и за болнично лечение. НЗОК ще предлага различни механизми за договаряне на отстъпки. Целта ни е, ако се освободят средства в резултат на по-добър контрол и във връзка с допълнителната застраховка, тези средства да бъдат насочени към възможности за други терапии или за покриване на по-голям процент от лечението на социално значимите масови хронични заболявания, които сега частично се заплащат от пациентите. Предвиждаме въвеждане на изискване за проследяване на ефекта от лечението - тема, по която се водят много дебати, но тя трябва конкретно да се реализира и плащането да се обвърже именно с ефекта. Контролът може да става чрез следене на определени индикатори, по които се проследява как се повлиява пациентът от определен медикамент. Това може да стане с въвеждането на електронното здравеопазване.

- След като занапред всеки фонд ще договаря цени на лечение с болниците, както беше анонсирано първоначално, не смятате ли, че на някои места то ще бъде много по-скъпо и пак ще се стигне до източване на финансов ресурс?

- При всички случаи ще има национално рамково договаряне. Застрахователите дори при сегашния начин на работа правят своите актюерски разчети. НЗОК също договаря дейности на базата на конкретни разчети.

- Ако общинските и държавните болници не бъдат търговски дружества, каквато опция има, кой ще покрие дълговете им?

- Какъв да е правният им статут е сериозна тема. За нас е важно, независимо от статута им, да има правила, които да не позволяват нарушения и злоупотреби с финансови средства в лечебните заведения. Крайната цел е качествено лечение на пациента, което да съответства на медицинските стандарти. Наша грижа е да контролираме държавните

болници да не стигат до финансова несъстоятелност и да контролираме те да не изразходват средствата неефективно.

Визитка
- Жени Начева е завършила Университета за национално и световно стопанство - София, със специалност,,Банки и банково дело,,
- През 2007 г. придобива диплома по здравен мениджмънт от Медицинския университет
- През 2010 г. се дипломира като доктор по икономика към УНСС
- В периода 1996 -1999 г. последователно е съветник в отдел „Емитиране и сделки с ценни книжа" и ръководител на сектор „Инвестиционни анализи" в Комисията по ценните книжа (понастоящем КФН)
0 От 1999 до 2000 г. и от 2002 до 2010 г. последователно е началник на отдел и директор на дирекция „Бюджет" в Националната здравно-осигурителна каса
- От февруари 2010 до април 2010 г. е директор на НЗОК
- От август 2010 до ноември 2017 г. последователно заема длъжностите държавен експерт, началник-отдел „Държавни дейности,, в Министерството на финансите и директор на дирекция „финанси на общините,, към МФ в На 10 ноември 2017 г. е назначена на длъжността зам. -министър на здравеопазването

www.mediapool.bg, 02.10.2018 г.
https://www.mediapool.bg/nzok-zatyaga-izpisvaneto-i-finansiraneto-na-biologichni-terapii-news284533.html

НЗОК затяга изписването и финансирането на биологични терапии
Новите правила са посрещнати с недоволство от пациенти

Мартина Бозукова
Лекарите ще бъдат задължени да изписват на пациентите биологичните терапии с най-голяма разходна ефективност и само те ще бъдат напълно покривани от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Това предвиждат нови правила на касата за изписването на скъпите медикаменти, които ще влязат в сила от 15 октомври и засягат пациентите с няколко диагнози – различни видове артрит, тежък псориазис, болест на Крон и улцерозен колит.
Новите правила засега ще се прилагат само за новите пациенти, на които за първи път се назначава лечение. Пациентите в заварено положение ще продължат лечението си с вече изписаните им терапии до изтичане срока на издадените протоколи, а след това на база оценка на терапевтичния ефект лекуващият лекар ще преценява как да продължи терапията.
По новите правила общественият фонд ще финансира напълно и задължава специалистите да изписват медикаментите с най-добро съотношение между постигнатия терапевтичен резултат и изразходвания от НЗОК финансов ресурс в съпоставка с други лекарствени алтернативи. Специалистите пак ще могат да съобразяват предписанията си с потребностите на конкретния пациент, но измежду подходящите за него лекарства, ще са длъжни да изписват най-евтиното.
Срещу това вече възразиха някои пациентски организации, които се опасяват, че лекарите ще бъдат принудени да съобразяват лечението им с цената, а не с медицинските показания.
Касата отдавна обмисля да въведе промени в заплащането на биологичните терапии като го обвърже с резултата от лечението и затегне режима на изписването им, тъй като по

нейни данни, част от пациентите, които сега се лекуват с тях не са показани за лечение със скъпите медикаменти.
Анализите на НЗОК сочат, че курсът на лечение на един пациент с ревматоиден артрит с биологични терапии варира между 12 000 и 18 000 лева с различните медикаменти при сходен терапевтичният ефект.
Отпускането на терапиите се улеснява
Същевременно се закрива постоянно действащят съвет (ПЕС), през който бяха длъжни да преминават всички новооткрити пациенти и тези, на които се налагаше промяна в терапията. С въвеждането на този съвет болни от цялата страна бяха принудени да пътуват до София, за да им бъде изписано лечение, което стана причина за недоволство на пациенти и лекари и през пролетта.
Новият управител на НЗОК Дечо Дечев обеща да премахне съвета и да улесни отпускането на биологичните терапии. Занапред протоколите за лечението ще се заверяват от регионалните подразделения на касата без да пътуват до централата и обратно.
Пациенти посрещат новите мерки с притеснение
Срещу новите правила изразиха резерви от Федерация “Български пациентски форум“ и трите организации, представляващи пациентите с ревматологични заболявания – Асоциацията на пациентите с ревматоиден артрит, Организацията на пациентите с ревматологични заболявания и Сдружението на болните от болестта на Бехтерев.
Според трите организации на пациентите с ревматологични заболявания решенията за предписване на медикаменти трябва да се ръководят от медицински, а не финансови съображения.
Те припомнят, че патентите на много от оригиналните биологични медикаменти са изтекли, а с навлизането на биоподобни продукти, "се създават притеснения и въпроси в пациентите за тяхната безопасност и ефикасност“.
“Въвеждане на финансови критерии при избора на лекарите за лечение на хора с ревматични заболявания би ограничило възможностите за прилагане на най-ефективно и безопасно лечение. Решенията за предписване на биоподобни медикаменти трябва да се прави по медицински, а не финансови съображения“, посочват те.
Биоподобните медикаменти са нова версия на вече съществуващ оригинален биолгичен продукт, съответно са значително по-евтини. Подобно на генериците, биоподобните продукти копират молекулата на оригиналното лекарство, но тъй като при биологичните продукти става въпрос за сложен производствен процес, който включва живи организми, биоподобните медикаменти не са точни копия на оригиналното лекарство. Съществуващите клинични данни показват, че когато се прилагат за одобрените показания, биоподобните медикаменти са безопасни, ефективни и не водят до допълнителни рискове за пациентите спрямо оригиналите.
Според Федерация “Български пациентски форум“ по новите правила пациентите ще доплащат за лечение на тежък псоразис между 3 000 и 20 000 лв на година и между 2 000 и 22 000 лв за лечение на псориатичен артрит.
“Най-евтината терапия не означава най-доброто за пациентите. Чрез тези критерии НЗОК отнема правото на българските дерматолози качествено да лекуват своите пациенти и нарушава конституционните права на българските граждани с хронични заболявания“, смятат от организацията.
Освен това те виждат и утежняване на критериите за отпускане на терапиите.

Монитор
03.10.2018 г., с. 7

Ананиев спря търга за Е-система

Министърът на здравеопазването Кирил Ананиев е спрял процедурата за обществена поръчка за електронна информационна система, съобщиха от здравното министерство. Причина за това са редица неточности в нейното обявяване. Например, в нея не е посочено, че техническата оценка с тежест на 60 на
сто трябва да се оценява по два показателя, а в методиката за оценката в позициите не е конкретизирано изделието. Освен това се оказва, че в методиката за оценката не е вписано, че техническата оценка е сбор от два неописани показателя. „От горното следва, че участниците нямат яснота за начина, по който се формира крайната оценка по показател „Техническа оценка", както и не дава достатъчно информация за точния метод, по който предложенията на участниците ще бъдат оценени", се мотивира министърът в заповедта, с която спира обществената поръчка.