

ПРЕСКЛИПИНГ

5 юни 2018, вторник

www.zdrave.net, 04.06.2018 г.

<http://www.zdrave.net/Новини/-/n6294>

Д-р Бойко Пенков: Надяваме се нездрави корпоративни и други интереси да не спънат е-здравеопазването

Целият екип на Министерството на здравеопазването работи много сериозно по процеса на електронно здравеопазване. Това заяви пред БНР заместник здравният министър д-р Бойко Пенков. Припомняме, по време на петъчния парламентарен контрол здравният министър Кирил Ананиев заяви, че ръководство на МЗ си поставя за цел до средата на следващата година нашето здравеопазване да бъде електронно.

Запитан по темата, д-р Пенков заяви: „Целият екип работи много сериозно, надяваме се, че няма да имаме някои непреодолими пречки от различни нездрави корпоративни и от друг тип интереси, които да попречат на процеса“.

Той посочи, че това е петата концепция, по която се работи, като в същото време отбеляза, „че винаги има нещо, включително е имало случаи при намерени пари, когато се намери някой или нещо, което спира нещата“. „Проблемът е такъв, че винаги когато искаш нещо да изсветлиш, да го направиш ясно, видимо, прогнозируемо и строго отчетно, и това не е хубаво. И, имаме проблем. Сега в момента се работи много сериозно, много смислени неща са разписани“, допълни още д-р Пенков.

На въпрос колко силен е корпоративният противник, д-р Пенков даде пример със съседна Румъния. „Тръгнаха да правят едни доста непопулярни неща, свързани с контрол на разходите за лекарства и след време всичко се катурна“, заяви той, като разясни, че след като индустрията е „наляла“ 25 милиона евро, нещата са приключили. В България обаче по думите му в момента диалогът е по-коректен и на по-високо ниво.

Той припомни и опитите за създаване на електронен търг за лекарства. „Опитвахме се, знаете, колко пъти да проведем такъв търг - всички болници от електронния търг да си купуват лекарствата, така че да бъдат постигнати максимално ниски цени и прозрачност по време на процедурата. Имаме известни затруднения, защото се спира процедурата от време на време, сега сме готови пак да я обявим, следващият етап ще бъдат медицинските изделия“, посочи заместник здравният министър.

По темата за отношенията между здравния министър и управителя на НЗОК проф. Камен Плочев д-р Пенков посочи, че проблемът е възникнал поради сбъркана счетоводна политика в отчета към Министерството на финансите и към Народното събрание. „Там не бяха показани такъв тип задължения. А те трябва да бъдат вътре, те трябва да бъдат осчетоводени и не може да се правиш, че ги няма“, заяви той. „Оказа се че тези задължения ги водила една дирекция, а пък счетоводството било друга, и понеже не си говорят помежду си, затова получаваме отчет, в който виждаме всичко окей“, допълни той.

Д-р Пенков коментира и Националната здравна карта, като заяви, че тя се прави на базата на медицинска статистика от последните години и на цялата информация, която НЗОК предоставя на областните комисии. Той посочи, че този документ е основа за бъдеща политика какво трябва да направи държавата, за да подпомогне развитието на кадровия потенциал в сектора, така че да бъдат задоволени нуждите на хората от помощ, където там живеят.

www.zdrave.net, 04.06.2018 г.
<http://www.zdrave.net/Новини//n6296>

Премиерът към Ананиев: Налагай здравната карта, ние ще те подкрепим

Категорична подкрепа изразява премиерът Бойко Борисов към налагането на Националната здравна карта, става ясно от стенограмата от заседанието на кабинета на 29 май. По време на него здравният министър Кирил Ананиев коментира промените по НЗК, както и очаквания резултат от нея, а коментарът на министър-председателя е красноречив. „Ние ще те подкрепим. Оттук нататък продължавай да я налагаш, да обясняваш, да я свързваш с последващите промени, които трябва да се правят. Ако е било лесно – да са я направили преди нас много. Много правителства са минали и са говорили по тази тема. А и за да съм обективен, ако е било лесно – и предишните наши правителства, другите министри, може и да са го направили и те. Така че продължавай напред и колкото може повече обяснявайте защо това трябва да се случва“, заявява Борисов.

В отговор Ананиев посочва, че това е временна мярка и тя е свързана само с приемането на пакет от документи, който той ще внесе с новия модел на здравеопазване. Преди това здравният министър обяснява, че са получили над 200 страници предложения по НЗК. „Тези, които бяха конструктивни, тези, които водеха до подобряване на материала, някои технически грешки, които бяха допуснати, бяха отстранени. Но общият извод, който искам да направя пред вас е, че тези, които възразяваха по философията на Националната здравна карта, не познаваха целите и съдържанието, които тя съдържа съгласно Закона за лечебните заведения“, заявява Ананиев. Той подчертава, че целта и съдържанието на Националната здравна карта е да покаже текущото състояние на здравната система, както и потребностите от медицинска помощ за населението на страната и осигуряване на капацитет на лечебните заведения за извършване на тази дейност.

Здравният министър допълва, че това, което се очаква от НЗК, е осигуряване на условия за достъпна, ефективна, качествена здравна помощ, която е съобразена с потребностите на населението от извънболнична и болнична медицинска помощ. Той подчерта, че здравната карта дава увереност, стабилност, предсказуемост на Националната здравноосигурителна каса за правилно разпределение на финансовия ресурс, което да осигури равнопоставеност на всички граждани в България до медицинска помощ.

VINF 15:08:31 04-06-2018
 GI1506VI.007

Около сто и шейсет милиона лева очаква НЗОК от отстъпки в цените на лекарствата

Велинград, 4 юни /Десислава Пеева, БТА/

Около 160 млн. лв. очаква НЗОК от отстъпки в цените на лекарствата. Това каза на семинар за журналисти Ганка Аврамова, директор на дирекция "Бюджет и финансови параметри" към НЗОК.

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2018 г. се цели достъпна, качествена и своевременна медицинска помощ, както и еднакви условия за лечебните заведения, сключили договор с НЗОК. В бюджета на Касата за тази година са предвидени близо 3.8 млрд. лв., припомни Аврамова. Предвижда се засилване на контрола на разходите, извършени от НЗОК за здравноосигурителни плащания.

Планира се близо 1.5 млн. здравноосигурени лица да се лекуват с медикаменти напълно или частично платени от НЗОК. Прогнозата е над 100 хиляди души да ползват медицински изделия в извънболничната помощ и над 40 хиляди - в болнични условия.

От май до декември, за първична извънболнична помощ от Здравната каса е предвидено увеличение на цените за плащане по капитация, на профилактичните прегледи, за имунизации и др. В специализираната извънболнична помощ НЗОК ще плаща повече за първичните прегледи, за високоспециализирани дейности, за медико-диагностични дейности и др. В болничната помощ от фонда ще се плаща повече за 141 клинични пътеки.

В резерва на НЗОК са предвидени 3 на сто от здравноосигурителните приходи, което е близо 115 млн.лв.

www.dariknews.bg, 04.06.2018 г.

<https://dariknews.bg/novini/bylgariia/nzok-i-bls-shte-provezhdad-kontrol-sys-syvmestni-komisii-2101350>

НЗОК и БЛС ще провеждат контрол със съвместни комисии

Когато в определено населено място липсват достатъчно лекари специалисти, дейността им в болниците ще поемат джипита, стига да имат специалност. Това ще става посредством втори договор за оказване на медицинска помощ. Мярката е заложена в новия рамков договор, съобщиха от здравната каса.

Оттам припомниха, че според новата здравна карта вече няма да заплащат повече от заложените в нея болнични легла, освен в извънредни ситуации като бедствия и епидемични обстановки. Новият договор предвижда още диагнозите да се изписват задължително на български език, а проверките за някои от харчовете в здравеопазването да се осъществяват съвместно от здравните каси и Лекарския съюз.

Д-р Гева Стоилова от дирекция "Болнична медицинска помощ" в Националната здравноосигурителна каса обясни: "Лечебните заведения за болнична помощ сключват договор с Районните здравноосигурителни каси (РЗОК), като в договорите им се вписват броят легла по видове и имайки предвид здравната карта, би трябвало да се спазват, а НЗОК да следи използваемостта на леглата да не надхвърля 100%, с изключение на епидемичен взрив и други спешни състояния, при които това ще бъде регулирано по друг ред". По отношение на контрола - за пациентите с онкологични и онкохематологични се изготвят протоколи, които тази година за първи път се въвеждат в електронната система при започване на определено лечение, както и при промяна на лечението. Въвеждайки се в електронната система, тези протоколи дават възможност НЗОК да има поглед върху това при какви диагнози какво лечение се назначава и да се контролира дали това се случва реално. Това е конкретизирано в НРД за 2018 г. и се създават съвместни комисии между НЗОК и БЛС, които ще извършват контрол. Идеята е и да се привличат, ако е необходимо, допълнителни консултанти и медицински специалисти, за да се повиши качеството на контрола".

www.dariknews.bg, 04.06.2018 г.

<https://dariknews.bg/regioni/varna/bolna-podsydima-otlozhi-deloto-mareshki-2101329>

Болна подсъдима отложи делото „Марешки”

Делото срещу Веселин Марешки беше отложено за есента заради неявяване на подсъдимата заедно с него в процеса бизнес дама Красимира Колева.

В три поредни дни трябваше да заседава състав на Варненски окръжен съд по процеса срещу Марешки и Колева, които са обвинени за изнудване чрез заплахата за увреждане на имущество на собственик на пицария „Ред хот“ Асен Миланов. Срещу зам.-председателя на НС е отправено и обвинение за причиняване на лека телесна повреда на общинския съветник Костадин Костадинов.

Чакат Веселин Жеков-Полицая да свидетелства по делото „Марешки“

Адвокатът на Колева заяви, че отсъствието ѝ се дължи на здравословни проблеми и в тази връзка пътуване в чужбина, за което бил информиран твърде късно. Защитата не представи медицински документи, удостоверяващи изложеното твърдение пред ВОС.

От своя страна обвинението поиска промяна на мярката за неотклонение на обвиняемата – отнемане на внесената парична гаранция в полза на държавата и определянето на по-висока такава. Прокуратурата поиска и изготвянето на съдебно-медицинска експертиза, която да установи, дали действително днешното отсъствие на Красимира К. се дължи на уважителни здравословни причини.

Съдът остави без уважение искането на обвинението за изменение на мярката за неотклонение и назначи съдебно-медицинска експертиза, която да изясни, какво е било здравословното състояние на обвиняемата и дали причините за неявяването ѝ са уважителни.

Съдебният състав предупреди, че при следващо подобно поведение на Красимира Колева – отсъствие от заседание без предварително да бъде уведомен съда, което е проява на неуважение към съдебната институция, ще измени мярката за неотклонение.

Поради ангажимент в Специализирания наказателен съд софийският адвокат на депутата не присъстваше на днешното заседание. В искане до ВОС защитата на Веселин Марешки помоли изслушването на вещите лица, изготвили тройна съдебно-психиатрична експертиза с психологическо изследване, да бъде отложено за есента.

Експертизата беше поискана, за да бъде установено, какво влияние е оказала закана против личността на Асен Миланов върху него, можел ли е той правилно да възприема фактите, които имат значение за делото и можел ли е да дава достоверни показания за тях

В заседанието не се явиха и свидетелите, които защитата на депутата поиска да бъдат разпитани отново. Изпратените призовките на Веселин Жеков-Полицая и Калоян Дж. на известните по делото адреси са били върнати в цялост.

Варненски окръжен съд определи резервни дати за заседанията през октомври, ноември и декември и посочи, че забавянето на делото няма да бъде толерирано от съдебния състав.

www.mediapool.bg, 04.06.2018 г.

<https://www.mediapool.bg/nzok-spira-da-plashta-za-razhishtenie-na-skapi-lekarstva-news279852.html>

НЗОК спира да плаща за разхищение на скъпи лекарства

Лични лекари със специалност ще работят в болници с недостиг на кадри

Мартина Бозукова

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) вече ще плаща на болниците само за конкретно приложеното количество лекарство при химиотерапията на даден пациент, а не както досега – за отчетените от болниците опаковки. Така касата очаква да намали неефективните разходи за лекарства, включително да редуцира изхвърляните от болниците остатъци, които сега също се плащат от фонда и при някои болници достигат 15%-20%. Това обявиха от здравната каса в понеделник.

Освен това така се очаква да се редуцират и случаите, при които болниците отчитат по-високи количества лекарства за един пациент от съответстващите на неговото тегло.

Разходът за лекарства на здравната каса тази година ще надхвърли 1 млрд. лева и е единственото перо, по което се очаква сериозен преразход от около 100 млн. лева. За онкологични лекарства в болниците касата ще плати над 300 млн. лева.

През тази година касата залага няколко нови момента при контрола и плащането на онколечението в болниците.

"Здравната каса ще плаща за всеки случай само приложеното количество лекарствено вещество, а не за цели опаковки, каквито бяха трактовките на Наредба 4 на някои изпълнители на медицинска помощ", обясни Гева Стоилова, началник отдел в дирекция "Болнична помощ".

Сега остатъците от опаковките, които не са приложени на пациентите, се изхвърлят, но касата пак плаща на болниците за тях. Затова касата задължи лечебните заведения да организират графика на химиотерапията по начин, по който медикаментите да се оползотворяват с най-малко остатъци.

"Има болници с до 3% остатък и такива с 15-20% остатък", обясни шефката на лекарствената дирекция на касата д-р Галя Кондева.

Разтварянето на лекарства само в болничната аптека

Ще бъде засилен и контролът за това разтварянето на лекарствата да става задължително в болничните аптеки от фармацевти – изискване, което беше въведено през миналата година и също има за цел по-безопасното и ефективно оползотворяване на скъпо струващите медикаменти.

Проверките на касата са установили обаче, че има болници, които нарушават това изискване и продължават да разтварят медикаменти в отделенията.

Друга промяна е въвеждането на електронни протоколи за назначеното онколечение в болниците, което ще позволява на касата да наблюдава целия процес почти в реално време и така да повиши контрола си.

Само 12 болници не са подновили договорите си с касата

Към този момент районните здравни каси са сключили 358 договора за болнична помощ в цялата страна, като от старите си договорни партньори касата не е подновила договорите си само с 12 лечебни заведения. Сред тях са 8 многопрофилни болници, 1 специализирана хирургична болница, 1 онкоцентър, и 1 медицински център.

Поради действащия мораториум върху финансирането на нови дейности НЗОК е сключила договор само с един нов медицински център.

Лични лекари със специалност ще работят в болници

Друга промяна предвижда от тази година в населени места, където липсват или има недостиг на лекари от някои специалности, дейността им да се поеме от общопрактикуващи лекари със специалност.

В центрове за спешна медицинска помощ и болници, където няма други лекари със същата специалност, джипитата ще могат да работят в спешния кабинет или да извършват прегледи и медицински дейности. Те обаче няма да могат да са основни изпълнители на медицински дейности по клинични пътеки.

Така се дава възможност едновременно на личните лекари да поддържат квалификацията си, а на лечебните заведения да попълнят липсващи кадри.

Джипита ще пращат рискови пациенти задължително на специалист

От тази година НЗОК ще плаща един допълнителен профилактичен преглед за пациенти с повишен риск от заболявания, а когато те са във висок риск задължително ще бъдат насочвани към специалист.

Досега насочването към специалист беше по преценка на личния лекар, а вторичният профилактичен преглед не се заплащаше от касата, обясни д-р Галя Йорданова, директор на дирекция "Извънболнична медицинска помощ" в НЗОК.

Сега при профилактичния преглед джипитата правят оценка на риска за сърдечно-съдови заболявания, диабет, щитовидна жлеза и злокачествени заболявания – рак на маточната шийка, рак на млечната жлеза, рак на простата и на дебелото черво. Ако на базата на назначените изследвания пациентът се окаже над определени граници, които го поставят във висок риск от развитие на някое от тези заболявания, личният лекар задължително ще трябва да го насочи към лекар- специалист.

От 1 януари 2019 година пък с направлението за ендокринолог пациентът ще получава освен медицински преглед и ехография на щитовидната жлеза. Досега НЗОК плащаше само за лекарския преглед, но не и за изследването с ехограф, което се поемаше от пациента.

От НЗОК припомнят, че годишният профилактичен преглед при джипито е задължителен и при неявяване пациентът е заплашен от глоба от 50 до 100 лева и лишаване от здравноосигурителни права за срок от 1 месец. Досега обаче не е известен случай на санкциониран пациент.