

ПРЕСКЛИПИНГ

14 септември 2018, петък

www.btv.bg, 13.09.2018 г. ТС "www.btv.bg" \f C \l "1"
<https://btvnovinite.bg/predavanja/tazi-sutrin/petar-moskov-sazdava-konservativna-desnica.html>

Петър Москов създава консервативна десница

По думите му сегашното управление няма идеологически фундамент и реагира на момента

Бившият здравен министър Петър Москов създава консервативна десница. Той подкрепи вицепремиера Валери Симеонов и посочи, че за него консервативно-патриотичната десница е алтернатива и смислено политическо бъдеще на България.

„Харесвам хъса и енергията на Валери Симеонов. В него виждам енергия за промяна без да съм съгласен с голяма част от нещата, които иска да направи. В голяма част от членовете на мнозинството виждам желание да мине времето”, коментира той.

По думите му сегашното управление няма идеологически фундамент и реагира на момента, няма ясни цели за промени на публичните системи, изглежда хаотично и бива подмятано на ляво и на дясно.

Той е категоричен, че социализмът не може да е алтернатива на нищо. По думите му той носи само икономическа разруха и обществен упадък

Москов посочи, че оставките след трагедията в Своге са били една несправедлива нужда от промяна за отпушване на винтила.

По повод идеята за нова здравна застраховка той обясни, че е несериозно да се коментира без да има сериозна идея или разписан проект.

„Ако идеите са да се увеличава здравната вноска, това е дълбоко погрешно и значи абдикиране на държавата от здравеопазването и нахранване на лобитата. Ако си представите здравната система като съд с вода с много пробойни, едновременно мръсен, ръждясал и водата не става за пиене. Трябва да запушите пробойните и да смените водата и да боядисате съда, а не да сложите още една чешма да налива вода вътре”, уточни той. По повод делото за ваксините Москов уточни, че няма такова дело. „В обвинителния акт няма капка съмнение, че са приложени качествени ваксини. Делото е затова правилно ли Министерският съвет е внесъл ДДС за тези ваксини”, коментира той.

www.zdrave.net, 13.09.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/Новини/n7200>

Д-р Николай Шарков: Без хората, които предоставят лечението, реформата ще бъде само в сферата на счетоводството

Надежда Ненова

Предложените варианти за промяна на здравноосигурителния модел от Министерството на здравеопазването са дискриминационни по отношение на съсловните организации. Това каза за Zdrave.net председателят на Българския зъболекарски съюз д-р Николай Шарков.

„Единият вариант представлява изцяло частно застраховане или осигуряване, другият вариант е надграждане с втори стълб задължителното допълнително здравно осигуряване, с допълнителна вноска от 2%. Никъде обаче не става дума за доболничната помощ, което нас ни притеснява. Напълно negliжирана е и ролята на съсловните

организации, която би трябвало да е изведена на първо място, когато се говори както за задължително здравно осигуряване, така и за допълнително задължително здравно застраховане. Без съсловните организации, без тези, които ще предоставят лечението, всичко ще бъде в сферата на счетоводството“, категоричен беше д-р Шарков.

Той поясни, че другата седмица БЗС и БЛС ще дадат своите предложения за промяна на министъра. „Все пак тепърва предстои големият обществен дебат и се надявам да бъдат направени задълбочени проучвания. Надявам се, че експерти от БЛС и БЗС ще бъдат привлечени, защото досега такива няма при разработването на новото виждане за здравната система и се надявам на един позитивен край“, каза още д-р Шарков. По думите му на БЗС и БЛС не само не трябва да бъдат отнемани права, но трябва да им бъдат делегирани още, особено в сферата на задължителното или доброволно здравно осигуряване или допълнителното здравно застраховане.

„Доплащането в денталната медицина официално е въведено и то е съвсем символично, поради ниските цени на денталните услуги по задължителното здравно осигуряване. Това сме го направили съзнателно от гледна точка на контрола на качеството“, каза още д-р Шарков.

„Зъболекарите сме прагматични хора. Ние зависим единствено и само от себе си. Ние сме високоинтелектуална професия, която инвестира сама в себе си, тъй като нямаме обществен сектор в здравеопазването, за който да се грижим. Всичко, което правим, го правим и за пациентите. Никога не трябва да се забравя това. Всяко позитивно нещо, което се е случило, е рефлектирало позитивно и върху нашите пациенти“, допълни още той.

www.bnr.bg , 13.09.2018 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"
<http://bnr.bg/post/101018659/noviat-zdraven-model-idei-i-vaprosi>

Новият здравен модел - идеи и въпроси

Интервю на Снежана Иванова с Румяна Тодорова, д-р Иван Кокалов и Пенка Георгиева
 Не виждам какво ще се подобри в системата с монополизация на Касата. Това заяви в предаването „12+3“ Румяна Тодорова – бивш директор на НЗОК. Според нея в Касата няма контрол, защото той е бил изнет. За някои е по-добре да не се контролира системата, добави тя и подчерта, че за да има контрол, трябва да се промени нормативната база.

„Докато не видя един стройно разписан материал със съответните разчети, не си избирам нищо. Имам хиляди въпроси към така предложените проекти. Първият ми въпрос е как се стигна до цифрата 700 лв. Има пътеки, които струват и по 10 хил. лв. Това средна стойност на масовите пътеки ли е? Второ – как се стигна до 12 лв. вноска? Може би толкова ѝ трябва на здравната система, за да си върже някакъв бюджет. Тези 12 лв., които ще се дадат на застрахователите, какво ще покрият? Държавата казва – ние можем да ви дадем 580 лв., а оттам нататък се оправяйте. Звучи много неприятно“, коментира Тодорова и добави още:

„Защо говорим само за болници? Болничната помощ и регулацията ѝ е най-лесна. Голямата издънка е в извънболничната помощ. Другият ми въпрос – защо започваме с финансиране, а не говорим за недостатъците в здравната политика? Перфектни ли са ни пътеките така разписани? Ще останат ли пътеките като начин на финансиране и като алгоритъм за качество“.

Експертът посочи още редица въпроси в тази посока, като основният според нея е този за скъпо струващите лекарства.

„В момента много болният човек не е добре дошъл в нито една болница. Той харчи много пари“, подчерта Румяна Тодорова.

Д-р Иван Кокалов – вицепрезидент на КНСБ, изказа мнение по идеите на министъра за нов здравен модел:

„Всяка една реформа или смяна на модел се прави в интерес на хората, в центъра за слага пациента. Оттам нататък гледаме с какъв инструментариум ще отговорим на това всички граждани да имат равен достъп до качествено здравеопазване. Това обаче като тръгнем да го гледаме с инструментариума, който ни се предлага – никъде не го видях, а напротив. Там виждам затрудняване на достъпа на всички граждани до здравеопазване и то този път затруднението ще бъде финансово. Ако това влезе в сила, виждам как хората ще стоят по къщите си и поради липса на средства ще си умрат тихичко, защото никой не може да извади такива суми. Моделът застрашава и по-малките болници“.

Пенка Георгиева от пациентски организации „Заедно с теб“ призова всички участници да се включат в дискусиите: „Сега е моментът всеки експертно да надрасне своите лобистки виждания и да може да помогне за запазване на системата. Ние сме в дъното в момента. За съжаление, някои имат интерес статуквото да се запази. Това в момента не е в интерес на пациентите“.

Според нея държавата трябва да разработи модел за допълнително осигуряване.

Цялото интервю чуйте в звуковия файл.

www.zdrave.net, 13.09.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"

<https://www.zdrave.net/Новини/n7208>

Фармакомпания стартира инициатива за опазване на околната среда

На 12 септември 2018 г. фармацевтичната компания MSD България засади 56 дръвчета в центъра на град Банско. Проектът по залесяването е съвместна инициатива с Община Банско. Екипът на компанията засади 56 липи в района на улица „Иконом Чучулайн“, която е в близост до река Глазне, с цел подпомагане изграждането на по-добра зелената система на Банско.

Инициативата се проведе в рамките на третата годишна среща на екипа на MSD България, която премина под мотото „Засади растение, създай бъдеще“. Амбицията на екипа е залесяването да се превърне в традиция, чрез която да се постигне трайно увеличение на зелените площи на територията на България.

Проектът също така е и част от глобалната политика на компанията, която е насочена към екологично устойчиво развитие и социалната отговорност към обществото. Всяка година екипът на MSD участва в различни инициативи и програми с цел подпомагане и подобряването на здравето и благосъстоянието на общностите по света. През 2016 г. по повод 125-годишнината от създаването на компанията служителите дариха над 125 хиляди часа доброволен труд в полза на хората и природата.

„Доброволчеството и общественото подпомагане са част от нашето ДНК. Ние вярваме, че компаниите имат отговорността да използват разумно ресурсите и да стимулират иновации, които ще позволят глобалното развитие, като същевременно защитават и опазват както планетата, така и общностите, в които живеем и работим“, заяви изпълнителният директор на MSD България Константинос Папаянис.

www.zdrave.net, 13.09.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"

<https://www.zdrave.net/Новини/n7210>

Фонд за повишаване квалификацията на млади специалисти създава СЛК

Надежда Ненова

На 27 септември Столичната лекарска колегия (СЛК) ще проведе среща с директорите на лечебните заведения на територията на София, на която да бъде обсъдено тяхно евентуално участие във Фонд за квалификация на млади специалисти. Самият фонд има за цел да подпомага млади лекари да посещават чужди лечебни заведения по време на специализацията им. Това съобщи за Zdrave.net председателят на СЛК д-р Асен Меджидиев.

Идейната платформа за създаване на този фонд ще бъде представена на редовното заседание на Управителния съвет на 5 октомври.

„Целта на включването на директорите на лечебните заведения във фонда е те да посочват специалистите с оглед подобряване на квалификацията на различните звена в лечебните заведения. Участвайки в този фонд, те ще могат да поставят условия към съответните лекари. Например заради това, че им предоставят два пъти в годината специализации във водещи европейски клиници, те се ангажират три или пет години да работят в съответното лечебно заведение. По този начин специалистите от една страна ще бъдат квалифицирани навън, а от друга – ще останат да работят в България. Иначе, отивайки за специализация в чужбина, повечето от тях остават там. Така с по-високата квалификация, те ще изпълняват и по-високо специализирана дейност и съответно реализацията им впоследствие и като специалисти, и от финансова гледна точка ще бъде по-добра“, поясни д-р Меджидиев.

Той обясни, че ще бъде създадена комисия към СЛК, която ще разглежда документите на младите кандидати за квалификация, но основната роля ще е на техните работодатели.

„Трябва да се съобразяваме и с нуждите на лечебните заведения. Например дали то има нужда от добър ендоскопист в еди-коя си област или от друг специалист“, каза д-р Меджидиев.

Той подчерта, че вече са водени разговори с няколко университета в Европа, а от Бернския университет вече има устно съгласие за такъв договор. „Така ще ни предоставят преференциални цени за такива обучения“, допълни още д-р Меджидиев.

www.nova.bg, 13.09.2018 г. ТС "www.nova.bg" \f C \l "1"
<https://nova.bg/news/view/2018/09/13/226657>

**Ще трябва ли осигурените от държавата да плащат здравни застраховки?
 Новият здравноосигурителен модел все още се обсъжда**

Деница Суруджийска

Българите, на които държавата плаща здравните осигуровки, да плащат допълнителни здравни застраховки. Това е една от идеите в обсъждания нов здравноосигурителен модел. Здравните власти са категорични, че проектът се променя постоянно, а обсъждането продължава. Продължава обсъждането на проекта за нов здравноосигурителен модел. Днес директори на областните болници се запознават с идеите на здравния министър. Общото между всички концепции е, че предвиждат събиране на допълнителни средства за здраве. Идеята е също парите да се разпределят не само от здравната каса, както досега, но и с помощта частни застрахователи.

Държавата плаща здравните осигуровки на пенсионери, деца, държавни служители, военни, полицаи. Според анализатори, заради идеята да се събират още пари за здраве през застрахователи, може да се наложи някои от тези групи да плащат сами новите вноски.

„Пенсионерите ще ги осигурява държавата, но може би други като държавните служители, които не са малко, при новия модел – най-вероятни допълнителния стълб –

12-те лева – ще бъде техен ангажимент”, предполага националният консултант по кардиохирургия проф. Иво Петров.

Въпросите 12 лева все още са примерна сметка под въпрос. Според този вариант за реформа ще се въведе втори задължителен стълб на осигуряване с размер на застраховката, който се определя от пол, възраст и местоживееене. Идеята е парите да се използват за скъпоструващо лечение, а касата да поема не повече от 85% от цената на терапията. Друг проект предвижда допълнителна здравна вноска от 2 %, а средствата да се разпределят между частни застрахователи.

„Сега пациентът не е акцент на здравната система, сега се разпределят едни пари. Крайно време е пациентът отново да влезе във фокуса на системата”, смята проф. Иво Петров.

„За мен обаче притеснителна е думата застраховател... Застрахователят е нещо различно от осигурител”, каза председателят на Българския лекарски съюз д-р Иван Маджаров.

Въпреки тревогите около новия модел, очакванията са той да ограничи неправомерните плащания. Сега българският болен води класациите по доплащане за медицински грижи.

„В момента са най-ощетени хората, които са най-социално слаби”, смята проф. Петров.

Въпреки че обществените обсъждания изпревариха представянето на проекта за нов здравноосигурителен модел, той ще бъде окончателно готов след 2 седмици.

www.zdrave.net, 13.09.2018 г., ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"

<https://www.zdrave.net/-/n7212>

Д-р Даниела Дариткова:

Овладеяването на риска от епидемия от морбили е положителният аспект в здравеопазването ни през 2017 г.

Надежда Ненова

Основни акценти от националната сигурност в сектор „Здравеопазване“, на които трябва да се обърне кардинално внимание, са трансфузионната хематология и високотехнологичните методи като органната и клетъчната трансплантация. Това заяви депутатът от БСП проф. Георги Михайлов по време на разглеждането на Годишния доклад за състоянието на националната сигурност на Република България през 2017 г. в комисията по здравеопазване днес.

„Въпреки усилията на Изпълнителната агенция по трансплантация не се забелязва сериозно развитие нито в органната, нито в клетъчната трансплантация, а това създава възможност за миграционен медицински проблем“, каза проф. Михайлов.

Проф. Анелия Клисарова обърна внимание на състоянието на областните болници, за които по думите ѝ трябва да се вземат мерки като за специални обекти, част от националната сигурност. „Какво щеше да стане с пострадалите в катастрофата на магистрала „Тракия“, ако болницата в Ловеч я нямаше?“, попита тя.

Председателят на здравната комисия д-р Даниела Дариткова отговори, че докладът отразява приетата през март Стратегия за национална сигурност и служи за насочване на политиките в сектор „Здравеопазване“. Като положителен аспект в доклада тя посочи овладеяването на риска от епидемия от морбили в България, въпреки епидемията, възникнала в съседните държави.

Докладът беше подкрепен от Комисията по здравеопазване с 13 гласа "за".

На днешното заседание Комисията по здравеопазване прие на първо четене и Законопроекта за изменение и допълнение на Закона за професионалното образование и обучение.

КАПИТАЛ ТС "В. Капитал" \f C \l "1" 14-20.09.2018 г., с. 20-21

Новият здравен модел

Излекувай ме за 12 лв.

Здравното министерство предлага пациентите да доплащат здравна застраховка.

Предложението може да остави недолекувани хора и фалирали застрахователи.

Финансовият министър обяви друга, далеч по-работеща идея - за повече здравни каси.

Задължително е една цивилизована държава да поеме лечението на най-тежко болните.

Десислава Николова / desislava.nikolova@capital.bg

Подготвяният месеци нов модел на здравно финансиране бавно става известен, но по първите реакции, изглежда, с куп дефекти. Накратко - здравният министър Кирил Ананиев предлага към сегашната здравна вноска от 8% всеки да доплаща - вероятно по 12 лв. на месец. Тези пари отиват в застрахователите. С така събраните 900 млн. лв. те трябва да поемат всички скъпи дейности. Това звучи простичко... и невъзможно.

Първите обсъждания с представители на лекари, собственици на болници и застрахователи разбиват предложението модел. Дори финансовият министър Владислав Горанов се обяви против идеята на доскорошния си заместник Ананиев за доплащането, докато системата не стане по-ефективна. Горанов, както и по-голямата част от сектора предпочитат друг, по-добър модел - конкуренция в Здравните каси.

Сигурно е, че паричен недостиг в системата има. Сега годишно здравната каса има 3.6 млрд.лв., а като се добавят и милионите през здравното министерство и частните Застраховки, в системата на светло влизат 4.2 млрд. лв. Стар анализ на Световната банка показваше, че заедно с плащанията на тъмно общият годишен разход за здраве е 4.5 млрд. лв., но числото вероятно е пораснало. Част от заплатите в системата са ниски, но пък болниците са много, а касата и министерството нямат капацитета да ги контролират. Държавата заделя малко пари за поетите от нея здравни вноски на държавни служители, деца и пенсионери. Все проблеми, на които сегашната реформа "Ананиев" не дава решение.

Двата варианта на здравния министър

Предложенията на здравното министерство са две, като и двете включват смесен осигурително-застрахователен модел.

При първия вариант здравната вноска, която сега е 8% от заплатата на работещите, а държавата осигурява с минимални суми 4.4 млн. души, се увеличава и става 10%, като увеличението от 2% отива в застрахователните компании. Такъв вариант вече се случи веднъж, преди повече от 10 години, когато здравната вноска беше увеличена от 6 на 8% с цел да бъде въведен втори стълб, но всички средства отидоха в държавната монополна каса.

Вторият вариант е да се въведе тристълбов модел -осигуровка в здравна каса, задължителна здравна застраховка и доброволна здравна застраховка. Симулацията, която е дадена като пример, предвижда здравната каса да плаща болнична дейност до 700 лв., като тя ще поема 85% от цената, или максимум 595 лв., а пациентът ще плаща в брой или чрез доброволна застраховка 105 лв. за всяко лечение в болница. При цена на клиничната пътека над 700 лв. средствата за лечение над 595 лв. ще се допълват от задължителната здравна застраховка.

Според изчисленията на министерството 84% от пациентите в болниците, или 2.7 млн. хоспитализации, влизат в рамките на граничната сума и в момента касата плаща за тях

855 млн. лв. Останалите 523 хил. случая на лечение са с цена, надвишаваща граничната стойност от 700 лева.

Министерството е допуснало, че тези половин милион случая ще се лекуват с парите на застрахователите. Те трябва да събират от всички 6 млн. здравноосигурени по 12 лева застраховка на месец, или 144 лв. годишно, като по този начин се натрупа сума от 864 млн. лв. годишно.

Според предложението застрахователите няма да имат право да събират премиите съобразно дохода на пациентите, но могат да съобразят цените с пола, възрастта и региона, в който живее техният клиент. Ако пациентът или застрахователят не могат да покрият плащането, за това ще бъде създаден специален пул на здравните застрахователи, който да го направи. В проекта е записано още, че задължителната застраховка може да се преотстъпва и наследява. В същото време застрахователите ще работят на солидарен принцип.

Не е посочено как ще става плащането на лекарствата, като пред представителите на сектора е било съобщено, че най-скъпите медикаменти - за лечение на рак и редки болести, ще бъдат включени в цената на клиничните пътеки и ще се покриват от застрахователите.

Допълнително е било уточнено, че държавата ще плаща както осигуровки, така и застраховки на пенсионерите и децата, но държавните служители ще се застраховат във втори и трети стълб със собствени средства.

Критиките на сектора

Ако правителството избере да подкрепи модела, при който всеки плаща по 12 лв. задължителна застраховка, това ще доведе до няколко проблема, смятат в сектора.

Първият е, че в случая не се остойностяват реално медицинските услуги и няма разделяне на основен пакет, който покрива касата, и допълнителен, за който плащат застрахователите. Напротив, средствата остават същите, но просто идват от различен източник, а здравната каса спестява разходи и трупа собствен резерв, който в края на годината ще бъде прехвърлен към бюджета.

Според проекта Българският лекарски съюз вече няма да участва в преговорите със здравната каса и застрахователите директно. Председателят му д-р Иван Маджаров отбеляза, че са реагирали изключително остро и не смятат да участват по същество в обсъжданията, докато текстът не бъде променен. "Предложенията са доста скандални. Не виждам как ще принудим застрахователите да плащат само с 12 лв. застраховка най-скъпите терапии, как, от друга страна, ще могат лекари от труднодостъпни села да сключат изгоден договор със застрахователите и заедно да изпълняват социални функции. Наистина трябва да влязат допълнителни средства в здравната система, но по доброволен път", смята д-р Маджаров. И обобщава, че досегашният здравен модел не е лош, а просто е лошо администриран. "Новият обаче съдържа неприемливи предложения.

Задължително е една цивилизована държава да поеме лечението на най-тежко болните, така както се грижи за родилките, бременните и децата и не ги оставя на улицата. В случая излиза, че онкоболните ще плащат сами за своето скъпо лечение", казва д-р Маджаров.

Ако предложението за граничната линия бъде прието, това означава пациентите с тежки заболявания да започнат да се лекуват с най-евтините медикаменти, защото няма да им стигат застраховките, казва и Николай Болтаджиев, председател на Националното сдружение на частните болници. "Предложението не е обещаната демонополизация на здравната каса с конкуриращи се здравни каси и възможност пациентите да избират къде да внесат вноската си. Това е надграждащ модел със застраховане, който не вярвам да се получи, и не е реформа, а опит за увеличаване на приходите само на болниците. Той няма

да реши недофинансирането в системата, а ще го прехвърли още повече върху пациентите", смята д-р Николай Болтаджиев.

Застрахователите също не са доволни

Черновите за промените не са консултирани и с основния нов играч - застрахователните компании.

"Какво означава здравната каса да покрива минимални плащания с минимална здравна вноска от 40 лв. месечно, а застрахователите да трябва да покриват най-тежките заболявания с 12 лв.? Сметките, както и цените на клиничните пътеки са направени, като някой е гледал в тавана, а не като е ползвал актюер и е пресметнал риска", отбелязва д-р Мими Виткова, председател на Асоциацията на здравните застрахователи. Според нея при тези първоначални условия нито един сериозен застраховател не би се съгласил да поеме риск да осигури с минимални суми множество болни и възрастни хора и деца, а онези, които го направят, ще фалират още през първата година. Тя допълва и че предложението застрахователите да имат различни тарифи за пациентите си по градове, пол и възраст противоречи на конституцията и е дискриминационно.

Според лекарите в сектора би трябвало първоначално да се остойностят реално медицинските услуги, а ако има втори стълб, застрахователите да са напълно наясно какви услуги, които не покрива Здравната каса, плащат.

Промяна на модела, с други думи, трябва, но тя засега не е уцелена от здравния министър.

Въпрос на терминологичен спор е дали задължителната здравна застраховка е нов вид данъчно бреме. Но по-скоро да и това ще е част от дебата дали такъв модел е приемлив. Всеки модел има предимства и недостатъци. При модела, който аз съм предложил на колегите от Министерството на здравеопазването (за даване право на избор на осигурените лица дали да се осигуряват с цялата си вноска в частно осигурително дружество, или да останат осигурени в НЗОК), допълнителна тежест за Здравноосигурените лица не се налага.

Владислав Горанов, министър на финансите