

ПРЕСКЛИПИНГ

16 юли 2019 г., вторник

www.bnt.bg, 15.07.2019 г. TC "www.bnt.bg" \f C \l "1"

<http://news.bnt.bg/bg/a/ananiev-predstavya-noviya-model-na-reforma-v-zdraveopazvaneto>

Кирил Ананиев представи идеите си за нов модел на реформа в здравеопазването

Мая Димитрова

Нов модел на реформа в здравеопазването се обсъжда в момента в НДК. Публичният дебат за нужните промени в сектора започна миналата есен. Сред обсъжданите идеи е частни застрахователни фондове да се конкурират със здравната каса.

Преди минути здравният министър Кирил Ананиев представи идеите си за новия здравноосигурителен модел под надслов "Нов път в здравеопазването". Според министъра преди всичко здравната система трябва да остане солидарна.

Върви се към демонополизация на Здравната каса, ще има частни фондове, като всеки ще може да избере къде да отиват парите му. Здравната вноска остава 8%. Предвижда се да има гаранционен фонд, в случай, че частният фонд изпадне в несъстоятелност. Новият здравен модел трябва да осигурява контрол върху качеството и да гарантира достъпни услуги.

Кирил Ананиев, министър на здравеопазването: Това, което предлагам, не е крайно решение. Ще отчета всички рискове и предложения, за да внесе в НС най-добрия модел за пациента и здравната система. Да задържим нашите специалисти в нашата страна, да има по-доволни хора в здравната система. Това е система за бъдещите поколения и не искам да налагам силово и административно един или друг вариант.

Резерви към представените идеи имат застрахователите. На кръглата маса днес експерти ще дискутират предимствата и недостатъците на възможните промени. Присъстват представители на парламента, правителството, съсловни и пациентски организации.

www.btv.bg, 15.07.2019 г. TC "www.btv.bg" \f C \l "1"

<https://btvnovinite.bg/predavania/tazi-sutrin/parite-za-zdrave-poveche-ili-po-malko-shte-plashtame-po-noviya-zdravnoosiguritelan-model.html>

Парите за здраве: Повече или по-малко ще плащаме по новия здравноосигурителен модел?

Реформата предвижда НЗОК да се конкурира с частни здравни фондове

Част от идеите в новия здравноосигурителен модел на министър Кирил Ананиев, които ще бъдат представени днес, вече се появиха в публичното пространство.

Една от тях е НЗОК да се конкурира с частни здравни фондове за здравната вноска на осигурените лица. Тя ще остане в размер на 8% от дохода на съответното лице.

При частния фонд обаче ще има и потребителска такса, чийто размер все още е неясен. Предвижда се и важен критерий, при който, за да получи лиценз, частният здравен фонд ще трябва да набере над 1 млн. осигурени лица.

„Според мен няма да плащаме повече. Възможността ни като граждани да избираме къде да внасяме парите си, е в наш интерес, защото, ако не ни харесват условията на един фонд, можем да изберем другия. Това е предимство”, коментира в „Тази сутрин” Стойчо Кацаров, председател на Център за защита правата в здравеопазването.

Според здравния икономист от Експертен клуб за икономика и политика (ЕКИП) – Аркади Шарков, идеята на новия модел е да се създаде конкурентна среда. По думите му конкуренцията сваля цените и повишава качеството, остава обаче въпросът как ще бъде постигната тази конкуренция.

„Според доклада на ЕК за България, българинът доплаща най-много от европейците от джоба си за здравеопазване – за лекарства но не само. Този модел, който ни се предлага, е за богати нации. Българският народ не е от тези”, коментира д-р Иван Кокалов, вицепрезидент на КНСБ.

www.btv.bg, 15.07.2019 г. ТС "www.btv.bg" \f C \l "1"

<https://btvnovinite.bg/bulgaria/kiril-ananiev-novijat-zdraven-model-shte-podobri-kachestvoto-na-zdraveopazvaneto.html>

Кирил Ананиев: Новият здравен модел ще подобри качеството на здравеопазването

Министърът представя идеите за здравна реформа, получи и критики

-

Право на избор на пациента, по-голяма конкуренция, повече прозрачност и по-високо качество – това, според здравния министър Кирил Ананиев, са предимствата в новия здравен модел, предлаган от него.

Ананиев представи своите предложения пред здравни експерти и политици в Зала 3 на НДК. Министърът подчерта, че засега това са само идеи.

Сред тях е предложението НЗОК да се конкурира с частни здравни фондове за здравна вноска. Тя ще остане в размер на 8% от дохода на всяко осигурено лице.

Предвижда се и важен критерий – за да получи лиценз, частният здравен фонд ще трябва да набере над 500 хил. осигурени лица.

При частния фонд обаче ще има и потребителска такса, чийто размер все още е неясен. Министърът получи и критики заради липсата на яснота и конкретика по съществени въпроси.

„Какви са предизвикателствата? Първо – дефиниране на обхвата на основния пакет в рамките на вноската, на второ място – оптимизиране на здравната система, на изискванията към рамковия договор и партньори, и оценка на подкрепящите на територията на цялата страна. И трето – прилагане на медицинските стандарти и на правилата за добра медицинска практика”, посочи Ананиев.

„Трябва отсега да е ясно, че от тези 8% в системата ще влязат по-малко пари, отколкото в момента, тъй като от тях трябва да се заделят пари за Националния гаранционен фонд”, коментира от своя страна бившият здравен министър д-р Мими Виткова.

www.bgonair.bg, 15.07.2019 г. ТС "www.bgonair.bg" \f C \l "1"

<https://bgonair.bg/a/2-bulgaria/169928-noviyat-zdraven-model-osiguritelnata-vnoska-ostava-8-no-shte-ima-dopalnitelna-taksa>

Здравната вноска остава 8%, ще има допълнителна такса при частните фондове

Така ще бъде премахнат монополът на НЗОК, смята Кирил Ананиев

Автор: Ралица Братанова

Здравните осигуровки да могат да се внасят в частни фондове освен в Здравната каса. Това предвижда новият здравноосигурителен модел, който Кирил Ананиев представи. Според здравния министър така ще се премахне монополът на НЗОК.

"Подобряване на качеството на диагностиката и лечението и ефективността на самото лечение. Даваме право на избор на пациента и на изпълнителите на медицинска помощ. Елиминирани на непрозрачно и нерегламентирано заплащане на медицински услуги и неефективни дейности", посочи здравният министър като очаквания от промените.

Здравноосигурителната вноска ще остане 8%, но ще има допълнителна потребителска такса към частните фондове, чиято стойност все още не е известна.

Потребителите ще избират къде да внасят своите осигуровки - към частни фондове или НЗОК. Ако осигуреното лице не избере къде да плаща вноските си, служебно ще се прехвърли към НЗОК.

Предвидено е и създаване на застрахователен фонд в случай, че частният фалира.

Цените за всяка от дейностите, заложили в основния пакет, ще се определят в договорка между здравноосигурителните фондове и изпълнителите на медицински услуги - болниците и лекарите.

За да се утвърди един частен фонд, ще трябва поне 500 хиляди души да изберат да се осигуряват в него.

Предложенията не са крайни и все още предстоят разговори. Все още не е ясно кога ще бъдат внесени в парламента.

www.bnr.bg, 15.07.2019 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"

<http://bnr.bg/horizont/post/101144218/shte-proraboti-li-zdravnoosiguritelnia-model-predlagan-ot-ministar-ananiev>

Ще проработи ли здравноосигурителният модел, предлаган от министър Ананиев

Ако намерението е националната каса да остане за социално слаби, а всички останали да се застраховат от фондове, които са търговски дружества и които ще генерират печалба, това си е американски модел, само че американският модел не работи с 4% от brutния вътрешен продукт, а със 17. Това каза за БНР бившият подуправител на Националната здравноосигурителна каса д-р Димитър Петров по повод модела, който ще бъде представен днес от министъра на здравеопазването Кирил Ананиев на кръгла маса в НДК. Моделът предвижда демонополизация на Здравната каса и възможност на здравноосигурените лица да избират осигуряване в частни фондове.

Петров, който е поддръжник на демонополизацията на касата, е скептичен, че моделът, предлаган от министър Ананиев, изобщо ще проработи у нас заради високите изисквания към фондовете:

„Тези фондове ще изискват отделен лиценз и това е правилно. Вторият проблем е, че тези фондове ще работят по Закона за застраховането, а касата - по Закона за здравното осигуряване, при положение че вършат една и съща услуга... Имайте предвид и че разходите на фондовете, в сравнение с Касата, са доста по-големи. Фондовете ще имат издръжка, печалба, гаранционни влогове. Щом се набират осигурени, това значи и разходи за брокери, за комисиони...“.

Американският модел е „изключително неефективен и никъде в света не се следва за пример“ каза Петров в предаването „Преди всички“ по „Хоризонт“.

„Аз съм привърженик на демонополизацията, но да се направи така, както трябва - в интерес на обществото и при състояние на максимална сигурност, защото компрометираща ли се тази идея, тя няма да се появи - изобщо да се мисли повече за нея“.

Повечето бивши управители на НЗОК са привърженици на идеята за демонополизация, изтъкна Петров. Според него е подходящо да следваме френския или германския модел, до които сме по-близо, където обаче „има частична демонополизация на това осигуряване“:

„В България има един континент от около 500 000 души, които могат да излязат на частно осигуряване и да ти плащат някаква компенсаторна минимална вноска в Касата, на този етап. С течение на времето това може да стане и повече“.

Ваня Григорова, икономически съветник в КТ „Подкрепа“, оцени предлаганата здравна реформа така:

„Опасявам се, че ще бъдем свидетели на пореден опит за експеримент, за прехвърляне на отговорността от страна на държавата към частни каси. Тези частни каси обаче, които не са „наши“, много бързо ще фалират, тъй като, в крайна сметка, когато трябва да поемат финансовата отговорност за лечение на тежки заболявания, те няма как да издържат в тази национална здравна система в страната“.

Григорова подчерта, че е противник на демонополизацията и привърженик на британския здравноосигурителен модел.

Подробности можете да чуete в звуковия файл.

www.bnr.bg, 15.07.2019 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"

<http://bnr.bg/horizont/post/101144199/demonopolizacia-na-zdravnata-kasa-predvijda-nov-zdravnoosiguriteln-model>

Нов здравноосигурителен модел предвижда демонополизация на Здравната каса

Автор: Гургана Хрисчева

Демонополизация на Здравната каса и възможност за създаване на частни здравни фондове. Това е залегнало в предложената от здравния министър Кирил Ананиев промяна в здравноосигурителния модел. За да могат да работят като здравни фондове, частните застрахователи ще трябва да наберат най-малко половин милион здравноосигурени лица.

Здравноосигурените лица ще могат да избират до определена дата къде да се осигуряват, после ще бъдат служебно разпределени, обясни министърът на здравеопазването Кирил Ананиев. Новият здравен модел стартира при лиценз на първия здравен фонд:

„Няма да се допуска фоновете да правят подбор на лица по определен признак или здравен статус. Записването ще е напълно доброволно, включително и за лицата, които ги осигурява държавата. Лицата ще могат да сменят фонда и не по-често от веднъж годишно“.

Фондовете ще имат за задължение да вложат първоначален капитал, както и да имат оперативен резерв и печалба. Новият здравноосигурителен модел запазва солидарния модел, който дава право на избор на пациента кой да управлява здравните му вноски, къде да се лекува, да има контрол върху качеството на услугите. Здравните фондове и Здравната каса ще се конкурират, а Министерството на здравеопазването ще провежда централизиран обществени поръчки за лекарствата в болниците. Фондовете ще се конкурират за вида и обхвата на дейностите, допълни още Ананиев:

„Ще отчете всички рискове и предложения, за да внесе в парламента най-добрия модел за пациента и здравната система“.

www.dariknews.bg, 15.07.2019 г. TC "www.dariknews.bg" \f C \l "1"
<https://dariknews.bg/novini/bylgariia/proekt-zdravnoosigurenite-lica-izbirat-dali-da-vnasiat-pari-v-zdravnata-kasa-ili-v-zastrahovatelnen-fond-2176723>

Проект: Здравноосигурените лица избират дали да внасят пари в здравната каса или в застрахователен фонд

Редактор: Йоана Кръстева

Цените на медицинските дейности ще се договарят между здравноосигурителните фондове и изпълнителите на медицинска помощ. Това предвижда проект на нов здравен модел, представен по време на национална кръгла маса от министъра на здравеопазването Кирил Ананиев в присъствието на представители на законодателната и изпълнителната власт, на асоциации и сдружения, на съсловни и пациентски организации, на научните среди, на синдикати, директори на лечебни заведения и др.

Здравноосигурителната вноска ще остане 8 процента, но всеки сам ще реши дали да я внесе в НЗОК или в друг фонд. Лицата доброволно ще избират в кой фонд да се запишат - НЗОК или друг фонд, но ако не го изберат, ще останат в НЗОК или ще бъдат служебно разпределени. Няма да се допуска фондовете да правят подбор на лица по определен признак или здравен статус, увери министър Ананиев. Записването в даден фонд ще е доброволно, а смяна на фонда ще може да се прави веднъж годишно. Средствата от здравните вноски ще се разпределят от НАП, като преводите ще бъдат ежемесечно и ще се управляват от здравния фонд. Ако здравният фонд изпадне в несъстоятелност, гражданите ще се запишат в друг и по собствен избор.

Участниците в системата ще са здравни фондове, които ще подлежат на регулация съгласно общия режим на европейското законодателство. По думите на министър Ананиев НЗОК и частните фондове ще отговарят на условията, съгласно регламентите на ЕС и ще се конкурират равнопоставено. Печалбата на здравния фонд ще се разпределя така, че средствата да останат в здравната система, като редът ще е известен на записалите се във фонда. Лечебните заведения ще могат да формират цени извън основния пакет, като те ще се покриват от здравното осигуряване или чрез доплащане от пациентите.

МЗ ще определя основния пакет здравни дейности, които ще се покриват от задължителната здравна вноска, каза още той и допълни, че здравното ведомство ще отговаря за регистриране и лицензиране на лечебните заведения и лекарствената политика, като за лекарствата ще има централизирана обществена поръчка. МЗ ще определя и медицинските стандарти, ще координира политиката по специализацията на кадрите. Съсловните организации ще изготвят правилата за добра медицинска практика. Проектът на здравноосигурителен модел дава право на избор на пациента за здравен фонд и лечебно заведение, предвижда конкуренция сред осигурителите, очаква се и по-добро качество на лечението, по-добър контрол върху системата, както и подобряване на профилактиката и превенцията, обобщил министър Ананиев. По думите му това е начинът да се елиминира непрозрачното и нерегламентирано заплащане на медицински услуги.

Това не е крайно решение, очаквам конструктивни предложения, обърна се към присъстващите министър Ананиев и подчерта, че е време "да даваме отговори, а не да поставяме само въпроси". Това ще е система за бъдещите поколения и не искам да налагам силово и административно един или друг вариант, само с обединени усилия ще има добър резултат, каза още той.

Участниците бяха поздравени от вицепремиера Марияна Николова, която каза, че е крайно належащо да се даде старт на подобна дискусия. Тази кръгла маса е доказателство

за диалогичност и прозрачност и показва как се взимат решения в Министерския съвет, допълни Николова.

Източник: БТА

www.dnevnik.bg, 15.07.2019 г. ТС "www.dnevnik.bg" \f C \l "1"
https://www.dnevnik.bg/zdrave/2019/07/15/3938265_novite_idei_za_zdraven_model_de_monopolizaciia_na/

Новите идеи за здравен модел: Демополизация на касата и неясни цени на основния пакет услуги

Юлиана Колева

Премахване монопола на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) като единствен платец на медицинските услуги от основния пакет, навлизане на частни здравни фондове, с които касата да е в пряка конкуренция. Запазване на солидарния принцип и размера на здравната вноска от 8%. "Оптимизиране" на основния пакет от плащаните чрез вноската медицински дейности. Допълнителна застраховка или плащане кеш от пациента на останалите извън пакета лечения. Освобождаване на болниците, лекарите и зъболекарите сами да определят цените на услугите си в основния пакет, като да ги договарят със здравните фондове, с които ще сключат договори.

Това са част от основните идеи, представени днес от здравния министър Кирил Ананиев за промяна в здравноосигурителния модел. От есента на миналата година, когато министърът предложи различни варианти за промяна на финансирането на системата, текат дискусии и работни групи между експертите в сектора. Днес Ананиев отчете, че не е бил постигнат някакъв консенсус, имало е множество крайни и противоречиви идеи. И днес той предлага нова идея, която е усреднена между предишните варианти, която отново би искал да обсъди с всички представители в сектора и засегнати страни, включително и с Европейската комисия.

"Усреднен размер на средствата" за всеки пациент

От думите на министъра се разбира, че и новият модел не предвижда държавата да покрива пълния размер на вноската за осигуряваните от нея категории. В момента по официални данни на правителството хората със здравни осигуровки са около 6.2 млн. души, като за своя сметка се осигуряват около 3.5 млн. работещи, а 2.7 млн. души са осигурени от държавния бюджет, в това число почти 2 млн. пенсионери. Парите, плащани от държавата, не са в пълния размер на 8-процентната вноска, както плащат хората, заети в частния сектор.

Новият модел предвижда средствата от всички вноски да продължат да се събират от Националната агенция за приходите. След това да се изчислява "усреднен размер на средства" за всеки здравноосигурен пациент на база брой пациенти и налични средства. И вече този усреднен размер да бъде превеждан на здравните фондове в зависимост от броя на записаните пациенти. Коего означава, че не всички пари от 8-процентната вноска на заетите в частния сектор ще отидат за съответния пациент, а част от нея ще бъде преизчислена за категориите хора, които държавата осигурява. Така фондовете няма да имат категории пациенти, които да предпочетат заради размера на парите, които ще им донесат.

Фондовете ще имат право на до 3 на сто оперативни административни разходи от общите си приходи, като министърът подчерта, че това е и изискването към административните разходи на НЗОК и няма да се насочат повече пари за здраве към административни разходи. Отделно фондовете ще заделят и средства за гаранционен фонд, който да покрива разходите при фалит на някой фонд.

Основният пакет ще се определя от държавата, но цените му - от болниците. Здравното министерство съвместно със съсловните организации ще определя основния пакет здравни дейности, които ще се покриват от вноската от 8 на сто. В същото време обаче всяка болница и изпълнител на медицинска услуга в договорка със здравните фондове всеки поотделно ще определя колко ще струва и каква ще е цената на всяка една от дейностите, заложи в основния пакет. По думите на министъра само за някои дейности здравното министерство ще може да определя пределни цени, съгласувано със съсловните организации.

В проекта на модел, изтекъл в медиите преди днешната кръгла маса, се говори и за оптимизиране на този основен пакет, тоест е възможно не всички досегашни дейности да се покриват чрез основната здравна вноска. Може да се очаква намаляване на дейностите и услугите в него, тъй като сега е твърде раздут и на хартия се покрива всичко, но хората доплащат много. Предвижда се обаче основният пакет да обхваща всички елементи на настоящия, в т.ч. лекарства и лечение в чужбина.

Днес Ананиев не даде подробности около това дали основният пакет може да се очаква да бъде редуциран, а само коментира, че дейностите ще се договарят отново със съсловните организации.

Всичко, което не попада в основния пакет, остава в допълнителния, който ще се финансира чрез допълнителна доброволна застраховка или кеш. По всичко изглежда, че доплащането на пациентите не само ще остане, но и ще се увеличи след евентуалното оръязване на основния пакет. В момента при 4.5 млрд. лева публични разходи за здравеопазване още 3.5 млрд. финансират системата директно от джоба на пациентите. Редица международни институции, включително СЗО, препоръчват доплащането у нас да бъде намалено от сегашните над 40% на 15%.

За да стане това, трябва да се събира по-голям публичен ресурс – било то чрез по-висока здравна вноска или чрез данъци, за да намалят кешовите плащания.

Сега с Националния рамков договор всяка година касата определя цените на дейностите, за които плаща - както брой процедури, които ще покрие годишно, така и сумите, които ще плати за тях. В бъдеще се предлага всяка болница, изпълнител на медицинска или дентална помощ, да може сама да определя своите цени, включително и от основния пакет, плащан от вноската. Тези цени ще зависят от договорките на болниците и лекарите със здравните фондове. Пациентите ще могат да изберат към кой фонд да насочат парите си, включително и в зависимост от това с кои болници и изпълнители на медицинска помощ съответният фонд има договореност.

Как ще работят фондовете

Фондовете ще трябва да имат договори с изпълнители на медицинска помощ в цялата страна. Няма да могат да селектират пациентите си в зависимост от техния здравен или друг статус. Първоначалният вариант на концепция, изтекъл в медиите, предвиждаше фондовете да бъдат лицензирани само в случай че имат над 1 милион пациенти, записани при тях. Което залагаше трудност за това в либерализирания пазар да се включат повече играчи. Последните разчети на министерството засега са, че лицензирането ще става при около 500 хиляди души, избрали фонда.

Всеки пациент - независимо дали е осигуряван от държавата или като работещ в частния сектор, ще може да избере към кой фонд да се насочи. Смяна на фонда ще е допустима най-често веднъж годишно.

За тези, които в съответния срок не са направили свое предпочитание, засега се обмислят два варианта - или да бъдат служебно записвани към НЗОК, или всички ще бъдат разпределяни на случаен принцип между всички действащи фондове.

Отстъпките за лекарствата и медицинските изделия също ще се договарят между фондовете и фирмите.

Лечебните заведения ще могат да формират цени за дейностите извън основния пакет, като те ще се покриват от доброволното здравно осигуряване или чрез плащания от пациентите в брой. Фондовете ще се конкурират за вида и обхвата на дейностите от допълнителния пакет и пациентите ще могат да избират фондовете на базата на сключените от тях договори с изпълнителите на услуги.

Дискусиите по предложените от министър Ананиев идеи се очаква да продължат днес през целия ден. А след това отново да има консултации, включително и с Европейската комисия. "Не искам да налагам силово или административно един или друг вариант, да се обединим заедно около насоката за промяна", призова здравният министър. "Време е да даваме отговори, а не да поставяме само въпроси. Ще отчета всички рискове и предложения, за да внесе в парламента най-доброто решение", обеща още той.

www.mediapool.bg, 15.07.2019 г. ТС "www.mediapool.bg" \f C \l "1"
<https://www.mediapool.bg/sled-mesetsi-diskusii-ananiev-izleze-s-oshte-po-posten-variant-za-zdravna-reforma-news295631.html>

След месеци дискусии Ананиев излезе с още по-постен вариант за здравна реформа

Мартина Бозукова

След месеци обсъждания в работни групи и анализи здравният министър Кирил Ананиев представи в понеделник постен и бегло нахвърлян нов вариант на здравен модел, който предвижда премахване монопола на НЗОК като платец на здравни услуги при запазване размера на здравната вноса от 8%. С уточнението, че "това не е крайно решение" и не иска да налага силово един или друг вариант, той обяви, че остава отворен за предложения от заинтересованите страни, за да внесе в парламента най-добрия модел. Новият предложен от Ананиев модел предвижда хората да имат избор къде да внасят сегашните 8% здравна вноса – в НЗОК или в частен застраховател. Все още не е ясно обаче какво ще включва основният пакет с медицински услуги, които ще се покриват с 8% вноса.

В момента със здравни вноски се събират 4.2 млрд. лева - 2.8 млрд. от вноските на работещите хора и почти 1.4 млрд. трансфер от държавата за осигуряваните от нея пенсионери, деца, студенти, безработни и др.

За да бъде лицензиран като конкурент на НЗОК частният здравен фонд трябва да набере поне 500 хил. осигурени, което е наполовина спрямо изтеклия седмица по-рано вариант, който предвиждаше праг от 1 млн. осигурени. Хората, които не са направили изричен избор, ще останат осигурени в НЗОК или ще бъдат служебно разпределени към някой от частните конкуренти. Осигурените ще могат да сменят фонда си веднъж годишно. Фондовете няма да имат право на селекция на пациенти по никакъв признак и ще са длъжни да записват всеки желаещ.

Очевидно и при новия вариант НЗОК ще продължава да внася непълния размер на вноската за осигуряваните от нея деца, пенсионери и безработни. Ананиев обясни, че вноските ще се събират от НАП и всеки фонд след това ще получи еднакъв усреднен размер на вноската за едно лице, като разликата в приходите им ще идва от броя записани.

На здравните фондове ще се позволяват административни разходи в размер до 3 % от приходите. Фондовете ще могат да формират и печалба при ефективност, като според Ананиев печалбата ще се преразпределя "по ред и начин, така че да останат в здравната система". Освен това фондовете ще внасят и отчисления в гаранционен фонд за случаите на изпадане в несъстоятелност.

Министерството на здравеопазването ще определя основния пакет с медицински услуги, който ще се покрива от задължителната здравна вноска от 8%.

Цените на дейностите в основния пакет ще подлежат на договаряне между фондовете и изпълнителите на медицинска помощ. Отстъпките за лекарствата и медицинските изделия също ще се договарят между фондовете и фирмите.

За някои дейности МЗ ще може да определя пределни цени, съгласувано със съсловните организации. Лечебните заведения ще могат да формират цени за дейностите извън основния пакет, като те ще се покриват от доброволното здравно осигуряване или чрез плащания от пациентите в брой. Фондовете ще се конкурират за вида и обхвата на дейностите от допълнителния пак и пациентите ще могат да избират фондовете на базата на сключените от тях договори с изпълнителите на услуги.

www.zdrave.net, 15.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n10042>

Според предложения здравноосигурителен модел:

МЗ и съсловните организации ще договарят дейностите в основния пакет

Тристълбов здравноосигурителен модел предложи на днешната кръгла маса министърът на здравеопазването Кирил Ананиев. Той включва заплащане от основен пакет услуги, допълнително доброволно застраховане и допълнително заплащане от пациентите.

„Държим на солидарния модел, но с уточнението, че пациентът трябва да има избор кой да управлява здравните му вноски, къде да се лекува в страната, да има контрол върху качеството на услугите и гаранция за равен достъп“, каза в презентацията си министърът. Той подчерта, че първата стъпка на министерството е била да отправи запитване до ЕС с цел хармонизиране на всички процедури, тъй като сигурността и стабилността на системата са на първо място.

Предложеният здравноосигурителен модел ще гарантира на осигурените лица достъп до спешна и планова медицинска помощ, право на избор кой да управлява здравните им вноски, какъв да е обхвата на услуги и къде да ги получат, гарантиране на качествена медицинска помощ.

По отношение на участниците в системата се гарантира да няма дублиране на дейности, а НЗОК и частните застрахователни фондове ще се конкурират равнопоставено.

МЗ и съсловните организации ще договарят основния пакет, в който ще влизат дейностите, които ще се покриват от задължителната здравна вноска. Заедно с пациентските организации, областните и общинските администрации пък ще бъдат изготвено параметрите на националната здравна карта.

Както досега Министерството на здравеопазването ще отговаря за лекарствена политика и лицензиране на лечебните заведения, ще определя медицинските стандарти, контрола на изпълнение на дейности, ще контролира политиката за специализациите и кадрите в системата.

Цените в основния пакет дейности ще бъдат договаряни между фондовете и изпълнителите на медицинска помощ. Отстъпките за лекарства и изделия ще бъдат договаряни от фондовете.

Разчети за минималния брой лица в частните фондове са за 500 000 души. Разходите за административното им обслужване ще са до 3% от общите приходи. Оперативен резерв на фондовете до 3% от приходите, аналогично на оперативни резерв на НЗОК.

Няма да има промяна в начина на събиране на здравните вноски. НАП запазва настоящите си функции, както се запазва и размерът на задължителната здравна вношка от 8%. НАП ще разпределя внесените средства по фондовете, като няма да има лични сметки на осигурените лица, а внесените суми ще бъдат осреднени. Разликата в приходите ще идва от броя на записаните лица.

„Лицата избират сами къде да се запишат. Тези, които не са избрали конкретен фонд или ще останат в НЗОК, или ще бъдат записани служебно, за да има равнопоставеност“, каза министър Ананиев.

Той допълни, че ще бъде създаден гаранционен фонд, с който ще се гарантират плащанията за тримесечен период в случай, че дружество е обявено в несъстоятелност.

„Така предложеният модел не е крайно решение. Ще отчета всички предложения и възражения, преди да внесе предложението в парламента. Не искам да налагам силово или административно един или друг вариант. Очаквам конструктивни резултати от дискусиата“, завърши презентацията си министърът.

www.zdrave.net, 15.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"

<https://www.zdrave.net/-/n10041>

Д-р Стойчо Кацаров: Не мисля, че ще плащаме повече пари за здраве

Рязка демонополизация на НЗОК, е нещо много опасно, смята икономистът Аркади Шарков

„Не мисля, че ще плащаме повече пари за здраве. Възможността да избираме къде да внасяме парите си, е в наш интерес. Ако не ни харесват условията в един фонд, ще изберем друг. Като пациенти, ако не сме доволни от начина, по който фондът защитава правата ни, ще го сменим с друг. Според мен, в една такава структура на конкуренция в здравното осигуряване няма място за НЗОК - тя е излишна в тази ситуация. Фондовете са достатъчни и хората могат да избират, който желаят от тях. Здравната каса или това, което ще остане от нея, може да изпълнява съвсем други функции“. Това коментира д-р Стойчо Кацаров, председател на Центъра за защита правата в здравеопазването в предаването „Тази сутрин“ по БиТиВи.

Той допълни, че в Холандия, където преди няколко години е направена такава демонополизация на Касата, основният пакет от услуги се определя от застрахователите, представителите на пациентските общности и от медиците, а не от политиците.

„Пациентът ще бъде печеливш, ако се извърши такава реформа. Овластяването на пациента и възможността му да избира къде да се осигурява, къде да постави парите си и къде да се лекува – това означава пациентът да бъде поставен в центъра на системата. Сега в центъра на системата са шефовете на МЗ и НЗОК, защото те вземат решенията“, допълни д-р Кацаров.

„Този модел, който ни се предлага, е за богати нации. Българският народ не е от тези. С тази вношка от 8% нищо няма да се промени. Това, че ще сменим даден фонд, не значи по-качествено здравеопазване. Хората са недоволни от качеството на обслужването, а то няма да се промени кой знае колко с новите фондове. Ще трябва да платим повече – дали чрез увеличаване на вноската, дали чрез повече пари от джоба, но това е факт“, каза д-р Иван Кокалов, вицепрезидент на КНСБ и член на надзора на касата.

Той напомни, че НЗОК имаше резерв от 1 млрд. и 200 млн. лв., който някъде изчезна преди години. Д-р Кокалов каза още, че НЗОК не е държавна каса, а публична. Вноските се плащат от работещите, от работодателите и държавата.

„Моделът здравната вноска да се увеличи на 8%, от които 2% да отидат към частни фондове, беше предлаган във времето и беше отхвърлен, включително от Световната банка, като невъзможен. Министърът е този, който трябва да определи пакета, който ще се покрива от НЗОК. Никой министър досега не го е направил. Никой нямаше куража да каже, че с парите, които се събират, може да се покрие даден пакет от услуги“, допълни д-р Кокалов.

По данни на ЕК доплащаме около 65% за лекарства, следва доболничната помощ – между 15 и 20% и болнична помощ – около 9%, сподели Аркади Шарков, здравен икономист към ЕКИП (Експертен клуб за икономика и политика). Според него, шоковата промяна в тази сфера – т.е. рязка демонополизация на НЗОК, е нещо много опасно.

www.zdrave.net, 15.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n10044>

Д-р Иван Маджаров:

Правото на пациента да избира лекар се заменя с правото на пациента да избира фонд

Възможността застрахователния фонд да избира с кого да сключи договор ограничава правото на пациента да избира кой да го лекува. Правото на пациента да избира кой да го лекува е в основата на сегашния модел, а се предлага да бъде напълно премахнато. Сега правото на пациента да избира лекар се заменя с правото на пациента да избира фонд.

Това каза председателят на БЛС д-р Иван Маджаров пред журналисти след презентацията на новия здравноосигурителен модел, направена от здравния министър Кирил Ананиев на днешната кръгла маса.

„Вторият въпрос е, че трябва според нас да се гарантира рамкови цени за основния пакет. Той не може да бъде финансиран с 4% от БВП. Населението плаща кеш останалото и трябва да търсим начин застрахователите да покрият точно тази разлика. Приветстваме обаче едно минимално самоучастие от страна на пациента, което ще е добро, от гледна точка на неговата отговорност към собственото му здраве“, каза д-р Маджаров.

„Трябва да има гарантирани минимални цени. Предвижда се всеки застраховател да преговаря сам с всеки изпълнител, а това означава, че всеки общопрактикуващ лекар трябва да се договаря с някой фонд, за да му бъде платена дейността. Трябва да има гарантирано финансиране на основния пакет. В момента твърдим, че се заплаща изцяло от НЗОК, което не е вярно“, каза още председателят на БЛС.

По време на дискусиата д-р Маджаров заяви, че задължително основния пакет трябва да бъде придружен с рамково договаряне за основни минимални цени, които трябва да дават сигурност на доставчиците на медицински услуги. "Всеки застраховател, контролирайки своите средства, контролирайки разхода и по този начин е по-ефективен от НЗОК, тогава би могъл да предложи по-добри условия на пациентите, но не за сметка на изкуствено занижаване и сега ниските цени. Нали не си представяте, че можем да осигурим по-добро качество на още по-ниски цени, отколкото са в момента?", каза той. "Преди две години БЛС направи система за оценяване на базата на коефициенти и няма нищо общо с обявяването на минимални базови цени. Коефициентите служат за класифициране на тежестта на труда и на дейностите между самите изпълнители на медицинска помощ. Тази система сме я предоставили на Министерството на здравеопазването, тя е сложна, не може да се въведе за една година, но трябва да се работи и по нея", завърши изявлението си председателят на БЛС.

www.dnevnik.bg, 15.07.2019 г. ТС "www.dnevnik.bg" \f C \l "1"
https://www.dnevnik.bg/zdrave/2019/07/15/3938564_eksperti_v_zdravniia_sektor_otnov_o_poiskaha_tochni/

Експерти в здравния сектор отново поискаха точни сметки, около които ще се прави здравна реформа

Юлиана Колева

Какво ще влиза в основния пакет здравни услуги, които ще се покриват от 8-процентната здравна вноска, кои дейности ще изпаднат от него, при положение че е твърде раздут и парите не достигат? Кога най-сетне ще има остойностяване на дейностите, услугите, труда в здравния сектор, за да е ясно кое колко струва, за кое точно има пари от публичните средства и за кое ще се доплаща? Как ще се подобри профилактиката, доболничната помощ, за да не се стига до този огромен процент на приети пациенти в болница?

Кой ще поеме в бъдеще скъпоструващото лечение на хората с редки заболявания например, на онкоболните, на хората с тежки хронични болести? И доколко това правителство ще може до края на мандата си да направи обсъжданите вече около девет месеца промени в здравноосигурителния модел или всички идеи ще останат повече на думи?

Това бяха основните въпроси, които участниците в днешната кръгла маса, организирана от здравното министерство по въпросите за промяна в здравноосигурителния модел, отправиха към здравния министър Кирил Ананиев. Почти всеки от изказалите се експерти, представители на съсловни организации, на пациенти, синдикати, омбудсманът, застрахователи поставяха тези въпроси. А Ананиев, който днес излезе с нов – трети, вариант на идеи за промяна в модела, по който ще се финансират здравеопазните дейности, каза, че до края на годината ще е отговорил на всички отправени питання. Тогава щяло да има и остойностяване на основния пакет дейности, които ще се плащат от здравната вноска, за да знаят хората в бъдеще какво ще се плаща от вноската им и за какво ще трябва да се застраховат допълнително или да доплащат кеш. А след като тези въпроси са изчистени, министерството ще задвижи и нужните законодателни промени, за да задвижи реформата.

Кога обаче на практика може да се очаква реално влизане в сила на идеите на здравните власти още е неясно. Ако Ананиев спази посочените срокове, пакетът промени може да е готов към пролетта на следващата година. Те обаче вероятно ще са свързани и с бюджетни закони, които се гласуват традиционно в края на годината. Необходимо е да се види и дали ще има здравни фондове, които ще искат да влязат на здравния пазар, да се конкурират със здравната каса, да направят сериозните първоначални инвестиции и да отговорят на множеството изисквания, заложили в концепцията. Експерти коментираха, че така промените могат да започнат най-рано от 2021 г., когато са и редовните парламентарни избори.

Кирил Бошов от Асоциацията на българските застрахователи отбеляза, че концепцията на здравния министър е като конкуренти на касата да се включат изцяло нови здравноосигурителни фондове. Създаването на нови фондове ще изисква огромни нови капитали от нови участници, допълни той. И предложи да се ползват сегашните лицензирани застрахователи, които да преминават нова тежка форма на долицизиране, да се провери дали отговарят на стриктни условия, да имат нужните капитали и т.н. Но все пак сегашните застрахователни фондове да могат да се ползват за база.

Бошов, както и повечето от участниците в днешната дискусия, поиска ясно дефиниране, остойностяване на базов пакет дейности и да е ясно какво се покрива срещу базовия здравен пакет.

Концепцията на Кирил Ананиев предвижда здравното министерство да договаря със съсловните организации какви конкретни дейности ще влизат в основния пакет услуги, покривани с публичните вноски. Цените на тези дейности обаче ще се договарят между изпълнителите на медицинска помощ – болници, лекари, зъболекари, които ще правят своите предложения и ще дават цени на услугите си и ще се договарят със здравните фондове.

Означава ли, че всеки от фондовете ще формира свой собствен пакет и цени, попита омбудсманът Мая Манолова. Председателят на Българския лекарски съюз Иван Маджаров също поиска тази промяна да се преосмисли, защото така лекарите щели да бъдат подложени на сериозен натиск от много по-мощните от тях структури в лицето на здравните фондове. И поиска рамково договаряне за основни минимални цени. "Как ще осигурим по-добро качество, като подложим на натиск за още по-ниски цени лекарите, които и сега покриват недофинансирането от държавата", попита Маджаров.

Експертът от българския офис на Световната здравна организация Михаил Околийски отново отбеляза, че разходите за здравеопазване трудно могат да бъдат намалени, ако не се акцентира приоритетно на профилактиката и на доболничния сектор. По думите му акцент трябва да е върху укрепването на първичната медицинска помощ, подкрепа на общопрактикуващите лекари в обучение, възнаграждение, нефинансови стимули. Има по-добри начини за оптимизиране на разходите от това да се въвеждат допълнителни стълбове на здравното осигуряване, допълни Околийски.

Председателят на групата на ГЕРБ и на парламентарната здравна комисия Даниела Дариткова също коментира, че приоритет на управляващите е преодоляването на обратното съотношение между болнична и извънболничната помощ. Определи сегашната ситуация, при която за 2017 г. е имало около 2.2 милиона хоспитализации, за "относително неефективен модел" и заговори за повече инвестиции в профилактика.

В края на дискусията здравният министър Кирил Ананиев взе думата, за да каже, че представената от него концепция е "скелетът" на новия модел. Не влезе в конкретика и не отговори на многото зададени въпроси. Например за бъдещите изисквания за работата на новите фондове, дали ще се намерят изобщо такива, които да искат да работят в конкуренция с касата, за това как ще се реструктурират неефективни болници и дали ще бъдат закривани болници, с които никой не е сключил договор. За остойностяването, за това кой ще поеме тежките и скъпи случаи, дали държавата ще започне да покрива пълния размер на здравната вноска за хората, които осигурява, и др.

Обеща тези въпроси да получат отговори до края на годината. И конкретни законодателни промени след това.

www.zdrave.net, 15.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n10047>

Д-р Джафер: Предложеният модел има много предизвикателства

„Убедена съм, че прокарането на нов здравноосигурителен модел задължително трябва да мине през максимално възможния експертен консенсус, обществен консенсус и чак тогава да се търси надпартиен, политически, консенсус. За шестте месеца откакто беше представена първоначалната идея за промяна на модела, сега вече МЗ се концентрира върху един – с пълна демонополизация, което ни позволява да разсъждаваме само в тази посока и да търсим позитивите и негативите“. Това каза в изявлението си по време

кръглата маса, на която беше представено предложението за нов здравноосигурителен модел, председателят на парламентарната група на ГЕРБ и на комисията по здравеопазване д-р Даниела Дариткова.

„Смятаме, че чрез реформа на осигурителния модел и финансово стабилизиране на системата, може би ще постигнем и организационно такава. Чрез конкуренцията на НЗОК да преодолеем дефектите в системата – липсата на адекватно администриране и дефицита в контрола. Дали ще успеем да преодолеем дисбалансите на регионалната представителност и обратното съотношение между болничната и доболничната помощ. Смятам, че постигнатите през 2017 г. хоспитализации - 2 157 000, са предела на оборот, по който могат да работят лечебните заведения“, каза още д-р Дариткова.

Депутатът от БСП проф. Георги Михайлов заяви, че един от главните въпроси, които поставя предложението модел е колко струва здравната система. „България се намира на първо място по болнични разходи за пациенти“, каза той и подчерта, че у нас има твърде много болници.

Той даде за пример Холандия, където броят на лечебните заведения бил значително по-малък, но заяви, че въпросът дали трябва да се закриват болници ще се реши с националната здравна карта.

„Няма човек, който да не желае промени в здравеопазването. ДПС 15 години настояваме да има демонополизация на НЗОК. Този модел обаче има много предизвикателства. Има условия, които трябва да бъдат изпълнени, за да се осъществи представения модел от г-н Ананиев. На първо място е единната информационна интегрирана система. Трябва да има база данни, чрез която да работят всички фондове, които и да са те“, каза пред журналисти депутатът от ДПС д-р Нигяр Джафер.

„Остойностяването на дейностите в един ясно дефиниран основен пакет, който ще бъде финансиран. На трето място – ясни медицински стандарти и правила за добра медицинска практика. На следващо място – трябва да се изравни размерът на вноските, които внася държавата за пенсионерите и децата, тъй като в противен случай се губи един финансов ресурс, който ще бъде проблем. Трябва да има гаранционен фонд, за да се гарантира финансовата стабилност на фондовете. Трябва да има и рисков пул, който да гарантира, че няма да се селектират пациенти“, каза още тя.

www.bnt.bg ТС "www.bnt.bg" \f C \l "1", 15.07.2019 г.

<http://news.bnt.bg/bg/a/v-oshche-ot-denya-kak-shche-se-podobri-lechenieto-na-blgarites-noviya-zdraven-model>

В "Още от деня": Как ще се подобри лечението на българите с новия здравен модел

Демонополизация на Здравната каса предвижда новият здравен модел, който днес беше представен публично от министър Кирил Ананиев. Идеята е частни дружества да се конкурират с публичния фонд за здравната ни вноска.

Как ще се подобри лечението на българите с новия модел - темата в "Още от деня" коментираха проф. д-р Асен Балтов, директор на "Пирогов" и Светла Несторова от Асоциация на българските застрахователи.

Днес видяхме една много смела постъпка от страна на министъра. Намери се един смел мъж, който да каже, че е крайно време вече да имаме друг подход както към пациентите, така и към лечебните заведения, категоричен е проф. Балтов.

Проф. д-р Асен Балтов, директор на "Пирогов": Днес се постави една рамка, от която започват огромни дебати, свързани с политическа подкрепа от всички партии и всички българи, защото всички имаме нужда от добро здраве.

Според Светла Несторова, премахването на демонополизацията, повишаването на конкуренцията и вкарването на пазарен принцип биха могли да повиши качеството на услугата.

Светла Несторова, Асоциация на българските застрахователи: Голямата новина е че министерство на здравеопазването има готовност за пълна демонополизация. Второ - говори се за това да се сложи на масата кое колко струва и за какво стигат тези 5 милиарда, очевидно е, че публичният ресурс не е достатъчен, за да покрие всички плащания и никой не знае за какво стига. Според мен това е горещият картоф, който се подхвърля.

Моделът който беше представен днес, защитава солидарността - всички имат еднакви права, еднаква възможност, допълни Несторова.

Основният пакет на осигуряване в никакъв случай няма да е минимален, там ще бъде покрито всичко необходимо за едно нормално лечение на българските граждани, обясни проф. Балтов.

Проф. д-р Асен Балтов, директор на "Пирогов": Хората трябва да разберат, че парите за здравеопазване в България не са много.

Директорът на "Пирогов" даде пример със здравната система в Германия, където всеки гражданин отдели 14,6% за собственото си здравно осигуряване и има 108 частни застрахователни фонда.

Проф. д-р Асен Балтов, директор на "Пирогов": Говори се много за това какво е необходимо като база - едното са медицинските стандарти, надявам се че до края на годината ние ще имаме едни добре направени медицински стандарти. Добрата медицинска практика също е изключително важно нещо.

Относно допълнителните плащания извън основния пакет, Несторова обясни, че такива има и в момента, но те попадат в една огромна сива зона, в която не е ясно какво плащаш.

Светла Несторова, Асоциация на българските застрахователи: Много ясно да се прекара границата какво е покрито и хората да имат яснота какво могат да си закупят. В момента не е така - не знаеш какво можеш да си платиш и кое колко струва. Ясното остойностяване на услугата означава много ясна граница докъде стига публичния ресурс. Конкуренцията при частните фондове за застраховане ще е много силна, ще се търсят варианти за максимално намаляване на цените на здравните услуги и разумна регулация на цените, допълни Несторова.

По въпроса за неосигурените граждани, проф. Балтов обясни, че спешната помощ се поема на 100% от здравното министерство и освен това, има фонд за хора без абсолютно никакви финансови възможности, предоставен от социалното министерство, който най-вероятно той ще остане да действа.

Проф. д-р Асен Балтов, директор на "Пирогов": Набирането на хора, които ще влязат в съответния фонд - по никакъв начин няма да има делене.

Светла Несторова, Асоциация на българските застрахователи: Държавата играе ролята на осигурител и парите са там. Ние няма да имаме право да отказваме, да тарифираме различно, солидарният принцип ще бъде спазен.

Най-много ме притеснява основният пакет - какво ще съдържа и за какво ще се харчи публичният ресурс, допълни Несторова.

Днес беше представена една рамка, мисля че още никой няма детайлите, включително и министърът. Отвори се нова врата, но предстои много работа и това не го виждам да стане по-рано от 2021 г, това е едно оптимистично виждане, каза в заключение проф. Балтов.

www.btv.bg TC "www.btv.bg" \f C \l "1", 15.07.2019 г.

<https://btvnovinite.bg/predavania/lice-v-lice/ananiev-za-demonopolizacijata-na-nzok-pacientite-shte-poluchat-po-evtino-zdraveopazvane.html>

Ананиев за демонополизацията на НЗОК: Пациентите ще получат по-евтино здравеопазване

Здравният министър обясни, че до реформата се е стигнало заради изтичащите средства от НЗОК

Конструкцията на Националната здравноосигурителна каса започна да се задъхва – появили се много пробойни и започнаха да изтичат голям обем средства по нерегламентирани начини.

Така аргументира здравният министър Кирил Ананиев премахването на монопола на НЗОК в предаването „Лице в лице”.

По думите му здравеопазването е сложна система, в която има публично-частни интереси, а държавата я интересува интересът на пациентите.

„Никой не е доволен, нито пациентите, нито хората, които работят в системата, нито аз като министър на здравеопазването. Дошло е времето, даже сме закъснели, за промяна на модела”, каза Ананиев и допълни, че реформата ще помогне за изграждането на Националната здравна информационна система – електронното здравеопазване.

Ананиев обясни, че целта на новия здравен модел е пациентите да имат право на избор – кой да управлява техните здравноосигурителни вноски.

„Искаме всеки български гражданин да преценява сам къде ще получи най-доброто лечение на територията на страната. Пациентът трябва да бъде напълно информиран за видовете медицински дейности и техните цени”, каза още ресорният министър.

Министърът на здравеопазването уточни, че новият модел трябва да осигури контрол върху качеството на лечебната дейност. Той допълни, че частните фондове трябва да са финансово устойчиви, но са разработени и модели за евентуален фалит.

„Ние предлагаме демонополизация на НЗОК, което означава, че Здравната каса ще се конкурира на равни начала с частните здравни фондове. Със законови промени, ние ще създадем възможност НЗОК да извършва доброволно застраховане, за да бъде конкурентоспособна на частните”, обясни здравният министър.

Според Ананиев, реформата ще даде възможност пациентите да получат по-качествено здравеопазване на по-ниска цена.

„Избор ще имат не само тези, които се осигуряват от работодателите им, а и тези, които се осигуряват от държавата – държавните чиновници, пенсионерите, децата”, заяви Ананиев и отхвърли твърдението, че държавата не е стриктен платец на здравни осигуровки.

Здравният министър заяви, че дебатът по реформата ще започне в Народното събрание в началото на 2020 г. Още подробности за новия модел на здравноосигуряване вижте във видеото!

www.capital.bg, 15.07.2019 г. TC "www.capital.bg" \f C \l "1"

https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2019/07/15/3938558_noviat_zdraven_model_chastni_zdravni_kasi_shte_ima/

Новият здравен модел: Частни здравни каси ще има най-рано през 2021 г.

Дотогава ще се търси консенсус в сектора, ще се остойностяват медицинските услуги и ще се поправя законодателството

Десислава Николова

Здравно осигурените ще могат да избират дали да внасят вноските си в държавната здравна каса или в частни дружества най-рано през 2021 година. Това стана ясно от думите на здравния министър Кирил Ананиев, който за втори път след септември 2018 г. представи предложението си за здравен модел. Дотогава той ще търси консенсус в съсловието и политическите сили за демонополизация на здравната каса, ще бъдат остойностени медицинските услуги и трудът на медицинските специалисти и ще бъде променено законодателството.

Както стана известно преди повече от седмица, Ананиев представи контурите на двустълбов модел, в който здравната каса и частни фондове ще се конкурират за задължителните здравни вноски, а отделно от това частни застрахователи ще събират доброволни застраховки. Според предложението на Ананиев засега моделът няма да изисква увеличаване на здравната вноска от 8% от заплатата, колкото е в момента, или свиване на основния пакет медицински услуги.

Идеята за двустълбов модел беше посрещната на нож от синдикатите и повечето пациентски организации. Дори ДПС, които от 15 години настояват за демонополизация на здравната каса, обявиха, че има много неизвестни, които трябва да намерят отговор, преди да се пристъпи към следващи крачки. БСП се обяви против модела в сегашния му вид. Единствено ГЕРБ, в чиято предизборна програма фигурира демонополизацията, застанаха зад идеята на Ананиев, отново с уговорка, че преди да се пристъпи към нея, трябва да бъде реструктурирана Спешната помощ, да има остойностяване на услугите и национална здравна информационна система.

Какво предлага Ананиев официално

През септември миналата година Ананиев предложи двустълбов и тристълбов модел. Тогава той обяви пристрастията си към тристълбовия модел, като идеята му беше НЗОК да плаща лечение до 700 лв., а над тази сума да го правят частните здравни фондове. Сега той смята, че "двустълбовият модел е по-лесно приложим, защото няма дублиране на дейности и финансиране".

Ананиев предлага здравната каса и новолицензирани частни фондове да се конкурират за здравните вноски.

Лечебните заведения ще могат да си определят собствени цени на основния пакет медицински услуги, но пък в същото време министерството и лекарският съюз ще определят какво влиза в основния пакет и минимални цени, под които здравната каса и фондовете не могат да слизат.

Министерството ще определя и максимални цени за някои видове лечение, над които не могат да се сключват договори, но не бяха дадени детайли за кои услуги става въпрос.

Моделът предвижда, ако здравните фондове имат печалба, тя да остане в здравната система и да не може да се харчи за нищо друго освен за здравни услуги.

Фондовете ще трябва да осигурят национално покритие, като сключват индивидуални договори с лекарите и лечебните заведения. Министърът изтъкна още, че моделът предвижда, ако здравните фондове имат печалба, тя да остане в здравната система и да не може да се харчи за нищо друго, освен за здравни услуги.

Фондовете и здравната каса ще получават осреднени здравни вноски, а не парите на избралите ги пациенти. Размерът на осреднената вноска ще се определя от НАП на база на събраните средства от здравни вноски и всеки фонд ще получава еднаква вноска за всеки записан.

Частните фондове ще бъдат задължени да имат резервен фонд и да отделят средства в гаранционен фонд, които да гарантират на пациентите, че ще получат услуга при евентуален фалит на фонда.

Все още не е ясно на какви условия трябва да отговарят частните фондове, но Ананиев изтъкна, че те трябва да имат минимум 500 хил. осигурени, за да заработят. В първия вариант за този модел прагът беше 1 млн. осигурени.

Министърът обяви още, че заедно с пациентите, синдикатите и работодателите "ще предприемат действия за реструктуриране на здравната система".

След дискусиата, която продължи три часа, Ананиев обяви, че до края на тази година министерството ще осигури медицинските услуги в основния пакет, което беше поставено като основна пречка в изказванията на абсолютно всички поканени. То обаче зависи от това кои болници и лечебни заведения ще отговорят на новите медицински стандарти и правила за добра медицинска практика, каза Ананиев. Тези правила би трябвало да влязат в сила от края на юни, но тъй като не са готови, министерството предлага в свой законопроект срокът за тях да бъде удължен до ноември тази година.

Министърът допълни още, че се работи по националната здравна информационна система, която трябва да даде яснота кой от какво е болен и от какви грижи и съответно средства се нуждае.

Малко за и много против

Както и се очакваше, Ананиев представи модел без конкретни изчисления и призова да не се задават въпроси по него, което пък отприщи присъстващите на представянето около 300 души да задават въпроси по множеството неясноти в рамката.

Депутатът от БСП проф. Георги Михайлов обяви, че разговорите за здравеопазването винаги са полезни, но когато се говори за финансиране, трябва да стане ясно за какво стигат парите и за какво не и отбеляза, че за него този модел означава, че се легализира доплащането за здраве само за тези, които имат финансова възможност и че доплащането ще се увеличи. Той попита кой ще финансира редките заболявания, чието лечение е скъпо.

Омбудсманът Мая Манолова обяви, че ако на министъра му е било необходима една година, за да еволюира до този модел, не може да изисква присъстващите да се ориентират за два часа в него. Тя каза, че е съгласна, че има нужда от повече средства за профилактика и превенция и повече качество в системата, но че предложеният модел безспорно ще оскъпи системата заради администрацията и множеството резервни и гаранционни фондове, които ще трябва да се създадат.

Тя попита означава ли предложението, че всеки фонд ще формира свой пакет услуги и свои цени, както и как ще се подобри достъпът до съвременни лекарства, но до края не получи отговор. Манолова настоя да чуе дали Ананиев има политическа подкрепа за предложенията си. "През миналата година заявихте, че моделът е изчерпан, но след това предложихте законопроект, който бетонира този изчерпан модел", каза тя.

Д-р Хасан Адемов от ДПС настоя да чуе дали министерството работи по осигуряването на медицинските услуги, има ли работеща информационна система и медицински стандарти. Той допълни, че политическата му сила от 15 години е за демонополизация на здравната каса и няма нищо по-хубаво от конкуренцията, но трябва преди това да се осигури медицинската помощ и да се отговори на много въпроси, като например какво се случва с лечебните заведения, които не са сключили никакъв договор.

Председателят на парламентарната здравна комисия д-р Даниела Дариткова от ГЕРБ обяви, че през конкуренция на НЗОК ще могат да се преодолеят дефицитите в оперативното администриране на здравните осигуровки и в контрола върху изразходването им. Тя изтъкна, че преди да пристъпят към демонополизация, ще

изпълнят няколко от основните си обещания – акцент върху превенцията и профилактиката, реструктуриране на Спешната помощ, което тече в момента, и зареждането на единната информационна система.

Синдикати и пациенти - против

Председателят на Българския лекарски съюз д-р Иван Маджаров обяви, че организацията има готово остойностяване на медицинските услуги. Той каза, че организацията е категорично против застрахователите да избират кой да лекува пациентите и е недопустимо лекарите да се договарят сами с много по-мощни от тях структури, каквито са застрахователните фондове. Маджаров поиска да има минимални цени, по които съсловната организация да се договаря. След лекарите договаряне лично с тях поискаха и медицинските сестри, и физиотерапевтите.

Представителят на Световната здравна организация Михаил Околийски изтъкна, че в България доплащането е 42.5% над публичните средства за здраве, а по препоръките на организацията трябва да е не повече от 15% и при промяна в модела е необходимо да има акцент върху профилактиката, а не върху болничното лечение.

Президентът на КТ "Подкрепа" Димитър Манолов обясни, че организацията е против модела, защото той щял да осигури бизнес и печалба на определен кръг фирми и ще снесе политическата отговорност за здравеопазването от управляващите и ще я прехвърли на частни субекти.

"Първо трябва да видим къде са проблемите, а после – как ще се финансира системата. Ако преминем към този модел, ще пострадат достъпността до лекарите, качеството и възнагражденията на работещите", каза Манолов.

Пламен Димитров, президент на КНСБ, също изтъкна, че не може да намери никакви аргументи, за да подкрепи предложения модел. "Демонополизацията на НЗОК не е панацея. Много сектори бяха либерализирани и виждаме какво става в банките и в енергийния сектор. Трябва ясно да се остойности и гарантира основният пакет, а след това да се види дали има мегдан за печалба над него", каза Димитров.

Възражения имат и от пациентските организации. Андрей Дамянов от Националната пациентска организация изтъкна, че демонополизацията със сигурност ще доведе до увеличаване на разходите за здраве и стои въпросът защо е нужна тогава.

Председателят на Българската асоциация за закрила на пациентите Пламен Таушанов обяви, че не вижда как при предложения модел ще се увеличи достъпът до медицинска помощ.

Пенка Георгиева от пациентски организации "Заедно с теб" изтъкна, че НЗОК не се справя и трябва да се демонополизира, но за да бъдат платени всички медицински услуги, трябва да се увеличи здравната вноска.

Веска Събева, председател на Асоциацията на родителите на деца с епилепсия, повдигна въпроса кой ще плаща вноски на 714-те хиляди пациенти с увреждания.

Боян Бойчев от Асоциацията на индустриалния капитал в България (АИКБ) пък каза, че работодателите са против да се увеличава здравната вноска в неререформирания здравен сектор.

Кирил Бошов от Асоциацията на българските застрахователи изтъкна, че 350 хил. техни пациенти са изключително доволни от доброволните си здравни застраховки и няма смисъл да се създават нови дружества, за които ще се изискват нови капитали и фондове, вместо да се стъпи на сега съществуващите компании. Бошов добави, че трябва ясно да се остойности какво влиза в базовия пакет и колко струва то, за да бъде ясно на всеки гражданин за какво плаща здравни вноски.