

ПРЕСКЛИПИНГ

16 октомври 2018, вторник

www.mediapool.bg, 15.10.2018 г. ТС "www.mediapool.bg" \f C \l "1"
<https://www.mediapool.bg/mz-pravi-opit-za-palno-prenarezhdane-na-zdravnata-sistema-s-byudzheten-zakon-news284986.html>

МЗ прави опит за пълно пренареждане на здравната система с бюджетен закон

Държавата иска тотален контрол, включително над частните болници и изписването на лекарства

Мартина Бозукова

Тотално пренареждане на здравната система през Закона за бюджета на здравната каса подготвя Министерството на здравеопазването. С текстове в бюджетния закон ведомството планира фундаментални промени в четирите основни здравни закона – за здравето, за здравното осигуряване, за лечебните заведения и за лекарствените продукти в хуманната медицина. Промените са подчинени на две основни цели – държавата и здравните институции да концентрират повече власт и контрол над здравната система, включително над частните болници и по този начин - да се ограничат течовете и неефективните разходи в системата.

Особено притеснителен е начинът, по който се планира това да бъде направено - в последния момент, без обществено обсъждане и оценка на въздействието.

Сред новите моменти са финансиране на по-малко болници и отделения, като наличието на лекар на основен трудов договор става задължително условие за заплащане на клиничната пътека; изискване университетските болници да са собственост на университети, създаването на нова мегакомисия за контрол на медицинските дейности; разкриването на нови болници и дейности се предвижда да става с разрешението на Министерския съвет вместо на здравното министерство.

Предлага се и нов ред за изписване и плащане на лекарства, при който водеща е разходната ефективност, т.е. при еднаква полза се избира лекарството с по-ниска цена или по-евтин курс на лечение. Освен това се засилва ролята на здравните власти при определянето на терапията чрез различни инструменти.

Върху промените все още се работи и не е ясно какъв ще е окончателният вид, в който те ще влязат за разглеждане на заседанието на Надзорния съвет на НЗОК този петък. Освен това, за да се реализират тези намерения, редица детайли трябва да бъдат доуточнени в наредби на здравното министерство.

За поредна година обаче МЗ прави опит набързо да прокара през закона за бюджета на касата спорни решения по чувствителни за обществото въпроси, какъвто беше случаят и с миналогодишния лекарствен мораториум. И тогава здравните власти обясняваха, че предлагат мораториума, за да спечелят време за законови промени, с които да обвържат плащанията с резултата от лечението, но цяла година не предприеха нищо в тази посока и в момента отново предлагат в последния момент мерки със спорна продуктивност и потенциал да взривят общественото мнение.

НЗОК ще плаща на принципа “един лекар в една болница“

Една от най-кардиналните промени, която вероятно ще срещне мощна съпротива и в крайна сметка ще отпадне, е на болниците да не се плаща за медицински дейности, извършени от лекар, който не е на основен трудов договор в лечебното заведение.

Благодарение на допълнителните договори с приходящи лекари на половин и четвърт щат в момента се крепят много общински, частни, а и областни болници, които иначе не

биха покривали изискванията на НЗОК за робата по клинични пътеки и медицинските стандарти.

Това позволява поддържането на крайно раздутата болнична мрежа в страната, но в същото време осигурява по-лесен достъп на пациентите до болнична помощ и в по-малките населени места. Автоматичното премахване на тази възможност ще доведе до затваряне на болници и отделения, без оглед на потребностите от медицинска помощ в конкретния район.

Изключения от изискването за лекар на основен трудов договор ще се правят за дефицитните специалности като патоанатомия, анестезиология, неонатология и др.

Пореден опит плащането за лекарства да се обвърже с ефекта

Множество промени се правят и в областта на лекарствената политика, където предложенията на здравните власти са насочени към ограничаване продължаващия ръст на разходите, свързан с навлизането на нови скъпи терапии. След като цяла година здравните власти не направиха нищо в посока да обвържат плащането за скъпо струващите лечения с ефекта от тях и дори не успяха да изпълнят като хората законовото си задължение за проследяването на ефекта от лечението с 13 медикамента, сега се прави пореден опит за стъпки в тази посока.

Проблемът е, че предложенията са само бегло нахвърляни, липсват детайли как ще се осъществят, което предстои да се разпише в наредби, а в същото време засягат лечението на много хора, което създава предпоставки за хаос и напрежение.

Така например държавата изцяло иззема функциите по писането на т.нар. фармако терапевтични ръководства, които определят как, в каква последователност и с какви медикаменти се провежда лечението. Тази отговорност се вменява изцяло на Националния съвет по цени и реимбурсиране, който и сега утвърждава фармако - терапевтичните ръководства, но в момента алгоритмите за лечение са по предложение на националните консултанти, медицинските научни дружества и експертни съвети. Занапред мнението на консултантите и медицинските дружества може да бъде прескачано, което не е неочакван ход предвид твърденията на управителя на НЗОК д-р Дечо Дечев, че препоръките на някои от тях са мотивирани от финансови причини, а не от чисто медицински, визирайки обвързаности на лекарите с фармацевтичната индустрия.

Законовите промени предвиждат и изогтвянето на нови фармако-терапевтични ръководства, като лекарите са длъжни да съобразяват предписваните терапии с тях.

За лекарствата за домашно лечение и онкомедикаментите в болниците лекарите се задължават да предписват “лекарствения продукт/терапевтичния курс с най-голяма разходна ефективност, когато в конкретния случай са налице терапевтични алтернативи, лекарствените продукти имат доказана сходна терапевтична ефикасност и безопасност за лечение на заболяването на задължително осигуреното лице, с подобно клинично протичане и тежест съгласно кратката характеристика на продукта“. Въвежда се определението, че най-голяма разходна ефективност на терапевтичен курс е “най-доброто съотношение между постигане на терапевтичен резултат от прилагане на лекарствен продукт/лекарствена терапия и разходване на средства от бюджета на НЗОК за същия продукт/терапия, при съпоставянето му с друг/и лекарствен/и продукт/и или лекарствени терапии, представляващи терапевтични алтернативи и заплащани напълно или частично от НЗОК“.

Създава се възможност онколекарствата, които сега се плащат извън клиничните пътеки и за тях няма финансови лимити, да влязат в стойността на някои пътеки, което поражда много въпроси как ще бъдат плащани в бъдеще. В същото време се оставя и опция някои от онколекарствата да продължат да се плащат отделно от стойността на пътеката, като

засега не е ясно за кои лекарства кой от вариантите ще се приложи, тъй като всичко трябва да бъде доуточнено с подзаконовни актове.

Предвижда се и опция НЗОК да плаща за дадено лекарство едва след като бъде отчетен резултатът от лечението с него – постигната ремисия, удължена преживяемост и т.н.

Удължава се от 90 на 180 дни срокът за произнасяне на Съвета по цени и реимбурсиране за включване в позитивния списък на лекарство с ново международно непатентно наименование, подлежащо на оценка на здравните технологии. Така новите лекарства ще влизат по-трудно и по-късно на българския пазар.

Медицински, финансов контрол и трансплантации в едно

Промените предвиждат още разкриването на нови болници и дейности да става с одобрението на Министерския съвет, а не на здравното министерство, както е сега. Това ще става въз основа на потребностите в националната здравна карта.

Създава се нова мегакомисия за регулиране и контрол на медицинските дейности, която ще обедини сегашната агенция Медицински одит, известна още като медицинската ДАНС и Агенцията по трансплантациите.

В нея се съсредоточава цялата власт по регистрация на лечебните заведения, разрешителните за лечебна дейност, контролът върху медицинската дейност, включително спазването на фармакотерапевтичните ръководства и лекарственото лечение в болниците. Освен това новата структура ще следи за наличие и предотвратяване на корупционни практики в болниците, както и за начина, по който болниците изразходват публичния ресурс. Вероятно в това се изразява обещаното многократно от здравния министър Кирил Ананиев обединяване на финансовия и медицински контрол.

Неясно защо в същата структура се прехвърля и Агенцията по трансплантациите, която изпълнява доста различни функции. Промените предвиждат и обявеното прехвърляне на Фонда за лечение на деца към НЗОК.

Университетските болници – собственост на университети

Друга промяна предвижда само болниците, управлявани от университети, да се ползват със статута на университетски болници – т.е. да осъществяват обучение на студенти и докторанти по медицина, да получават държавно финансиране за това и работещите в тях медици да имат право на допълнителен трудов договор за осъществяване на преподавателска дейност във висшето училище.

“Лечебните заведения, в чиято търговска регистрация на фирмата към влизане в сила на този закон се съдържа обозначението “университетска“ или негови производни, без да са предоставени от Министерския съвет правата на едноличния собственик на капитала по управлението на лечебното заведение на висше училище, в срок до два месеца от влизане в сила на този закон предприемат действия по заличаване на обозначението от търговската си регистрация...Лечебните заведения, за които към влизане в сила на този закон правата на едноличния собственик на капитала по управлението им са предоставени от Министерския съвет на висше училище се ползват с правата на университетски болници по този закон“, гласят промените.

Очевидно идеята е да се мултиплицира схемата, по която Медицинският университет във Варна получи собствеността на университетската болница “Света Марина“. Това лесно може да се приложи за останалите държавни университетски болници и университети, но не е ясно какво ще се случи с не малкото частни болници, получили в последните години статута на университетски.

МЗ иска контрол над финансите и на частните болници, ползващи публичен ресурс

Освен това държавата предвижда да задължи и частните болници, които се финансират с публични средства – т.е. от бюджета на НЗОК и държавата, да спазват въведения през

тази година единен финансов стандарт, известен още като финансовата конституция на здравния министър Кирил Ананиев.

Съответно и частните болници ще подлежат на държавен контрол за това как използват публичния ресурс и на отчет пред МЗ. Не е ясно дали и те ще бъдат задължени, както държавните да доказват пред МЗ необходимостта от купуване на нова апаратура или определени кадрови решения.

VINF 12:32:01 [15-10-2018](#)
IS1231VI.011

БСП се среща и с БЛС, внася вота за здравеопазване следобед

София, 15 октомври /Теодора Цанева, БТА/

БСП предлага алтернатива, включително и в здравния модел, заяви лидерът на партията Корнелия Нинова след последната среща - с Управителния съвет на Българския лекарски съюз /БЛС/, преди внасянето на вота на недоверие към правителството за здравеопазването.

Не предлагаме палиативни мерки тук-там да се запълнят дупки, а предлагаме на масата сериозен разговор за друг модел в здравеопазването, каза Нинова и отбеляза, че са чули такава оценка и от БЛС.

Тя посочи, че на срещата са обсъдили проблемите в здравеопазването - финансиране на системата, кадри, ценообразуване на клинични пътеки, на лекарски труд, монопола на Здравната каса и варианти за демонополизация.

Както сме казали, ще внесем вота днес следобед, съобщи председателят на БСП.

Председателят на БЛС Иван Маджаров определи разговорите с БСП като изключително полезни. Той изрази надежда от такива срещи да изкристализира правилната реформа.

www.bnr.bg, 15.10.2018 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"

<http://bnr.bg/post/101031636/krastina-taskova-vola-ne-zastavame-zad-bsp-i-tehnia-vot>

Кръстина Таскова, "Воля": Не заставаме зад БСП и техния вот

Виждаме недъзите на здравната система, но не заставаме зад БСП и техния вот, защото БСП и ГЕРБ са едно и също, заяви в предаването „Преди всички“ зам.-председателят на групата на „Воля“ в парламента Кръстина Таскова:

„Здравето на българите е въпрос на национална сигурност. Години наред се наливат милиарди, а резултатът е 0. Хората продължават да са недоволни. Това, че виждаме недъзите на системата, не означава, че заставаме зад БСП и техния вот, защото за нас БСП и ГЕРБ са едно и също. БСП също имат толкова голяма вина за ситуацията в болниците и цялата система на здравеопазването, колкото и ГЕРБ. Как ще гласуваме, ще вземем решение, когато вотът бъде внесен. Гласуването не е толкова важно. Важно е какво се случва след всеки един вот на недоверие – абсолютно нищо. ГЕРБ и БСП просто си играят с живота на хората и не искат никаква промяна“.

Според нея парите се харчат нелогично и не в интерес на народа, а в интерес на задкулисни лобита.

VINF 17:47:01 [15-10-2018](#)
PP1746VI.015

Подобряването на здравната система е приоритет на правителството, заявиха от ГЕРБ

София, 15 октомври /Теодора Цанева, БТА/

За пореден път ставаме свидетели как БСП живеят в друга държава, в друга паралелна вселена, опитвайки се да повтарят една и съща мантра, че нещо не се развива, не се търси реформа и не се признават проблеми там, където наистина съществуват, коментира пред журналисти депутатът от ГЕРБ Александър Иванов относно внесения от "БСП за България" вот на недоверие към кабинета "Борисов 3" за провал в политиката на здравеопазването.

Никой не отрича, че има проблеми, но правителството на ГЕРБ и "Обединени патриоти" е единственото до момента, което се ангажира с тяхното решаване и е приело като приоритет подобряването на достъпа и на здравната система за българските граждани, посочи Иванов.

Колкото и повече пари да сме давали, колкото и да сме осъвременявали, може би системата има нужда от рестарт и ние ще намерим тази формула при широко обществено обсъждане, добави депутатът от ГЕРБ.

Той коментира, че вместо да изброяват колко здравни министри и шефове на НЗОК е имало по време на правителствата на Борисов, от левицата можели да си направят сметка колко пари са дадени повече за здравеопазване и за реформиране на системата, колко високотехнологични болници са били открити и преоборудвани, колко пари са дадени за разкриването на нови онкологични отделения. Иванов отбеляза, че в момента тече процедура за закупуването и подмяната на всички линейки на бърза помощ - над 400 на брой. Той посочи, че в момента се провежда и търгът за електронна здравна система.

Депутатът от ГЕРБ разкритикува БСП, че са подхождали избирателно при проведените срещи със съсловни организации - срещнали се само с малките болници, но не и с областните и университетските болници, частните и специализираните лечебни заведения. Той отбеляза, че здравната услуга се предоставя не само от лекари, но и от стоматолози, фармаколози, медицински сестри. Александър Иванов посочи, че ГЕРБ търси широк обществен дебат по тази болезнена тема - българското здравеопазване, и реформите в него.

Той коментира, че разискванията по вота ще бъдат тази или другата седмица и тогава ще се чуе отговорът на всички въпроси.

www.btv.bg, 15.10.2018 г. ТС "www.btv.bg" \f C |l "1"

<https://btvnovinite.bg/bulgaria/bsp-vnese-vota-na-nedoverie-kam-kabineta-na-borisov-3.html>

БСП внесе вота на недоверие към кабинета на „Борисов 3”

Това е третият вот на недоверие към кабинета

БСП внесе вота на недоверие срещу кабинета „Борисов 3“ в деловодството на Народното събрание, съобщава „Фокус”. Вотът е на тема „Здравеопазване”, а социалистите сами внесоха искането, без да провеждат консултации с други политически формации.

Мотивите са разделени на три части: Сегашното състояние и проблеми в здравеопазването, предложенията на правителството за реформи в сектора и алтернативата на БСП във „Визия за България“.

ПГ на „БСП за България“ разполага със 79 народни представители, чиито подписи са достатъчни за внасянето на мотивите и проекторешението за вот на недоверие. Решението за вот на недоверие беше взето на 29 септември 2018 г. на заседание на Националния съвет на БСП.

„Ние си даваме сметка, че със 79 гласа от 240 няма как при гласуването да падне кабинетът, важно от този вот е да се установи, че състоянието е катастрофално, че те не искат и не могат да се справи с него и да се види, че има алтернатива“, заяви лидерът на социалистите Корнелия Нинова.

Това е третият вот на недоверие към кабинета – първият беше на тема „Корупция“, а вторият на тема „сигурност“.

www.zdrave.net, 15.10.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/Новини/n7511>

Д-р Маджаров: Реформата не може да се случи, без да се реши кадровата криза
Здравната реформа е обект на политически консенсус и надпартийни решения, смятат от БЛС

Днес Български лекарски съюз и БСП реализираха среща, инициирана от левицата, относно предложенията касаещи сектор здравеопазване, поместени в платформата на БСП „Визия за България“. Това съобщиха от пресцентъра на БЛС.

От съсловната организация изразиха своето удовлетворение, от факта, че сектор здравеопазване става централна тема на дискусии, което е първата крачка към градивни промени в сферата. Участието на съсловната организация като ключов компонент в здравните политики на държавата бе ясно очертано от представителите на БЛС и отбелязано като важен елемент при реализирането на бъдещи промени в здравния сектор.

„Здравната реформа е обект на надпартийна политика и решения, затова всички политически сили трябва да намерят консенсус относно бъдещите промени, които касаят сектора и цялото общество“, коментираха от БЛС.

Представителите на съсловната организация изразиха очакване, че всяка една промяна, която се предлага, ще бъде ясно обмислена и анализирана, за да може да бъде очертана ползата за обществото, в т.ч. лекарите и пациентите.

„Нито една реформа не може да се случи без да се реши кадровата криза в системата - лекари и специалисти по здравни грижи“, категоричен бе д-р Маджаров на брифинга след срещата. Д-р Маджаров обясни, че мотивите за вот на недоверие не са разглеждани на срещата, тъй като съсловната организация не е политическа структура, която може да дава оценки по темата. Председателя на БЛС допълни, че на срещата са коментирани алтернативните предложения на БСП за финансиране на системата, моделите за демонополизация на касата и допълнително задължително застраховане, както и остойностяването на лекарския труд, като важен елемент от бъдещата реформа в сектора. Български лекарски съюз заяви, че предстоят още срещи с политическите сили, за изграждане на единна и балансирана визия на реформа в сектор здравеопазване.

www.bnr.bg, 15.10.2018 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"
<http://bnr.bg/plovdiv/post/101031711>

Работни групи бистрят здравната реформа по същество

Антония Попова

Никога до този момент толкова широко не са обсъждани предложения за реформа в здравеопазването, това заяви в интервю за Радио Пловдив доктор Иван Маджаров, председател на БЛС преди срещата с БСП.

Той уточни, че част от предложенията във визията на столетницата за промяна в сектора, се различават от сегашната философия на здравния модел у нас.

Доктор Иван Маджаров подчерта, че тази седмица започват работа групите, които ще обсъждат предложенията за реформи в здравеопазването. В тях се включват експерти от различни организации.

Това е същинската работа, която ще се свърши по предложенията. Защото до този момент те са били изготвени само в тесен кръг в кабинетите на Министерството на здравеопазването. А сега по тях ще работят всички заинтересовани, заяви доктор Маджаров.

Той коментира и разходите за лекарства.

Необходимо е да бъде намерен механизъм за овладяване донякъде на разходите за лекарства, но без да страда лечението на пациентите, категоричен е доктор Иван Маджаров.



ТС "В. Монитор" \f C \l "1" 16.10.2018 г., с. 11

**Д-р Иван Маджаров, председател на Българския лекарски съюз:
 Новият здравен модел ще е трети, компромисен вариант**

Първо да се остойността реално клиничните пътеки, после да се забранява на болниците да взимат допълнително пари

Без електронно здравеопазване от, Д“ до „Я“ не може да има реформа в осигуряването

Визикта

Д-р Иван Маджаров е завършил Медицинския университет в Пловдив

Специалисте по ушни, носни, гърлени болести и магистър по здравен мениджмънт

През 2013-2014 г. е директор на РЗОК Пловдив

Бил е председател на Българската болнична асоциация и управител на болница „Пълмед“

От юни е председател на Българския лекарски съюз

СИЛВИЯ НИКОЛОВА

- Д-р Маджаров, преди броени дни застрахователи се оплакаха, че болници дублират отчитане на едни и същи дейности и така взимат пари както от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), така и от застрахователя, дори искат и пари на ръка. За пример бе посочено раждане, за което са взети общо 13 500 лева. Известни ли са тези факти на Българския лекарски съюз (БЛС)?

- Основният проблем е, че т. нар. покрити от касата дейности са със срамно ниски цени. Например тя плаща за раждане около 560-600 лева, т.е. три пъти по-малко от реалната стойност. Срещу тази сума се очаква българските болници да осигурят качествени грижи за родилките. В един екип, който обгрижва една жена при раждане са включени минимум

4 специалисти. В посочената сума са включени всички останали разходи по дейността и не на последно място огромният риск, който представлява раждането. 500-600 лева не покриват нито риска, нито квалификацията и целия ресурс, който влагат екип от пет души, който е при една родилка. Казвам това, защото обществото трябва да си даде отговор, когато казваме, че едно нещо е платено, дали то е остойностено правилно и тогава да вменява на лекарите, че са поискали допълнителни средства. Затова БЛС настоява дейностите да се остойностят реално и чак тогава да се забранява на лечебните заведения да искат допълнителни плащания. Ние не можем да задържим добрите си лекари с толкова пари, колкото например дава НЗОК за раждане. При 600 лв. те получават между 30 и 40 лева.

- Има доста голяма ножица между цените на клиничните пътеки - едни са остойносни твърде добре за разлика от други като ражданията и педиатричните например. На какво се дължи това?

- Цените, по които се плаща сега, не са променяни в последните 7-8 години, само някои от клиничните пътеки бяха леко завишени. Този дисбаланс е заложен още от стартирането на системата. Тогава скъпоструващите пътеки бяха остойносни колкото струват, а останалите бяха подценени. Аз мисля, че те трябва да се преразгледат, да не се намаляват, а недобре оценените да бъдат с повишени цени.

Проблемът не е само в болниците, той е и в дейностите, включени в пакета за специализирана извън-болнична медицинска помощ.

В момента в наредбата за основния пакет, покриван от НЗОК, се казва, че в прегледа при специалист е включена ехография и това на стойността от 19 лв. Освен това прегледът включва анамнеза, статус, палпация и т.н., т.е. всички физикални методи.

Инструменталните методи са нещо, което струва пари, защото изисква закупуването на скъпа апаратура, за целите на изпълнението на прегледа. Така се случва, че пред обществото се твърди, че НЗОК заплаща тази дейност, всъщност лекарите са длъжни да го правят за 19 лева. Някой просто е решил, че ехографският преглед, за който един ехограф струва над 50 000 лева, може да бъде включен в пакета на специалиста. Не всеки може да си купи такава апаратура, а и да купи, как ще я изплати с 19 лв. за преглед. Затова БЛС настоява 19 лв. да се плащат само за общия преглед. Всяко инструментално изследване, свързано с купуване на скъпа апаратура, трябва да има отделна цена. В доболничната помощ има много нестойносни неща и това трябва да се коригира.

- Някои клинични пътеки бяха изнесени от болниците в доболничната помощ, но те трудно се правят там. Защо?

- Не е важно дали едно лечение е направено в болница или в ДКЦ. Въпросът е дали има пролежаване на пациента след малката манипулация или не. Що се отнася до риска за болния, категорично той е много по-малък, когато манипулацията е направена в болнично заведение, но през амбулаторна процедура и не се изисква пролежаване. Това излиза по-евтино и на НЗОК, и е по-малко натоварващо за пациента. Не е задължително една амбулаторна процедура да се извършва само в ДКЦ, налага се някои да се правят в лечебно заведение. Много от тях се извършват и на двете места. Ние от БЛС, работим по въпроса дребни неща като превръзки, конци и др., да бъдат извадени от клиничните пътеки и да се обособят като амбулаторни процедури. Така ще се прекрати практиката с по-дребни неща да бъдат отчитани по-скъпи клинични пътеки.

- Вече се обсъждат широко двата модела на министър Ананиев за реформата в здравноосигурителната система. Единият от тях е за демонополизация на НЗОК и свободен избор на пациента на фонд, в който да се осигурява. Вторият предвижда основната осигуровка да е в касата, но да се осигуряваме с допълнителни 12 лв. в частен здравно-застрахователен фонд, като съществено тя заплаща клиничните пътеки до 700

лв., а сумата отгоре да е за сметка на фонда. Според вас кои от двата модела може да бъде осъществен?

- Тук става въпрос за принципи, които трябва да се отстояват. Малка и бедна държава като нашата, на първо място може да си позволи само солидарен модел. Той е гаранция, че ще бъде осигурен равен достъп на всички до медицинска помощ. Това трябва да е ясно за всички. Няма как в България здравеопазването да се финансира с лични вноски. Следващият постулат, който трябва да съществува в предложенията, е конкуренция, но тя да е и между тези, които плащат, и между тези, които предлагат услугите. И в двата варианта на министър Ананиев това се предвижда. На трето място качеството във всички държави с добро здравеопазване се гарантира през саморегулацията на самото съсловие. В други страни лекарският съюз има друго наименование, асоциации, камари, но това гарантира само едно - саморегулация на точно определени услуги. Ако оставим на дивия пазар всеки застраховател да преговаря сам с всяко лечебно заведение, означава да хвърлим всички наши колеги на произвола на застрахователите. Моята прогноза е, че няма да се случи нито единият, нито другият модел, а ще се стигне до трети, който ще съдържа тези основни принципи и ще бъде допълнен с мерки срещу тези, които не плащат. Солидарността спира да работи в момента, в който част от обществото усети, че плащанията са само на неговия гръб при наличието на прослойка, която не плаща нищо. Идеята за нови здравноосигурителни модели разиграваме за втори път. Преди девет години депутатите Йордан Цонев и Антония Първанова също предложиха двустълбен модел на здравно осигуряване, но не се стигна до никъде.

Важно е да се знае, че преди да бъде въведена единната информационна система от „Д“ до „Я“, нов модел не може да заработи. Без нея се обричаш да пръснеш парите на хората в различни фондове, а това е пагубно. Ние имаме други притеснения.

- От какво се притеснявате?

- В миналото всеки лев, даден за апаратура, помещения, автомобили и т.н. на НЗОК се гледеше под лупа и се критикуваше, че се дават пари от осигуровките за административни неща. Аз твърдя, че голяма част от сегашните недъзи на касата се дължат точно на липсата на достатъчно средства, за да осигурят нейната работа. Ние не й осигурихме и до момента възможност да бъде мощна институция със софтуерно, кадрово и апаратурно обезпечаване. Това го казвам, защото в момента се очаква пари за здраве да отиват и за печалба на застрахователите. Олук нататък, въвеждайки демонополизацията и различните видове застрахователи, обществото трябва да знае, че част от неговите пари ще отиват и за печалба, т.е. няма да отиват всички за здраве. Предвижда се с част от вноските да се създаде и гаранционен фонд, какъвто НЗОК към момента няма, защото самата държава се явява в това качество. Всички твърдят, че лечебните заведения не трябва да имат печалба. Това не е коректно спрямо изпълнителите на медицинска помощ. Може да се разреши печалба на застрахователите, но за болниците да няма. Аз мисля, че печалба трябва да има и за самите лечебни заведения, но да трябва да бъде регламентирана, като например в Закона за лечебните заведения се запише, че регистрираната печалба може да бъде реинвестирана в апаратура, за да се гарантира, че парите ще отидат за здраве. Не бива да се забранява лечебното заведение да се стреми към добър финансов резултат. Това са и забележките на БЛС, които ще изразим в работните групи за обсъждане на двата нови здравно-застрахователни модела.

www.btv.bg, 15.10.2018 г. ТС "www.btv.bg" \f C \l "1"
<https://btvnovinite.bg/bulgaria/zdravnoto-ministerstvo-razporedi-izvezhdane-na-pacienti-ot-joan-pavel.html>

Здравното министерство разпреди извеждане на пациенти от "Йоан Павел" Причината - затворила болнична аптека

Министерството на здравеопазването разпреди всички пациенти на болница „Йоан Павел” в София да бъдат изведени от лечебното заведение и настанени в други болници. Причината за това е, че в Изпълнителната агенция по лекарствата е затворила болничната аптека в петък.

Здравният министър Кирил Ананиев е дал срок за изпълнение на нареждането му до края на работния ден.

Шефът на Александровска болница: Трябва да се върне доверието в българския лекар
 Въпреки това днес от лечебното заведение не е изведен нито един пациент, защото не били получили разпореждането на министъра. Изписани са няколко души, обясни адвокатът на болницата.

Според информация, с която bTV разполага, в "Йоан Павел" в момента има четирима пациенти, трима от които в тежко състояние.

Адвокатът на здравното заведение настоя, че в петък е бил назначен втори фармацевт, който да бъде на мястото на титуляра, докато го няма. По думите му аптеката работи.

Проф. Елена Александрова: Най-голямата онкологична болница е притисната до стената
 Припомняме, че "Йоан Павел" е една от двете болници, в които преди две седмици прокуратурата започна разследване за злоупотреби с лекарства за онкоболни.

www.zdrave.net, 15.10.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n7516>

Пълно прекрояване на системата през Закона за бюджета на НЗОК предлагат управляващите

Ирина Пекарева

Повсеместно прекрояване на здравната система планират управляващите. В огромната си част промените трябва да влязат в сила от началото на следващата година, като всички те се правят по познатия от последните години начин – с изменения в множество закони през Закона за бюджета на НЗОК за 2019 г.

Промени са заложили във всички основни закони в здравеопазването: Закона за здравето, Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Промени се предвиждат също така в законите за съсловните организации на лекарите, зъболекарите и медицинските сестри, както и в законите за трансплантациите, за обществените поръчки, за приватизацията.

С измененията се променя начинът на издаване на лицензи за дейност на болниците, контролът, финансирането, определянето им за университетски; променят се преговорите по Националния рамков договор, както и лекарствената политика; закриват се комисии, фондове и агенции към МЗ, като на тяхно място се създава нова мегакомисия с огромни правомощия.

Въпросната комисия ще се нарича

Комисия за регулиране и контрол на медицинските дейности

и ще функционира към министъра на здравеопазването. Тя ще бъде второстепенен разпоредител с бюджет и ще се финансира от бюджета на МЗ. Съставът ѝ ще е само от

шестима души – двама лекари, двама юристи и двама икономисти, всички със стаж по специалността не по-малко от 5 години, които ще се избират и освобождават с решение на Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването.

В ръцете на тези шестима души ще бъде съсредоточено на практика почти всичко, свързано със здравния сектор, става ясно от предвижданите промени. Комисията ще (отказва да) регистрира и ще заличава регистрацията на всички видове лечебни заведения в страната; ще поеме функциите на Изпълнителната агенция по трансплантация; ще утвърждава по предложение на съсловните организации правила за добра медицинска практика и правила за добра медицинска практика по здравни грижи, като осъществява контрол по спазването им съвместно със съсловните организации.

Комисията също така ще контролира всичко това, като проверява съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения с изискванията на закона. Освен това тя ще проверява спазването на правата на пациентите в лечебните заведения и спазването на утвърдените медицински стандарти в лечебните заведения. Комисията ще контролира и качеството на медицинското обслужване в съответствие с утвърдените медицински стандарти, а също така ще проверява и спазването на утвърдените стандарти за финансова дейност от лечебните заведения. Тя ще реагира и на сигнали, свързани с медицинското обслужване и такива за корупция, ще предлага наказания и ще прилага „принудителни административни мерки“.

Правомощия новата комисия ще има и по отношение на контрола по спазването на утвърдените фармако-терапевтични ръководства и извършването на оценка на ефективността на терапията и т.н.

С промените се закриват редица структури към МЗ – Изпълнителната агенция „Медицински одит“, Изпълнителната агенция по трансплантация и Център „Фонд за лечение на деца“, а вероятно и Комисията за лечение в чужбина и Центърът за асистирана репродукция, като функциите на повечето от тях се поемат от мегакомисията, а тези на ЦФЛД и Комисията за лечение в чужбина – от НЗОК.

Сериозни промени се предвиждат по отношение на болниците. След измененията нови болници ще се създават само след предварително съгласие на Министерския съвет. То ще се дава след оценка на потребностите на населението от медицинска помощ въз основа на Националната здравна карта. За целта ще е необходимо да бъдат представени информация за инвестиционните намерения, декларация за произход на средствата за реализирането им, информация за вида, структурата и предвиждания брой легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури, както и становище от съответната районна колегия на Българския лекарски съюз или на Българския зъболекарски съюз на територията на областта, в която се създава лечебното заведение.

Разрешение или отказ за новото лечебно заведение пък МС ще издава в двумесечен срок, предвиждат промените.

С измененията държавата планира и

сериозна намеса в дейността на частните болници,

като финансовата им дейност ще подлежи на контрол от новата мегакомисия. В промените се указва, че всички лечебни заведения за болнична помощ, които се финансират от бюджета на НЗОК или от държавния бюджет, следва да прилагат утвърдения от министъра финансов стандарт за болниците. Досега такова задължение имаха само държавните и общинските болници, но с този текст то се вменява и на частните, тъй като основното им финансиране е по линия на Здравната каса.

В случай на нарушение на финансовия стандарт всяка болница ще бъде глобена с от 500 до 1000 лв., а ако нарушението се повтори, мегакомисията има право да отнеме лиценза за дейност на болницата.

В допълнение, частните болници отново се вменява задължението да извършват обществени поръчки. С промени в Закона за обществените поръчки те се определят като публични възложители и публичноправни организации по смисъла на ЗОП.

Друга от промените, свързани с болниците, засяга заплащането за дейността им и най-вероятно ще удари основно по-малките общински лечебни заведения. С нея се отбелязва, че дадена дейност на болницата няма да бъде заплатена, ако е извършена от лекар, който не е на основен трудов договор. Изключение се прави за специалностите вирусология, клинична микробиология, клинична паразитология, клинична патология и нуклеарна медицина.

Към задълженията на болниците се включва и издаването на документ за всяка заплатена от пациент сума във връзка с обслужването му.

Други от промените оставят впечатлението, че частните болници вече няма да се ползват със статут на университетски. Според измененията Министерският съвет ще предоставя на висшите училища правата на едноличен собственик на капитала на държавни болници, които имат договор за обучение със съответното висше училище, а статут на университетски ще се дава само на болници, които са собственост на университет.

Сключването на Национален рамков договор

също да се промени, предвиждат управляващите. Според промените, Касата и Лекарския съюз (съответно Зъболекарския съюз) ще договарят ежегодно единствено цени, обеми, методики за остойностяване и закупуване на медицинска помощ и санкции. Промените в НРД пък ще се извършват с анекси, вместо ежегодно да се подписват нови рамкови договори, като първият анекс трябва да се сключи до 31 януари 2019 г. Ако анексите не бъдат подписани в срок, остават да действат условията на предходните НРД, предвиждат още промените. Ако пък при такава ситуация се налага промяна в НРД заради законови изменения, то промените ще се определят с решение на Надзорния съвет на НЗОК.

Една от основните промени при лекарствата засяга лансирания от управителя на НЗОК д-р Дечо Дечев

принцип „ефективност – ефикасност“

Според нея при предписване на лекарства лекарите и зъболекарите трябва да изпишат медикамента или терапевтичния курс с най-голяма разходна ефективност, която според предложеното определение е „най-доброто съотношение между постигане на терапевтичен резултат от прилагане на лекарствен продукт/лекарствена терапия и разходване на средства от бюджета на НЗОК за същия продукт/терапия, при съпоставянето му с друг/и лекарствен/и продукт/и или лекарствени терапии, представляващи терапевтични алтернативи и заплащани напълно или частично от НЗОК“.

С друга от промените, засягаща лекарствата, някои онкомедикаменти за лечение в болничната помощ ще влязат в цената на съответната клинична пътека, а няма да се плащат отделно, както е в момента.

Залагат се и още промени при плащането на лекарства от страна на НЗОК. Така например, Касата ще може да договори заплащане след отчитане на резултата от дадена терапия за медикаменти, за които е определено проследяване ефекта от терапията, а лекарства, за които в нормативите е определено договаряне на отстъпки, които обаче не са договорени, няма да се плащат.

Променят се и някои срокове, в които даден медикамент може да влезе в Позитивния списък. Така при подадено заявление за включване на нов оригинален медикамент

Съветът по цени и реимбурсиране ще произнася в шестмесечен срок. Досегашният срок за това бе тримесечен.

Всички тези промени към момента са на ниво проект. Предстои обсъждането им в Надзорния съвет на НЗОК, а впоследствие – и в парламента. Какво от тях ще бъде прието и какво ще отпадне, предстои да видим.