

## ПРЕСКЛИПИНГ

17 септември 2018, понеделник

[www.btv.bg](http://www.btv.bg), 14.09.2018 г. ТС "www.btv.bg" \f C \l "1"  
<https://btvnovinite.bg/bulgaria/ekspert-ima-mnogo-nejasnoti-v.html>

**Експерт: Има много неясноти в промените на здравноосигурителния модел  
 Би имало смисъл, ако НЗОК поеме един пакет услуги, а Фондовете – друг, смята  
 Димитър Петров**

Има много неясноти в предложението за промени на здравноосигурителния модел, посочи в предаването „Тази сутрин“ д-р Димитър Петров, бивш подуправител на НЗОК. „От една страна се говори за солидарен модел, от друга, че ще се правят застраховки на база на индивидуален риск“, отбеляза той.

Опозиция и експерти разкритикуваха идеите за промяна в здравноосигурителния модел. Въвеждане на задължителна здравна застраховка предвиждат промени в здравноосигурителния модел у нас, подготвени от Министерството на здравеопазването. Здравното министерство е направило примерни сметки, които показват, че вноската за застраховката ще е около 12 лева на месец.

Би имало смисъл, ако НЗОК поеме един пакет услуги, а Фондовете – друг пакет, каза Димитър Петров. Той обясни, че ако касата работи на солидарен принцип, фондовете работят на базата на индивидуален риск – отчита се вашата възраст и хронични заболявания. За това според него тези 12 лева са малко.

„Поне една трета от тези 12 лева ще отидат за такси и административни разходи, контрол и издръжка. В здравното осигуряване няма натрупване на пари, основна грешка е, че се прехвърля пенсионният модел в здравния.

При пенсионния модел се управляват свободни средства, там се трупат пари в течение на десетки години, за да се плащат пенсии. При здравното осигуряване едни пари се вземат и се харчат веднага за здравни услуги, там няма натрупвания“, обясни още Димитър Петров.

По думите му нашите вноски могат да отидат вместо в касата, в някой друг фонд – това наистина е демонополизация. Това може да стане на няколко етапа, не изведнъж, такива примери има в Германия, Испания и Холандия, посочи експертът.

„Един пенсионер напремер с три хронични заболявания, който 5 пъти е влизал в болница предишната година, застрахователят няма да му направи застраховка за 12 лева – ще му изчислят премия 200 лева минимум“, отбеляза още Димитър Петров.

[www.bnr.bg](http://www.bnr.bg), 14.09.2018 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"  
<http://bnr.bg/post/101018925/d-r-nigar-djafer-gerb-ili-ne-sa-zapoznati-ili-otkazvat-da-zastanat-zad-ideite-na-ministar-ananiev>

**Д-р Нигяр Джафер: ГЕРБ или не са запознати, или отказват да застанат зад идеите на министър Ананиев**

„Никой от ГЕРБ не желае да коментира идеите в здравеопазването. Те или не са запознати, или отказват да застанат зад тези идеи. Притеснителното е, че има опасност, както много пъти са правили управляващите, да не дадат политическа подкрепа за това,

което се предлага“. Това коментира в предаването „Преди всички“ депутатът от ДПС д-р Нигяр Джафер – зам.-председател на НС и член на парламентарната здравна комисия. Според нея Кирил Ананиев и неговият екип са се оказали доста по-смели от своите предшественици: „Самият факт, че предлагат такива стъпки, предизвиква уважение. "Да видим обаче дали не е лош таймингът. Прекалено бурни събития се развиват в момента в страната, през половин час се променя обстановката, да видим как те ще защитят своите идеи. Няма да се изненадаме, ако не произтече нищо от този дебат. Ще се изненадаме, ако не загуби политическата подкрепа министър Ананиев и колегите от ГЕРБ застанат зад него“, коментира тя.

Д-р Джафер припомни какво съдържа предложението на здравния министър за нов здравноосигурителен модел:

„Ще има 864 млн. евентуално повече в здравната система. Увеличава се с 2% здравната вноска. Въвежда се за първи път едно доплащане от 15%. Поставя се една граница от 700 лв. за здравна услуга. Въз основа на тази граница ще плаща или Здравната каса, или застрахователните фирми“.

Нигяр Джафер посочи, че този модел има положителни и отрицателни страни. 864 млн. повече е положителен факт, но той се тълкува и като наливане на още милиони в една неререформирана система и в една бездънна каца, подчерта тя и добави:

„Прави впечатление друго – абдикация от голяма част от медицинските дейности, прехвърляне на отговорността към застрахователите и то точно дейностите над 700 лв. А застрахователите дори не са питани. Това създава проблеми и притеснения от самото начало“.

Нигяр Джафер посочи и други негативи в идеите на министъра – преобразуването на лечебните заведения и игнорирането на съсловните организации. Според нея не е правилно премахването на Националния рамков договор. Тя посочи и положителните моменти в разписаното - създаването на лични партии и евентуалното засилване на профилактиката.

Контрол и запущване на пробойните в системата, според нея, са възловите моменти. Тя изказа мнение обаче, че Здравната каса няма капацитет да осъществи този контрол.

[www.investor.bg](http://www.investor.bg), 14.09.2018 г. ТС "www.investor.bg" \f C \l "1"

<https://www.investor.bg/ikonomika-i-politika/332/a/ombudsmanyt-predlojenieto-za-zdravnata-zastrahovka-triabva-da-byde-iztegleno-268234/>

**Омбудсманът: Предложението за здравната застраховка трябва да бъде изтеглено**  
*Преди да се искат допълнителни средства за здравеопазване от гражданите, трябва да е ясен контролът в системата, смята Мая Манолова*

Преди да изисква допълнителни средства за здравеопазване от гражданите, Министерството на здравеопазването трябва да разработи ефективен контрол върху изразходването на тези средства. Това заяви по Нова телевизия омбудсманът Мая Манолова и призова здравния министър да изтегли предложението за въвеждане на здравна застраховка.

Общественият защитник отбеляза, че няма промяна по съществени проблеми от сектора. „Не виждам никаква промяна в тази част – в отношенията лекар-пациент, по отношение на лимитите, на цените на клиничните пътеки, на медицинските стандарти, на нивата на компетентност, различна политика по отношение на лекарствата...“, изброи Манолова.

И обобщи, че единственото, което се предлага, е реформа в приходната част.

„Тази идея да се съберат повече пари, отново за сметка на гражданите, през застрахователи, на мен лично много ми прилича на „Гражданска отговорност“. Само че

при тази застраховка гражданинът знае какво ще получи срещу своята вноска, докато тук не е ясно какво ще се промени в предоставянето на медицинските услуги”, коментира още Манолова. Тя заяви, че тази неяснота прави лоша услуга на министъра и създава негативна среда.

„Аз не чух някои от тези, които са участвали в разговорите, да подкрепя реформата – нито Лекарският съюз, нито застрахователите. Например тези 12 лева на човек докато се акумулират в застрахователните дружества, вероятно не трябва никой да боледува поне 2-3 години, за да може да се плаща лечението. Тези въпроси нямат отговор”, коментира омбудсманът.

[www.bnr.bg](http://www.bnr.bg), 14.09.2018 г. ТС "[www.bnr.bg](http://www.bnr.bg)" \f C \l "1"  
<http://bnr.bg/post/101019126/mihail-hristov-e-noviat-direktor-na-agencia-po-transplantaciata>

### **Д-р Михаил Христов е новият директор на Агенцията по трансплантация**

Доктор Михаил Христов е новият директор на Изпълнителната агенция по трансплантация, съобщи здравното министерство. Той ще заеме поста на д-р Марияна Симеонова, която подаде оставка по лични причини, свързани с професионалното ѝ развитие.

Д-р Михаил Христов е бивш главен инспектор в Изпълнителна агенция "Медицински одит", която оглави през 2017-а. През същата година е бил и председател на Надзорния съвет на НЗОК.

Той е магистър по медицина, с придобита специалност „Ортопедия и травматология“. През годините е бил директор на Градска многопрофилна болница - Варна, началник отдел в НЗОК, ръководил е и Регионалния център по здравеопазване - София.

[www.dnevnik.bg](http://www.dnevnik.bg) ТС "[www.dnevnik.bg](http://www.dnevnik.bg)" \f C \l "1", 15.09.2018 г.  
[https://www.dnevnik.bg/analizi/2018/09/15/3311337\\_zdravnata\\_reforma\\_-\\_poveche\\_pari\\_za\\_sushtoto/](https://www.dnevnik.bg/analizi/2018/09/15/3311337_zdravnata_reforma_-_poveche_pari_za_sushtoto/)

### **Здравната реформа - повече пари за същото**

"Дневник" публикува текста от [бюлетина на ИПИ](#)

По стара българска традиция от последните десетина години, реформите в публичните сфери не се правят въз основа на обществен диалог, а на база обществено недоволство. Нормалният подход би бил правителството да седне на една маса със заинтересованите страни и да постигне консенсус за необходимите стъпки, като по този начин се постигне съгласие за дългосрочни и последователни промени.

Вместо това правителствата предпочитат да изготвят реформата на тъмно, да сондират общественото мнение, като обявят отделни елементи, но не и цялата реформа, след което, отново на тъмно, да направят някои козметични промени, така че поне някои заинтересовани страни да са доволни, като по този начин си спечелят частична обществена подкрепа. В крайна сметка се оказва или че реформата не дава необходимия резултат, защото, например, сметките не излизат, или някой не е доволен от нея и тя е отменена.

Накратко това е състоянието на публичното здравеопазване, в което от години парите не стигат и се правят реформи, които си противоречат, а се дават все повече пари за все същите здравни услуги, от които нито лекарите, нито пациентите са доволни. Последната идея за реформа "[изтече](#)" неофициално по медиите през изминалата седмица, а

официално ще бъде представена до края на месеца, а дотогава могат да се променят много елементи от първоначалната идея.

Така например в началото на седмицата стана ясно, че предлаганите промени не са толкова за нов здравен модел, а за осигуряване на повече пари за болничната помощ като се въведе задължителна допълнителна здравна (по-точно болнична) застраховка.

По-късно през седмицата стана ясно, че все още се обсъжда вариант за увеличаване на здравните осигуровки с 2 процентни пункта (както стана и през 2009 г.). Докато и в двете предложения става въпрос за увеличаване на разходите за пациентите, то впоследствие стана ясно, че има и трето предложение, този път от министъра на финансите, което предвижда избор за осигурените лица къде да внасят цялата или част от осигуровката си – в частен осигурителен фонд (каквито към момента няма) или в държавната НЗОК, без допълнителна финансова тежест за пациентите. До края на месеца може да се говори за нещо съвсем различно.

Повече пари за същото

Настоящото предложение, за което има най-много неофициална информация, предвижда въвеждане на допълнителна задължителна здравна застраховка в размер на 12 лв. на месец в застрахователно дружество по избор на осигуреното лице. Това възлиза на допълнителни разходи за осигурените в размер на около 864 млн. лв. Към тях се прибавя и очаквано увеличение на директните доплащания от пациентите за болнична помощ в размер на около 40 млн. лв., което увеличава общата сума до около 900 млн. лв.

В замяна на това застрахователите ще покриват разходите за болнично лечение на стойност над 700 лв. Все още не е ясно дали това означава, че средствата за болнична помощ в системата ще се увеличат и ако да – с колко, или означава, че ще се запазят на същите нива, но НЗОК ще може да използва освободения ресурс за някакви хипотетични към момента други дейности, и ако да – какви и колко средства ще насочи към тях.

Всичко това много напомня онзи филм на ужасите, който гледахме между 2009 и 2010 г., когато здравните осигуровки бяха увеличени с 2 процентни пункта, приходите от които отлежаваха по сметка на НЗОК в БНБ, за да се използват за демонополизирание на системата. В резултат на това през двете години бяха натрупани резерви в размер на около 890 млн. лв., които просто бяха национализирани от тогавашното правителство, смазвайки бляна за конкуренция в сектора. Ефективно това увеличи разходите на НЗОК през следващата година, но без подобрене в качеството на здравеопазването. С какво сегашната ситуация е по-различна от тогава, освен с това, че се очаква да бъдат събрани 900 млн. лв. в рамките на една година, вместо на две?

Сметки без кръчмар

Докато правителството си е правило сметката, че ще прехвърли част от финансовата отговорност върху здравно застрахователните дружества, се оказва, че те не са наясно с бъдещата си роля, още по-малко с правата и задълженията си, но пък за сметка на това никой не ги е питал дали при тези условия са съгласни да участват в схемата. Изчисленията на Министерството на здравеопазването за 12 лв. на човек застрахователна премия са функция на сегашните здравни застрахователни премии, но по никакъв начин не отчитат рисковия профил на застрахованите лица в момента и след реформата.

Най-фрапиращото е, че в сегашния вариант на застраховане не се сключват договори с пенсионери или такива с тежки заболявания като злокачествени образувания, диабет, инфаркт и др., докато в новия модел именно за такива случаи ще трябва да плащат застрахователите.

Това означава, че застрахователната премия най-вероятно ще е по-висока, но пък по-високия разход за пациентите трудно ще се "продаде" на избирателите. Затова най-вероятно "реформата" ще мине в този вариант, а няколко години по-късно като стане ясно, че парите не стигат, ще се увеличи застрахователната премия. Все пак тогава

местните избори и тези за Европейски парламент ще са преминали и общественият натиск ще е по-маловажен за политиците.

Реално погледнато това, което се предлага в момента, не е реформа, а прекия резултат от лобистки натиск под мотото "здравеопазването в България е недофинансирано". Напротив, има достатъчно средства, но те се харчат неразумно – като започнете от диспропорциите във възнагражденията между медицинския персонал в една болница и стигнете чак до обществените поръчки за доставка на консумативи и злоупотребата с клиничните пътеки. Наливането на още пари в нереструктуриран сектор с хронични проблеми с контрола както върху качеството на извършените услуги, така и върху необходимостта от тях, няма да реши проблемите, просто ще ги отложи във времето.

Нещо повече – предложените промени по никакъв начин не влияят върху проблема с високите преки доплащания от пациентите, тъй като те са едва 13% при болничната помощ (която именно е във фокуса на замислената реформа) и близо 81% при търговията на дребно в аптеки, санитарни и оптични магазини и др. Този проблем има много ясен и директен ефект върху здравето на хората и разходите за здравеопазване. Високите нива на доплащане за лекарствени продукти водят до компрометиране или в по-лошия случай – липса на лечение, което влошава здравословното състояние на хората докато рано или късно те не се озовават в болница, където лечението е скъпо.

За това свидетелства [докладът](#) на Европейската комисия за състоянието на здравеопазването в ЕС, според който България има един от най-високите дялове на предотвратими смъртни случаи, което се дължи в най-голяма степен на сърдечно-съдови заболявания като високо кръвно налягане и исхемична болест на сърцето.

Докато управляващите се чудят как да наливат повече пари в каца без дъно качеството на здравеопазването в България ще куца, недоверието ще е голямо и, естествено, много хора ще предпочетат да си спестят плащането на здравни вноски за финансирането на пробита система.

За да убедят здравно осигурените лица, че трябва да плащат повече, трябва и да им се предложи повече като обхват, качество и реален резултат. Години наред наблюдаваме как това не става с една здравна каса, затова е време да се въведе конкуренция при здравното осигуряване, за да може няколко осигурителя да се надпреварват да привлекат осигурените лица при тях. Така хем няма да ги получават наготово, хем няма да се отнасят към тях като към крепостни селяни, които нямат алтернатива. А пък осигурителите ще имат всички интерес да следят изкъсо какви плащания правят за медицински дейности и продукти.

[www.profit.bg](http://www.profit.bg), 15.09.2018 г. ТС "www.profit.bg" \f C \l "1"

<https://profit.bg/kompanii/sofarma-shte-izplashta-shestmesechen-divident/>

### **Софарма ще изплаща шестмесечен дивидент**

Общото събрание на акционерите на Софарма АД взе решение за изплащане на шестмесечен дивидент. Той ще бъде в размер на 5 ст. на акция, информират от компанията чрез X3News.

Фармацевтичната компанията, както и Корато-България са първите дружества в страната, обявили че планират да се възползват от промените в закона, позволяващи разпределението на дивидент на два пъти през годината.

От Софарма АД също така информират, че са закупили нови 4000 собствени акции при средна цена от 4.15 лв. за брой.

Общият брой на обратно изкупените акции след тази сделка е 9 158 310, представляващи 6.79% от акционерния капитал на компанията.

Акциите на Софарма губят 0.79% от стойността си от началото на 2018 г. до настоящата си цена от 4.14 лв. за лот.

## **24 часа**

ТС "В. 24 часа" \f C \l "1"

17.09.2018 г., с. 6

**Спорове, ремонтът на кабинета и местните избори отлагат с половин година здравната реформа**

*Два концептуално различни варианта ще се обсъждат от началото на октомври*

### **Румяна Денчева**

Коалиционни разпри, атаки на опозицията, приближаващи европейски и местни избори, както и различия сред самите управляващи по концепцията за здравната реформа може да я отложат за втората половина на 2019 г.

Това прогнозираха пред „24 часа“ високопоставени източници.

Иначе здравният министър Кирил Ананиев вече е пред финала на подготвяната от началото на лятото реформа. Целта ѝ е да свие източването на пари, да ограничи нерегламентираните плащания и рязко да повиши качеството на здравните услуги.

Според запознати на 26 септември министър Ананиев ще представи две основни тези, които да бъдат обсъдени. И в зависимост от подкрепата да бъдат доразработени детайлите по тях.

Както „24 часа“ вече писа, едната линия за реформи предвижда едновременно със здравната вноска от 8% да се въведе и застраховка, която да покрива лечение на пациента над определена сума.

Най-горещите спорове тук са около това дали застраховката да бъде с фиксирана цена, например 12 лв., или да бъде процент от дохода - например 2%.

Все още няма решение и по това над каква сума лечението да се покрива от застраховката - над 700 лв. или повече, а също и дали то да се променя и за какъв период - например в края на всяка година за следващата.

В зависимост от крайното решение можело да се промени и съотношението, в което НЗОК и пациентът да си поделят разходите по лечението над избрания таван.

Горещи спорове текат и по това кои услуги да се доплащат и кои да финансира касата.

Ако при крайното решение надделее мнението да се избере този модел, това означава, че сегашната вноска от 8% ще трябва да се увеличи, най-вероятно с 2%, които да отиват в застрахователни компании и да гарантират доплащането.

Това на свой ред ще наложи и законови поправки, които да допуснат застрахователните компании до контрол над плащанията, както и да уредят отношенията им със здравната каса. Кое то също изисква още време, за да се редактират внимателно текстовете.

Втората линия за реформи залага на демонополизация на здравната каса и създаването на конкурентни частни каси.

Това означава, че вноската - непроменена (т.е. сегашните 8%) или пък увеличена, може да отива изцяло в НЗОК или в частно здравно осигурително дружество.

Правото за избор най-вероятно ще бъде на пациентите - те ще решават дали да останат само в държавната здравна каса или към нея да добавят и частна.

Този вариант изисква и повече време за реализация, тъй като за него са нужни най-много законодателни промени, вкл. и за контрол над евентуална нелоялна конкуренция между касите, над възможно дискриминиране на тежко болни пациенти и пр.

Едва след общественото обсъждане на двата основни варианта и техни вариации, които отразяват всяко рационално предложение, те ще влязат в парламента.

„Ако по предложените модели няма консенсус, ще се правят само фини настройки за подобряване на контрола в системата с бюджета на НЗОК за следващата година“, направи уговорка финансовият министър Владислав Горанов през миналата седмица. Освен по детайлите на двата концептуални модела продължават обсъжданията и дали здравното министерство само да определя цените на здравните услуги, или да продължи да ги договаря с лекарския съюз.

Ще се обсъжда и идеята да се преобразуват ли държавните и общинските болници, които да влязат под шапката на областните, или не.