

ПРЕСКЛИПИНГ

22 юли 2019 г., понеделник

www.bnt.bg, 19.07.2019 г. TC "www.bnt.bg" \f C \l "1"

<http://news.bnt.bg/bg/a/kakvi-sa-zabelezhkite-na-lekarskiya-syuz-km-zdravniya-model-ananiev>

Какви са забележките на Лекарския съюз към здравния модел "Ананиев"?

Българският лекарски съюз излезе със становище относно представения в началото на седмицата от Кирил Ананиев нов модел на здравното осигуряване. Според съсловната организация е недопустимо изборът на пациентите да избират кой да ги лекува, да бъде заменено с това кой да финансира лечението им.

Гост в студиото на "Сутрешен блок" беше д-р Николай Брънзалов, зам.-председател на УС на БЛС.

Д-р Николай Брънзалов: Това е голямо постижение, че преди 20 години пациентите си избираха и си избират към настоящия модел лекар и лечебно заведение, в което да се лекуват. Ако този здравно-осигурителен модел влезе в сила, те ще избират фонд, защото този фонд може пък на мен да не ми предложи договор. Към настоящия момент аз имам договор с НЗОК и съответно пациентска листа, но ако образно казано НЗОК се наруши, не бих казал, че ще има същата съпоставка. На практика тези пациенти, които не са в моята листа, те ще бъдат в листата на някой друг общопрактикуващ лекар, който ще има договор или няма да има с фонда, който пациентът е избрал.

По същия начин стоят нещата с всички лечебни заведения, защото болницата "Х" може да няма договор с фонда на пациента, подчерта той.

Д-р Николай Брънзалов: Ние бихме желали да участваме в един процес, в който да се уточнят дейностите, които ще влизат в основния пакет, да има една сигурност в съсловието, че това е гарантирано от всички фондове, даже в първоначалния вариант нашата съсловна организация беше изключена в този преговорен процес и всички лечебни заведения трябваше да договарят директно с фондовете.

www.btv.bg, 19.07.2019 г. TC "www.btv.bg" \f C \l "1"

<https://btvnovinite.bg/predavania/tazi-sutrin/novijat-model-v-zdraveopazvaneto-fondovete-shte-se-konkurirat-v-administriraneto-na-uslugite.html>

Новият модел в здравеопазването: Фондовете ще се конкурират в администрирането на услугите

Всеки който не отиде да си смени фонда, ще остане в касата, посочи Светла Несторова

Голяма промяна предстои в здравеопазването ни, ако предложението на министър Кирил Ананиев бъде прието. Ключовото в него е отнемането на монопола на здравната каса. Вместо една здравна каса, всички ние ще можем да избираме между няколко частни.

Действително предложението на министъра е за пълна демонополизация на Здравната каса, посочи Светла Несторова от Асоциацията на Българските застрахователи в предаването „Тази сутрин“. По думите ѝ в това предложение се запазва принципа на солидарността.

„Според модела частните здравни каси не биха могли да селектират риска. Хората ще отделят 8% от дохода си, но фондовете ще получават осреднена вноска за всеки човек.

Те ще знаят колко лица са записани и какъв е размерът на средната вноса, ще знаят какви пари ще получат, но няма да знаят какво ще изхарчат” обясни Светла Несторова. Според нея фондовете ще бъдат основно администратори на тази дейност и конкуренцията ще бъде в администрирането на услугите.

„Административните разходи ще бъдат ограничени до 3%, което означава, че те ще трябва да се конкурират веднъж при ефективността си при администриране на услугите, но също така и по отношение на договарянето с доставчиците на медицински услуги”, обясни Несторова.

Лечебните заведения би следвало да се конкурират по цени, а заедно касите би трябвало да контролират този процес. При предложения вариант няма възможност за концентрация на никой никъде, това ще зависи от свободния избор на хората. Всеки който не отиде да си смени фонда, ще остане в касата, посочи Светла Несторова.

www.zdrave.net, 19.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/Новини/-/n10097>

Излезе от печат бр. 24 на вестник „Форум Медикус“

Основен акцент в седмичното издание за медицина и здравеопазване естествено е предлаганият нов здравноосигурителен модел, представен в началото на седмицата. Професионалното издание публикува едно към едно слайдовете от презентацията на министър Ананиев, като оставя на всеки читател да се запознае детайлно и да преценява какво точно и защо се предвижда да се случи. И забележете – не в самата система на здравеопазване, а главно във финансирането – т.е. в начина на разпределение на публичния финансов ресурс, определен за здравно осигуряване. Към модела са описани и извадки от изказаните на самата кръгла маса мнения и идеи от присъствалите.

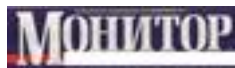
В новия брой в рубрика „Акцент от едно интервю“ е цитирано и мнението на управителя на НЗОК д-р Д. Дечев по темата – изразени са страхове и въпросителни главно в аспекта как такава промяна би се отразила върху сегашния единствен национален здравноосигурителен фонд. Разбира се, дискусиите и дебатите тепърва ще се случват, важното е обаче да се стигне до решение, защото останалото – проточване на намерения без реални действия – вече сме го живели.

В бр. 24 на „Форум Медикус“ присъстват теми от отминалите дни, сред които изданието откроява предстоящото намерение в преходни и заключителни разпоредби на Закона за лекарствата да се промъкне разрешаване на кръстосано донорство и трансплантиране на матка и у нас. Темата е толкова деликатна и сложна, материята е толкова противоречива, че изисква широка професионална дискусия, изучаване на чужд – положителен и отрицателен опит, и чак тогава – някакво решение. И то в нормативен акт по същата тема. В стила на злободневието „Форум Медикус“ отразява и отговори на министър К. Ананиев в рубриката „Парламентарен контрол“: за информацията на страницата на МЗ кое лечебно заведение какъв ценоразпис за платени услуги е избрало; за кадровото осигуряване със специалисти; за използваемостта на болничните легла, чийто брой се определя според здравната карта; за националната здравна информационна система /за кой ли път/.

В аналитичен план в бр.24 на професионалното издание са публикувани от чуждестранния печат мнения и коментари по актуалната тема – за и против разрешаване на прилагането на марихуана за медицински цели. Както е известно, дискусията има глобален характер, а тезите и за, и против са изключително аргументирани.

Новият брой на изданието отбелязва със стилна бележка и забележителна годишнина – 100-годишен юбилей на д-р Ив. Овчарова – основоположник на офталмологичната практика в Кърджали.

„Форум Медикус“ съдържа още информации от страната, решения на Министерския съвет от сферата на здравеопазването, вести от НЗОК и МЗ, както и обяви – за свободни работни места, за места за специалисти.



ТС "В. Монитор" \f C \l "1"

20-21.07.2019 г., с. 6

ПО-НАПРЕД СМЕ В КЛАСАЦИЯТА ПО РАБОТНА ЗАЕТОСТ НА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА

На опашката в ЕС сме по здрави пенсионери

СИЛВИЯ НИКОЛОВА

"На опашката в Европейския съюз сме по здраве на възрастното население. Ние сме на 26-то място. По-добре стоим в класацията по работна заетост на пенсионерите, на 20-та позиция. Това са част от показателите, залегнали в Индекса за активен начин на живот на възрастните хора", съобщи Златина Найденова - експерт в социалното министерство по време на семинар в Царево. Тя уточни, че в тази категория попадат хората на 65 години и над тази възраст.

Твърде нисък е и делът на възрастното население, ползващо интернет технологиите, което също е показател, залегнал във въпросния индекс.

По думите на Найденова амбицията е в следващите години да бъде постигнато средното, 14-то място в Европа.

Изпратени са писма до всички отговорни институции за включване в Стратегията за активен начин на живот на възрастните хора, която беше приета през март тази година. Сред тях са БАН и НСИ. От тях са поискани всички мерки, които са разработвали до момента за насърчаване на възрастните към активен начин на живот. Информацията трябва да бъде предоставена до края на август, като през септември експерти на Министерството на труда и социалната политика ще я обобщат и внесат в Министерския съвет за разглеждане, каза експерт Златина Найденова.

Според Европейската комисия терминът активен начин на живот на възрастните хора означава приспособяване на начина на живот към факта, че неговата продължителност се увеличава.

Индексът за активен начин на живот на възрастните хора пък е инструмент за измерване на неизползвания потенциал за активно и здравословно стареене на национално и регионално ниво. Той е изграден от 22 индикатора, сред които заетост, участие в обществото, независим и сигурен живот в добро здраве.

От МТСП припомниха, че тенденцията в България е населението не само да намалява, но и да застарява.

По данни на НСИ хората на 65 и повече години към края на 2018 г. са 1 493 111 души, което представлява 21,3% от това в цялата страна. В сравнение с 2017-а броят им е нараснал с 0,3 на сто. Най-много са те в областите Видин - 29,6%, Габрово - 28,6% и Кюстендил - 27,3 на сто.

www.bgonair.bg, 20.07.2019 г. TC "www.bgonair.bg" \f C \l "1"

<https://bgonair.bg/a/162-reportazhi/170396-zdravnite-organizatsii-s-ostra-reaktsiya-sreshtu-predlozhenata-reforma>

Здравните организации с остра реакция срещу предложената реформа

Как ще се лекуват пациентите на частните фондове?

Здравните организации с остра реакция срещу предложената здравна реформа. Според идеите на здравния министър Кирил Ананиев осигурените лица ще могат да избират къде да внасят осигуровките си – в Здравната каса или в частен фонд. Целта е да се разбие монопола на Здравната каса. Тази промяна обаче предизвика много неясноти.

Промяна трябва да има и премахването на монопола на Здравната каса е добра идея, казват експертите. Неефективните и неясни текстове в предложения модел обаче предизвикаха скептични реакция от съсловните организации.

Предложеният модел няма да доведе и до благоприятни последици за застрашените болници, смятат още здравните специалисти.

От Българския лекарски съюз са притеснени, че пациентите ще бъдат ошетени от това да избират в коя болница да се лекуват.

Не стават ясни и условията, по които ще се сключват договори между частните фондове и здравните заведения и какво всъщност ще включва основният пакет от здравни дейности.

Оказва се, че въпросите са повече от отговорите. Тепърва следва и обществено обсъждане на този проект.

www.bnr.bg, 20.07.2019 г. TC "www.bnr.bg" \f C \l "1"

<http://bnr.bg/varna/post/101146655/v-bulgaria-vse-oshte-nama-obosnovka-zashto-zdravnite-uslugi-sa-s-edna-ili-druga-cea>

В България все още няма обосновка защо здравните услуги са с една или друга цена

"Когато имаме една комплексна услуга, освен какво Здравната каса, респективно пациента плаща, трябва да се вземат куп други фактори. Ние все още нямаме така нареченото остойностяване на услугата. Т.е. ако една клинична пътека струва Х лева, защо тя струва толкова", каза за Радио Варна адвокат д-р Мария Петрова, юрист по медицинско право.

Няма какво да се лъжем, че скъпо струващите пътеки са такива, просто защото хората които работят в определен сектор в здравеопазването са имали достатъчно възможности и силно лоби, за да защитят труда си и този на своите колеги в съответното направление. Това обаче не може да се случи във всички специалности в медицината. Като дръпнем ресурс примерно към кардиохирургия няма как да има за пулмолозите или педиатрите. Обявеният модел няма как да предотврати изтичането на кадри. Освен финансовия проблем който съществува, другият е лошата организация в системата, която ги принуждава да практикуват медицина която е съобразена с финансови ресурс на касата отколкото за нуждите на пациента.

Коментирайки новият здравен модел на здравния министър Кирил Ананиев тя каза, че принципа който се залага в новия здравен модел е да не се разчита само на НЗОК и 8-те процента здравна вноска от всеки осигурен. "За съжаление, не е ясно как ще се случи принципа на конкуренция"- каза в предаването "Позиция" адвокат Мария Петрова.

„Липсата на подробности, данни, на достатъчни аргументи и срокове ме правят скептична относно този здравен модел”, каза адвокат юриста и обясни:

На първо място трябва да знаем какъв ще бъде така наречения основен пакет, който остава в НЗОК. Лансира се идеята, че здравните осигуровки, чисто процентно няма да се промени, ще продължим да плащаме 8 на сто. Няма яснота какво ще получаваме срещу тях. Отделно на това, конкуренция на здравната каса може да бъде създадена- и със здравните фондове и чрез застрахователите. Но нека не забравяме, че ресурса който ще ползваме е ограничен. Визирам лекари и лечебни заведения.

Според нея, може да се изпадне в нелепа ситуация когато един пациент е осигурен през здравната каса да получава по ниско качество на една услуга , спрямо друг пациент който трябва да получи същата услуга, но е осигурен във фонд или ползва здравна застраховка.

В момента изгода, чисто финансова от така рекламираната здравна реформа, имат най-вече застрахователи и частни фондове.

Дори според тях обаче има поводи за недоволство, въпреки по добрата позиция която ще имат на пазара- каза д-р Петрова. И те подхождат с недоверие и скептичност защото чисто бизнес ориентирано не са наясно какво се очаква от тях и съответно дали ще генерират очакваните от тях печалби!

Голямата заблуда в нашето общество е, че с навлизането на пазара на повече здравни субекти като болници и клиники, ще се повиши качеството на услугата- каза д-р Петрова. Според в нея в момента критериите за нормативно критериите за да се отвори една нова болница са изключително занижени. „Хората започнаха да се лъжат по битовите условия, без да поставят под съмнение здравната услуга която получават, а човешкият ресурс който е в сферата на здравеопазването е силно ограничен. Лекарите са едни и същи и голяма част от тях обикалят тези частни болници. Ако нямаше толкова пари в здравната каса, нямаше да се откриват толкова нови частни болници,” каза още адвокат Мария Петрова. В Австрия има 40 пъти по малко болници от нас каза още здравният юрист.

www.bnr.bg, 21.07.2019 г. TC "www.bnr.bg" \f C \l "1"

<http://bnr.bg/horizont/post/101146768/demonopolizaciata-na-nzok-shite-postavi-li-pacienta-v-centara-na-zdravnata-sistema>

Демонополизацията на НЗОК – ще постави ли пациента в центъра на здравната система

Стойчо Кацаров: Регионалните диспропорции с болниците са резултат от монопола на НЗОК

„Премахването на монопола на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е най-доброто, което може да се служи. Това ни дава възможност да избираме къде да дадем парите си, дава ни възможност да избираме кой да защити правата ни по време на лечение и ако не сме доволни, да можем да го сменим. Нещо, което сега не можем да направим. Това всъщност ни поставя в центъра на здравната система“. Това каза пред БНР Стойчо Кацаров, председател на Центъра за защита на правата в здравеопазването. В началото на седмицата министърът на здравеопазването Кирил Ананиев представи концепцията си за нов здравен модел. Едно от предложенията е частни застрахователни фондове да се конкурират с НЗОК за основния пакет на лечение, който се покрива от задължителната вноска от 8%.

„В центъра на здравната система в момента са шефовете на НЗОК и на Министерството на здравеопазването. Те са овластени да вземат решенията. Давайки ни възможност да избираме, те ни овластяват“, поясни Кацаров в предаването „Неделя 150“.

Очакванията на Стойчо Кацаров са, че парите, които ефективно се използват за лечение, ще се увеличат значително в сравнение със сега:

„Фондът може да постигне печалба, ако пациентите, осигурени при него, са доволни. Затова фондът е силно заинтересован от това пациентите да са доволни, а те ще са доволни, ако той по най-ефективния начин използва парите за тяхното лечение... Фондовете са заинтересовани да следят харча на всяка една стотинка, защото ще си загубят клиентите, а ако си загубят клиентите, няма да имат печалба и ще си загубят инвестициите. Сега ръководството на Здравната каса и добре, и лошо да управлява, няма да загуби нищо“.

Кацаров допълни:

„Ако един лекар или лечебно заведение не предоставя добра медицинска помощ, фондът няма да сключи договор с него, за да защити интереса на пациентите си. Сега НЗОК сключва договор с всички, дори и с тези, които не предоставят качествени услуги“.

„Дейностите, които ще се покрият след демонополизацията на НЗОК със сегашния финансов ресурс, ще станат повече, отколкото са в момента. Става дума за основния пакет. В момента ние доплащаме половината от медицинската помощ, която получаваме, независимо дали я наричаме основен или друг пакет. Ще доплащаме по-малко, ако се демонополизира Касата заради по-ефективното разходване на средствата... Очаквам приходите от здравни вноски да се увеличат“, каза още Стойчо Кацаров.

По думите му днешните регионални диспропорции с болниците ще отпаднат при новия модел, защото „диспропорциите са резултат от монопола“.

Проф. Радослав Гайдарски: Това, което се предлага, няма да подобри здравеопазването „Моделът на министър Ананиев не е нов, това е модел, който се опитаме да въведем през 2006 – 2007 година - по същия начин с разбиване на монопола на НЗОК, с въвеждане на здравни фондове. Тогава не успяхме по същите причини, по които и сега този модел няма да успее. Защото България е малка страна с много малко пари. Няма друга страна в Европа, която да има толкова малко финансови средства, вложени в здравеопазването“. Това коментира в предаването „Неделя 150“ проф. Радослав Гайдарски, бивш министър на здравеопазването, част от ръководството на БСП.

Проф. Гайдарски изрази притеснение, че може да настъпи регионализация в здравеопазването и фондовете по-скоро ще ограничат пациентите в избора им къде да се лекуват, а няма да им дадат свободата, която имат сега:

„Това, което се предлага в момента, няма да подобри здравеопазването като организация и като начин на работа в системата... Най-положителното, което предлага министър Ананиев е, че не въвежда, не казва – ето сега започваме по този начин, а предлага една идея, която ще се обсъжда“.

„Системата може да се подобри само с увеличаване на парите в Здравната каса - здравната вноска да стане поне 10%. Всички трябва да бъдат равнопоставени - тези 8% сега се вземат само от около 1,5 млн. здравноосигурени, за децата не се дава достатъчно, всички държавни служители трябва да бъдат равнопоставени с останалите хора, които работят. Тогава ще има увеличаване на парите в НЗОК. Трябва да има и строг контрол на разходване на парите“.

Жени Начева: Категорично няма да променяме основния здравен пакет

„Митът, че държавата не плаща здравните вноски, е некоректен... Не е проблем приходната част и 8% здравна вноска, а ефективността на разпределение и изразходване на разходите. Преди да започнем дебата за приходната част, която в момента е уредена, трябва да започнем дебата как се разпределя балансът в разходите. И другият важен

момент са средствата, които отиват извън здравните вноски в здравната система – как те да се изсветлят и да се въведе ред в техния обем, обхват, вид и стойности, които се заплащат от хората“. Това каза Жени Начева, зам.-министър на здравеопазването и председател на Надзорния съвет на НЗОК, в предаването „Неделя 150“.

Начева подчерта, че „ефективността на системата трябва да започне от преоценка на разходите и баланса в разходите между отделните направления на медицината, които се заплащат“.

„Категорично няма да променяме основния пакет. Здравноосигурените лица няма да бъдат лишени от което и да е от правата, които имат в момента, в широкия спектър здравноосигурителни дейности, които Касата заплаща... Едно от задължителните искания, които ще бъдат отправени към фондовете, ще бъде да имат териториален обхват и диверсификация на територията на цялата страна“, подчерта Жени Начева и допълни: „Промяната в цените на клиничните пътеки и анализ започваме още тази година, защото предстои сключването на Национален рамков договор. Тази работа минава и през оценка и анализ на дейностите на лечебните заведения, защото цената на една и съща услуга на територията на цялата страна в различни лечебни заведения понякога е твърде различна. Преостойностяването на клиничните пътеки е нещо необходимо“.

Начева изрази съмнение фондовете да изпаднат в противоречие с клиентите си, в лицето на пациентите, и с избора им на личен лекар:

„Водещ ще бъде изборът на пациентите. Затова не считам, че фондовете ще допуснат да бъдат в противоречие с клиентите си, като не са избрали при тях да бъде съответният общопрактикуващ лекар. Личните лекари са дефицитни в цялата страна и много внимателно ще анализираме механизмите за сключване във фондовете на договори на ниво първична медицинска помощ“.

www.news.bg, 21.07.2019 г. TC "www.news.bg" \f C \l "1"

<https://news.bg/health/zdravniyat-model-na-ananiev-ogranichaval-svobodata-na-patsientite.html>

Здравният модел на Ананиев ограничавал свободата на пациентите

Здравният модел, който се предлага в момента, няма да подобри здравеопазването като организация и като начин на работа в системата. Това мнение изрази бившият министър на здравеопазването проф. Радослав Гайдарски пред БНР.

Той поясни, че моделът на настоящия здравен министър Кирил Ананиев всъщност не е нов. По негови думи още през 2006-2007 г. е бил правен опит да се въведат здравни фондове и да се сложи край на монопола на НЗОК.

"Тогава не успяхме по същите причини, по които и сега този модел няма да успее. Защото България е малка страна с много малко пари. Няма друга страна в Европа, която да има толкова малко финансови средства, вложени в здравеопазването", категоричен бе проф. Гайдарски.

Той изрази опасение, че предложеният модел може да доведе до регионализация в здравеопазването и вместо да гарантират сегашната свобода на пациентите, фондовете по-скоро да ограничат избора им къде да се лекуват.

Според проф. Гайдарски здравната система може да се подобри само с увеличаване на парите в НЗОК, т.е. здравната вноска да стане поне 10%.

Той настоява всички да бъдат равнопоставени, тъй като по думите му в момента въпросните 8% от задължителната вноска се вземат само от около 1,5 млн. здравноосигурени. Проф. Гайдарски призова и за по-строг контрол на начина, по който се разходват средствата.



ТС "Б. Сега" № С \ I "1"
22.07.2019 г., с. 2

МЗ не бърза с новите медицински стандарти

Срокът лечебните заведения да отговорят на тях е удължен

Янина Здравкова

Макар здравният министър Кирил Ананиев да посочи налагането на нови медицински стандарти и правила за добра медицинска практика като ключово за подготовката на предложения нов модел с конкуриращи се здравни фондове, разсрочването им ще бъде официализирано.

Според законови промени от м.г. МЗ трябваше да приеме нови медицински стандарти до началото на юли, а след това лечебните заведения - около 14 000 лекарски практики, медицински центрове и болници, да имат време до края на 2019 г. да приведат дейността си в съответствие с тях. Новата агенция "Медицински надзор" пък ще проверява по график дали те отговарят на изискванията, като при несъответствие ще издава предписания, а ако те не са спазени - ще отнема лицензи на цели болници или за отделни дейности. До края на юни пък съсловните организации на лекари, зъболекари, фармацевти и специалисти по здравни грижи трябваше да приемат и представят на МЗ правила за добра медицинска и фармацевтична практика.

При представянето на идеите си за нов здравен модел Ананиев отново обяви, че стандартите и правилата са важни за реструктуриране на системата и дори за остойностяването на медицинските услуги. Без да е ясно кое колко струва, не може да се определи основният пакет, който НЗОК и частните фондове да са длъжни да осигуряват на гражданите.

Последно от МЗ обявиха, че проектите за медицински стандарти ще бъдат публикувани за обществено обсъждане в края на юли. Това пък значи, че лечебните заведения щяха да имат по-малко от определените в закона 6 месеца, за да отговорят на тях. Затова сега от министерството предлагат промяна в закона, с която болници и лекари да имат 6 месеца за привеждане дейността си в съответствие с новите правила, но не до края на тази година, а след утвърждаването им, т.е. най-вероятно догодина. Правилата за добра медицинска практика са разсрочени - вместо в края на юни те трябва да са предложени на МЗ до края на ноември.

ПОРОЧНИ ПРАКТИКИ

И двете изисквания - за нови стандарти и за добра медицинска практика, бяха въведени заедно с голям пакет фундаментални промени в 17 здравни закона, през преходните и заключителни разпоредби на закона за бюджета на здравната каса за 2019 г., заради което от БСП сезираха Конституционния съд. Сега удълженият срок за въвеждане на още несъществуващите стандарти се предлага през преходни и заключителни разпоредби на промени в закона за лекарствата, в които отново има поправки в няколко основни здравни закона.



ТС "В. Дума" \f C \l "1"
22.07.2019 г., с. 10

Доц. Георги Йорданов:

НЗОК ще рухне

Ролята на съсловните организации е сведена до приемането на правила за добра медицинска практика, казва зам.-председателят на парламентарната комисия по здравеопазване и депутат от левицата

Аида Паникян

- Доц. Йорданов, преди дни министърът на здравеопазването представи поредната си идея за промяна на здравноосигурителния модел. Според вас ефективни ли са новите идеи?

- Първо, малко съм изненадан, защото всички очаквахме на кръглата маса на 15 юли да бъде представен модел за здравно осигуряване или поне за финансовите взаимоотношения в здравеопазването за голям период от време, а пред нас беше поставена една тема за дискусия за бъдещето на българското здравеопазване, т.е. съвсем начална фаза на започване на разговор. Ние от доста време твърдим, че трябва да се проведе сериозен разговор и параметрите, с които трябва да започне този разговор, са ясни. Те са: на първо място, калкулиране на медицинската дейност, която, за съжаление, сега вече трябва да я наричаме медицинска стока или медицинска услуга.

- В презентацията имаше ли нещо за калкулиране?

- Не, абсолютно нищо. На второ място, което е много важно, това е стойността на труда на медицинските специалисти - лекари, стоматолози, медицински сестри и др. Тук нищо не чухме. Даже нещо повече: чухме, че ролята на съсловните организации е само до приемането на правила за добра медицинска практика. В цял свят заплащането на лекаря се определя от неговата съсловна организация. Тя не може да бъде изключена от този процес. Тук ни се предлага тя да бъде изключена.

- Това според вас означава ли, че и договарянето отпада?

- Точно така става. Приемат едни правила за добра практика и после в годините съсловните организации изчезват, защото правилата вече са приети. Има и много други неща, за които трябва да говорим, но аз съм силно притеснен за това какво ще стане с НЗОК. Тя не може да издържи на тези предложения, които прави министър Кирил Ананиев. Тя просто ще рухне, защото от нея ще бъдат отнети съществени дейности, т.е. най-печелившите, и ще бъдат прехвърлени към частните каси. На всичкото отгоре тя трябва да действа в ролята на амортизатор, който поема всички неблагоприятия в системата, т.е. там, където пациентът няма възможност да плати със своята здравна осигуровка и допълнително заплащане, ще бъде прехвърлен практически насила в НЗОК и тя трябва да поеме тези неща. Има и нещо, което е изключително важно и към което искам да заостря вашето внимание. Беше казано, че частните фондове ще имат право на печалба. НЗОК обаче няма право на печалба. Това е много съществен момент, т.е. има неравнопоставеност между двама основни играчи на пазара - от една страна, НЗОК, от друга - частните фондове/застрахователи. Те трябва да се конкурират, след като първата няма право на печалба, а вторите имат. Нещо не е ясно.



ТС "В. Монитор" \f C \l "1"
22.07.2019 г., с. 11

Д-р Иван Маджаров, председател на Българския лекарски съюз

Новият модел ограничава избора на пациента за болница и лекар

Налага се изваждането на дейности от основния пакет медицински дейности, който ще е в рамките на 8-процентната задължителна вноска

Визитка:

- Д-р Иван Маджаров е завършил Медицинския университет в Пловдив
- Специалист е 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 2018 г. е председател на Българския лекарски съюз

СИЛВИЯ НИКОЛОВА

- Реално ли е към този момент на икономическо развитие и социално положение на българите да бъде въведен новият здравноосигурителен модел, който предвижда осигуряване във фонд по избор и допълнителна вноска за лечение извън основния пакет?
- Редица неща не са ясни в така предложения нов модел на здравно осигуряване. Точно това е и предизвикателството. Смятам, че към момента никой от управленците в здравеопазването няма готовност да каже какво ще бъде извадено от основния пакет и какво ще бъде добавено. За да бъде въведена допълнителна такса, ще трябва наистина да бъдат извадени някои дейности от въпросния основен пакет. В такъв случай гражданите ще са наясно, че трябва да се застраховат допълнително, за да ползват нещо повече, вместо да плащат от джоба си в момента, когато са най-неравностойни, когато са болни.
- Предвижда се, че болниците и лекарите пряко да договарят цените с фондовете. Как ще коментирате тази идея?
- Ние, от Българския лекарски съюз, категорично не можем да се съгласим с това. Не е възможно да няма рамково договаряне.
- Защо?
- Защото в този процес има две страни – изпълнители на медицинската помощ, каквито са лечебните заведения, медицинските центрове, специалистите от доболничната помощ и общопрактикуващите лекари, и пациентите, които потребяват нашата помощ. Ние не можем да си позволим да оставим отделни наши колеги, както и лечебните заведения да бъдат изправени пред ситуация, в която сами да се опитват да договарят цени с много по-силни от тях структури, каквито са застрахователите. Трябва да има минимална рамка, която да бъде гарантирана за изпълнителите на медицинска помощ в България и чак тогава фондовете могат да си договарят и по-добри, и не толкова добри условия с колегите.
- Всякога предизвикателство през здравната система е била вноската за девет категории, сред които държавните служители, но и учещите, която се плаща от държавата, но не в пълен размер. Според вас това ще създаде ли проблем при въвеждането на новия модел?
- Категорично държавата ще трябва да плаща пълния размер на вноската за осигурените от нея граждани, попадащи в тези девет категории. Освен това, възниква и един твърде интересен въпрос: Каква ще е конкуренцията между фондовете, след като вноската,

която ще получават за всеки записан пациент, ще бъде равна, тоест средно претеглена сума на глава от населението. По време на представянето на проекта на новия модел не беше казано нищо за споделения риск, който съществува и в Холандия, и в Германия.

- Какво имате предвид под споделен риск?

- Споделен риск означава, че ако си по-възрастен и болен, вноската ти във фонда е по-висока, а младият човек, който е здрав и рядко боледува, внася по-малка. В не малко от страните - членки на Европейския съюз, тя зависи и от доходите, които има човек. Фондовете се конкурират за някои лица не само защото боледуват по-малко, а и защото те имат по-висока вноска. В България такова нещо не се предвижда. Къде тогава е конкуренцията?! Как втори или трети фонд ще ни предложи нещо повече от Националната здравноосигурителна каса, че да се запишем в него?! Те могат да договорят много добри условия, но те ще са за самите тях, но не и за пациентите и за изпълнителите на медицинска помощ. Това са две различни неща. Оттук прозира внушението, че касата не може да договори добри условия, пък фондовете можели да договорят по-добри условия, но за себе си. Не може да се очаква, че при ниски цени ще има по-добри услуги за болните. Според мен това не е в интерес нито на здравноосигурените, нито на лекарите. За директора на болницата ще бъде ценно дали ще сключи договор с даден фонд, а не дали гражданите ще изберат ръководеното от него лечебно заведение. Ще стане така, че сключи ли се договор с фонд, потокът от пациентите е гарантиран.

- Къде тук са капаните?

- Това означава, че веднъж осигурени пациенти, няма да има нужда от по-голямо старание в работата, за да бъдат привлечени хората да се лекуват точно в дадена болница. Това, което се твърди, че фондът едва ли не ще контролира дали гражданите са доволни, при всички положения няма да се случи по този начин.

- Защо?

- Защото това е последващ контрол. Какво ще се случи на болницата, ако определен брой пациенти са казали във фонда, че не им харесва това, което им е предложено там. Съвсем по друг начин стоят нещата, когато си избираш лечебното заведение и лекаря. Занапред щеш не щеш ще вървиш след фонда, тъй като той ще е сключил договор с определени изпълнители на медицинска помощ. Тъй като ние, в Българския лекарски съюз, не сме противници на конкуренцията, заявяваме, че правото на избор на лечебното заведение и правото на избор на застраховател трябва да вървят заедно. Не може изборът на застраховател да е съпроводен с отмяна на правото на пациента да избира къде ще се лекува. При така представения модел човек ще има право само да избира кой да финансира лечението му, но не и кой да го лекува. За всичките тези години, откакто у нас е в сила здравноосигурителната система, човек има право да избира както при кой лекар да отиде или при кой джипи да се запише в извънболничната помощ, така и в кое лечебно заведение да бъде хоспитализиран. Правото кой ще ме лекува трябва да се запази. Свободният избор на пациента в това отношение не може да бъде заместен от избора кой да финансира лечението му. Това са неща, които не трябва да бъдат противопоставяни. В противен случай ще е отстъпление от вече завоювано право на здравноосигурените.

- Ясно е, че представеният нов здравноосигурителен модел няма да бъде приет в следващите месеци. За какви промени в него ще настоява БЛС?

- Основно да не се ограничава пациентът – да има право да избира, а не да бъде прикрепен към изпълнителя на медицинска помощ, с който фондът има договор. Основният пакет, услугите в които са в задължителните 8% здравна осигуровка, трябва да бъде предмет на договаряне между Българския лекарски съюз и Министерството на здравеопазването. Тук не включвам НЗОК, тъй като ще има и други фондове. В обема дейности, които се

включват в него, трябва да има записани и минимални цени. Не можем да оставим колегите на произвола на дивия пазар, да бъдат притискани от мощни застрахователни дружества, които реално ще ги принуждават да работят на условията, предложени им от тях. При условие че всички застрахователи и касата ще получават равна вноска, т.е. конкуренция по отношение на това - кой какви пари носи на фондовете няма да има. Явно се надяваме, че всеки застраховател, добре управлявайки своите средства, контролирайки разхода и това дали наистина е било необходимо даденото лечение, ще бъде по-ефективен от НЗОК и съответно ще може да предложи по-добри условия на своите пациенти. Това обаче не трябва да става за сметка на изкуствено занижаване и на сега ниските цени. Нали не си представяте, че може да осигурим по-добро качество, като подложим доставчиците на медицинска помощ на още по-ниски цени дори от сегашните недофинансирани такива? Все пак има и нещо положително в проекта на новия модел.

- Какво е положителното?

- Признава се, че пакетът, който твърдим, че се покрива с тази вноска и със средствата, които осигурява НЗОК, е твърде обемен, твърде разширен и това, което очаквахме да се каже пред обществото - дано вече стане ясно - българските лекари, доставчиците на медицински услуги са принудени да осигуряват този пакет за своя сметка. Това е едно от положителните неща. Другото е, че заговорихме за конкуренция не само в лечебните заведения, но и за конкуренция при финансиращите органи. Преди две години БЛС изготви система за оценяване на базата на коефициенти, нямачи 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.