

ПРЕСКЛИПИНГ

27 септември 2018, четвъртък

VINF 12:52:01 [26-09-2018](#)

MM1249VI.022

здравеопазване - дискусия

Само 6 на сто са съгласни лично да внасят повече средства от сегашната си здравна осигуровка

София, 26 септември /Десислава Пеева, БТА/

Само 6 на сто са съгласни лично да внасят повече средства от сегашната си здравна осигуровка, но в същото време голяма част от хората доплащат много повече пари. Това каза Боряна Димитрова от агенция "Алфа рисърч", която представи проучване, направено по поръчка на Министерството на здравеопазването с цел надграждане на анализите за случващото се в здравната система. Проучването е извършено в периода 23 юли - 3 август 2018, сред 1017 души. Данните бяха представени по време на дискусия, посветена на бъдещото здравеопазване, на която министърът на здравеопазването Кирил Ананиев ще представи нови варианти за осигурителен модел.

С над 2 млрд.лв годишно българите дофинансират здравната система. Парадокс е, че има огромни преки пащания, но едва 35 на сто от запитаните знаят върху какъв доход се осигуряват, като само 21 на сто знаят точно колко средства внасят за здравна осигуровка. Само 7 на сто твърдят, че са проверили здравното си досие. Липсва икономическа заинтересованост у хората да проследяват какви средства отделят, а в редица случаи се чувстват зависими от лекарите и не проявяват интерес от такъв контрол, показва още проучването.

Над 40 на сто от участниците в проучването настояват за високоспециализирано лечение, повече инвестиции в апаратура и обновяване на болниците. Всеки трети иска да има достъп до съвременните лекарства, както и да се проследява ефектът от лечението. Над 51 на сто от запитаните смятат, че е възможен нов модел, който да е от полза за лекарите и пациентите. Кредитът на доверие е крехък оптимизъм и той трябва да бъде използван, каза Димитрова. Според 81 на сто от анкетираните трябва да има силен контрол върху изразходването на средствата и качеството на лечението. От запитаните 39 на сто твърдят, че трябва да има допълнителни фондове, а не само НЗОК. Хората нямат склонност да доплащат повече за здравна осигуровка, ако не се премахне доплащането.

Промяната в действащия модел е наложителна, каза министърът на здравеопазването Кирил Ананиев. Той подчерта, че предложенията, които ще направи не са крайни и поясни, че дискусията ще продължи колкото е необходимо. По думите му, когато приключат дебатите и се постигне висока степен на съгласие, тогава ще се тръгне по пътя на законодателните промени. Основните принципи, залегнали в предлаганите промени, са нов тип контрол, конкуренция между финансиращите органи - НЗОК и здравните застрахователи, премахване на негредламентираните плащания и модернизация на здравеопазването, подчерта Ананиев.

Вицепремиерът Валери Симеонов припомни, че в коалиционната програма са заложили промяна в модела, реформа в здравеопазването и демонополизация на НЗОК с цел подобряване на качеството на здравеопазването, да се прецизира и засили контролът върху изразходваните средства и да се повиши удовлетвореността на пациентите.

Вицепремиерът Томислав Дончев призова всички да използват времето за говорене по най-добрия начин, като особено внимание трябва да има към ползвателите на системата. Рядко имаме такъв колективен консенсус, че нещо не е наред, допълни той. Говорим, че ресурсите не достигат, а имаме очевидни белези, че се пилее ресурс. Говори се за труден достъп, а в същото време има свръххоспитализация. Постоянно се говори за профилактика, а почти нищо не се случва. Иска ми се да мислим поне за 20 години напред, изрази надежда Дончев.

На дискусиата присъстват депутати, представители на президентството, на съсловните организации, на пациентски организации, на НЗОК, на застрахователни дружества, синдикати, на Световната банка, на Световната здравна организация и др.

www.zdrave.net, 26.09.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n7314>

Министър Ананиев: В хода на диалога може да възникне трети модел

„Нов тип контрол, конкуренция от страна на финансиращите органи, премахване на нерегламентираното доплащане, модернизирание. Това са ключовите думи, които характеризират двата варианта за промяна здравноосигурителния модел, които ще представя днес“. Това заяви здравният министър Кирил Ананиев при откриването на Националната кръгла маса, посветена на бъдещето на здравеопазването.

Той подчерта, че предложенията не бива да бъдат приемани като крайни, нито има ограничение във времето за реализацията им. „Може да възникне трети модел, може да възникнат още предложения, готови сме на конструктивен диалог“, обясни министър Ананиев.

В приветствието си вицепремиерът Валери Симеонов пък каза, че основната задача на промяната на модела е да се подобри качеството на здравната услуга, да се повиши контролът на разходваните средства, както и удовлетвореността на пациентите. „В хода на дискусиата ще се постигне най-доброто“, увери Симеонов.

<http://news.bnt.bg/bg/a/v-oshche-ot-denya-zam-ministr-penkov-za-predlozhenite-reformi-v-zdraveopazvaneto>

В „Още от деня“: Зам.-министър Пенков за предложените реформи в здравеопазването

За въвеждането на пълна демонополизация на здравното осигуряване е нужно време за подготовка, заяви в студиото на „Още от деня“ зам.-министърът на здравеопазването д-р Бойко Пенков.

Сегашният модел си върши работата - събират се средства и се харчат средства, но винаги има нещо по-добро, към което да се стремим. Именно това кара екипът на министър Ананиев да се търси по-добрият вариант, защото по-добро решение има, допълни д-р Пенков.

НЗОК не може да покрие пълната стойност на някои медицински изделия поради финансови ограничения, но евентуалният застраховател би могъл, изтъкна д-р Пенков, обяснявайки предложението модел „Б“ за демонополизация на здравното осигуряване. Идеята държавата да покрива до 700 лв. при болничен епизод, а всичко над тази гранична линия да се покрива от застрахователите, идва от разчета, че малцина са хората, чиято болнична помощ струва повече от тази сума, обясни д-р Пенков.

д-р Бойко Пенков, зам.-министър на здравеопазването: Предвидено е така, че парите да стигнат и застрахователите да не фалират.

Близо 1,5 млн. души в България са осигурявани от държавата, а около 700 хил. са неосигурените. Държавните служители сами ще поемат застраховката си при този модел, докато към останалите групи държавата ще продължи да поема ангажимент, обясни д-р Пенков.

Ако системата не се реформира, средствата ще изтекат, призна зам.-министърът на здравеопазването. Според него най-големият теч на средства в здравеопазването идва от „свръхпредлагането“ на услуги.

Естественото нещо е обединението на болнични структури, заяви д-р Пенков. С обединяването на ресурси болниците ще станат още по-полезни.

www.btv.bg, 26.09.2018 г. TC "www.btv.bg" \f C \l "1"

<https://btvnovinite.bg/bulgaria/zheni-nacheva-za-zadalzhitelno-zdravno-zastrahovane-mozhe-da-se-doplashtat-12-lv.html>

Жени Начева: За задължително здравно застраховане може да се доплащат 12 лв.

Единият вариант за реформа в здравното осигуряване предвижда всеки от нас да плаща месечна вноска за задължителна здравна застраховка

Ако бъде приет втория предложен вариант за здравно осигуряване, всеки от нас ще плаща задължителна здравна застраховка. Прогнозната сума на Министерството на здравеопазването е 12 лв. на месечна база. Това обясни зам.-министърът на здравеопазването Жени Начева в студиото на „Лице в лице“.

Днес здравният министър Кирил Ананиев представи два вариант за реформа в здравноосигурителния модел у нас. Първият предвижда здравната каса и застрахователите да се конкурират, като хората да избират къде да отиде 8-процентната им вноска. При втория – 8-процентната вноска ще отива в касата, но ще има и задължителна здравна застраховка, която ще се заплаща от пациента.

„Тази сума предстои да се дискутира“, коментира още Начева.

„Нашето предложение с доплащането е обосновано единствено от желанието ни пациента да има лична отговорност и контрол за болничната и доболничната помощ“, каза още зам.-министърът.

Тя уточни, че цените на медицинските дейности и при двата варианта ще продължат да се определят национално ежегодно по параметрите на бюджета и възможностите на населението.

Начева е категорична, че ще има таван на цените на медицинските дейности.

www.capital.bg, 26.09.2018 г. TC "www.capital.bg" \f C \l "1"

https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2018/09/26/3316993_zdravniiat_ministur_horata_da_plashtat_poveche_a/

Здравният министър: хората да плащат повече, а конкурентни каси в далечното бъдеще

Кирил Ананиев предлага месечна застраховка от 12 лв., която няма да покрие сегашните доплащания на пациенти

Десислава Николова

Здравният министър Кирил Ананиев представи два варианта за промяна в здравния сектор (виж вляво). Първият е монополизация на Националната здравноосигурителна каса, която ще се конкурира за пълните здравни вноски със застрахователните компании. При него здравната вноска не се увеличава. При втория държавната здравна каса ще плаща евтините услуги, а тези над 700 лв. ще се покриват от здравна застраховка, която ще бъде около 12 лв. месечно за всеки. При този вариант легалните плащания за здраве се увеличават. Ананиев е поддръжник на задължителната застраховка и твърди, че конкуренция на каси е възможна, но едва след години.

Защо сега

Още при встъпването си в длъжност здравният министър обеща промени, тъй като никога не е доволен от системата на здравеопазване – нито пациентите, нито работещите в нея, а допълнително платените средства натоварват болните хора.

Според данните от касата през 2017 г. всеки трети българин е лежал в болница. Данните на Европейската комисия и Световната банка сочат, че при 4.3 млрд. лв. публични средства за здраве през 2017 г. пациентите са платили от джоба си над 3.5 млрд. лв. Това означава, че 45% от средствата за здраве идват в брой от болните, докато горният таван на Световната здравна организация за това е 20%. Целта на промените, предлагани от министерството, е тези 3.5 млрд. лв. да намалее.

Проблемът е, че 51% от пациентите вярват, че е възможно здравният модел да се подобри, но едва 6% са съгласни да плащат повече средства над сегашната здравна осигуровка, показва национално представително проучване, поръчано от здравното министерство и проведено от "Алфа рисърч".

Целта е да се постигне нов тип контрол от конкуриращи се финансиращи институции, да се премахнат нерегламентираните доплащания и да се модернизира здравеопазването, коментира Ананиев.

Той обеща, че преди да има пълен национален консенсус по промените в здравния модел, няма да предлага законопроекти на правителството и парламента.

Моделът на министъра

Въпреки предимствата на модела с конкуриращите се здравни каси, чийто привърженик е финансовият министър Владислав Горанов, здравният министър отбеляза, че той лично е привърженик на модела с три стълба – задължителна здравна осигуровка в здравната каса, задължителна застраховка и доброволна застраховка. Министърът отбеляза, че би могло да се мисли за пълна монополизация едва след като се мине през втория модел. При него, както и беше обявено предварително, при престой в болница здравната каса ще покрива стойност до 700 лева, като 10 или 15% от стойността ще се доплащат лично от пациента или чрез доброволен здравен застраховател.

При сума на лечението над 700 лева пациентът няма да плаща нищо, а вместо него ще плаща задължителният здравен застраховател, като предвидената месечна вноска за всеки пациент е 12 лева.

В допълнение пациентите ще бъдат глобявани - ако не си плащат застраховката и ако не правят профилактични прегледи. Здравното министерство, застрахователите и лекарите ще определят национални цени по клинични пътеки за лечение, като обаче всяка болница ще има право да определи свои – по-високи или по-ниски цени.

Сумата от 12 лв. важи само за болнично лечение. Отделно пациентите ще плащат за лекарства и медицински изделия (импланти).

След представянето беше дадена думата накратко на съсловните организации, омбудсмана, икономисти и бизнеса. Омбудсманът Мая Манолова отбеляза, че първо трябва да се провери дали няма конституционен проблем, тъй като здравното застраховане не фигурира в конституцията. Освен това гражданите трябва да имат отговор какво получават срещу 12 лв. застраховка. Тя допълни, че е притеснена от

специалните цени, които болниците ще имат право да формират, защото това няма да премахне доплащането. Манолова допълни още, че ако застрахователите и касата бъдат задължени да сключват договор с всички болници и лекари, както и досега, това няма да доведе до реална конкуренция.

Основният проблем с модела е, че дори да се съберат 800 млн. лв. от новата здравна застраховка, това няма да покрие плащанията от 3.5 млрд. лв., т.е. плащанията извън задължителните ще продължат.

В кулоарите на дискусиата стана ясно, че здравното министерство предвижда реално остойностяване на клиничните пътеки, преди да пристъпи към промени, и тепърва предстои няколкомесечно обсъждане на предложените промени.

www.zdrave.net, 26.09.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n7321>

Д-р Иван Маджаров:

Вероятно ще се появи трети модел, но не бива да отстъпваме от основните принципи

Надежда Ненова

Най-вероятно ще изкристализира трети модел за реформа в здравеопазването, но каквито и дебати да предстоят, се надявам, че няма да се отклоним от основните принципи, защото те ще ни гарантират оптимизация на здравеопазването. Това каза председателят на БЛС д-р Иван Маджаров по време на кръглата маса „Дискусия за бъдещето на здравеопазването“, която се проведе днес.

„Ще маркирам самото това, което ми направи впечатление като важно от двата модела, представени от министър Ананиев. На първо място е желанието да се оптимизира контрола, на второ - допускането на думата конкуренция изобщо в здравеопазването, необходимостта от вливането на допълнителни средства в системата, възможността на пациентите да се включат в контрола при разходването на средствата, свеждането до минимум на нерегламентираните плащания и не на последно място - забелязах, че ролята на съсловните организации не е подценена и необходимостта от партньорство със съсловието е осъзната като предпоставка за изграждането на устойчива, ефективна система“, каза д-р Маджаров.

„Разбира се, като се добавят и нещата, които ми липсваха в цялата презентация, а именно - малко повече мерки за лечението на пациентите извън активните болници, мерки относно тези, които не плащат или не искат да плащат здравни осигуровки, мерки относно остойностяването на труда. Добавяйки тези неща мога да завърша така - днес беше един изключително важен ден, в който се дава старт на нещо позитивно. Ние сме готови да участваме в него и не бива да се отклоняваме от тези принципи“, завърши председателят на БЛС.

www.zdrave.net, 26.09.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n7320>

Д-р Николай Шарков:

БЗС подкрепя солидарния модел на здравното осигуряване

Надежда Ненова

Българският зъболекарски съюз подкрепя първият модел на реформа на здравноосигурителната система, който въвежда конкуренция между НЗОК и

застрахователни дружества. Това каза д-р Николай Шарков, председател на БЗС по време на кръглата маса „Дискусия за бъдещето на здравеопазването“, която се проведе днес.

„Вторият модел за чисто раздържавяване и премахване на НЗОК, говори за американски модел. Аз съм попадал в тази система. Като член на ЕС, ние сме държава, която е за солидарен, обществен модел на здравно осигуряване. Така че БЗС подкрепя по-скоро първия модел, с всичките му позитивни и доста негативни качества, които ще бъдат обсъдени и надявам се премахнати в предстоящите дебати“, каза д-р Шарков.

„Най-важното за нас е, че се запазва ролята на съсловните организации, които са двигател на прогреса“, подчерта още той.

Председателят на БЗС отбеляза, че денталната медицина стои в периферията на задължителното здравно осигуряване. Същевременно тя отдавна била отговорила на нуждите на хората за високо специализирано лечение. „Ние сме инвестирали в апаратура, проследяваме ефекта на лечението, използваме съвременни лекарствени средства. Денталната медицина върви напред в развитието си, защото имаме чист и честен пазар. Това говори за качество и конкуренция, които прилагаме в задължителното здравно осигуряване“, заяви д-р Шарков.

www.clinica.bg, 26.09.2018 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/6167->

ЕМА С НОВ САЙТ

Заради Брексита достъпът само до 39 лекарства остават под въпрос

ЕМА стартира нов корпоративен уебсайт. Той ще тръгне на 27 септември, в четвъртък. Това става ясно от съобщение на сайта на Европейската агенция за лекарства. Платформата ще е с нов дизайн и подобрени функции, които ще улесняват потребителите. ЕМА предприема тази крачка след внимателно планиране, за да гарантира, че сайтът ще бъде на нова платформа преди агенцията също да се "настани" в новия си дом в Амстердам догодина.

Обновената версия ще бъде активна на адрес www.ema.europa.eu. Уеб сайтът ще има редица екстри като подобрена търсачка, по-чист дисплей за мобилни устройства, по-прости URL адреси и нова дизайн визия. Нововъведенията са в отговор на текущи проблеми, за които потребителите са споделяли.

Съдържанието и структурата на е-платформата ще останат непроменени, уверяват от ЕМА.

Сегашните URL адреси за всяка страница и документ ще продължат да работят благодарение на пренасочванията към новите. Въпреки това, ЕМА съветва потребителите, които имат маркирани текущи URL адреси, да ги актуализират, когато новият сайт вече бъде онлайн. Корпоративният сайт на ЕМА е с около 600 000 посетители всеки месец.

Риск за проблеми в доставките

ще има за 39 лекарства, вследствие на излизането на Великобритания от ЕС, обявиха още от ЕМА. 24 от тях са за хора, а останалите 15 са ветеринарни. Числата показват подобрение от обявените резултати през юли, когато опасност за затруднен достъп бе обявена за общо 108 медикамента.

Общо 694 са лекарствата, които са с централизирана процедура за разрешаване на употреба от страна на ЕМА.

Напредъкът се дължи на комуникацията,

която ЕМА води с производителите, за да преодолеят евентуалните проблеми с доставки на лекарства след като Великобритания излезе от ЕС. Идеята е да се гарантира, че няма да има проблеми с разрешенията за търговия с лекарства, както и че фирмите ще могат да дислоцират производствени или логистични мощности, така че да не се нарушава снабдяването с медикаменти в ЕС и след Брекзит. Европейската агенция ще продължи преговорите, защото крайната цел е да няма опасност за нито едно лекарство. Пречките трябва да бъдат преодоляни до 31 март догодина. До тази дата производителите трябва да организират разпространението на медикаментите с оглед на това, че Англия ще излезе от ЕС.

www.zdrave.net, 26.09.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n7308>

Из вестниците: Сайтовете на ИАЛ и ИАМО без защита, статистика за грип

„3 министерства и 14 изпълнителни и държавни агенции нямат сертификати за сигурност на сайтовете си, което означава, че браузърите регистрират интернет страниците им като несигурни за предоставяне на лични и финансови данни”, пише днес „Сега”, като цитира Би Ти Ви.

„Според телевизията сред държавните агенции, които нямат сертификати за сигурност на сайта си, са агенциите за българите в чужбина, кадастърът, вписванията, агенция „Архиви”, безопасността на храните, Агенцията по лекарствата, медицински одит, ДАНС, както и сайтът „Стратеджи”, на който се публикуват за обсъждане проектите на нормативни актове”, изрежда публикацията.

„Не би трябвало нито една държавна или публична институция да си позволява да не защитава данните, които предоставя като публична организация. При инциденти ще се загуби доверие в държавата и предоставяните от нея електронни услуги”, заявява пред Би Ти Ви експертът по киберсигурност Ясен Танев. Когато връзката със сайта не е защитена, цялата информация за влизане в тези системи се предава отворено и всеки може да види паролата и потребителското име, да провери къде е влизал потребителят, разяснява още той. Проблемът е, че те предлагат електронни справки и услуги, което ги прави уязвими”, четем още във вестника.

„Жълт труд” се спира на статистиката за грип в света и у нас. „По данни на Световната здравна организация 5-10% от зрялото население на Земята се разболява от грип всяка година, а от 290 000 до 650 000 души умират от него. До 90% от смъртните случаи са при хора над 65-годишна възраст, предимно с придружаващи хронични заболявания. Националният център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ) отчита, че само в областните градове в България всяка година възникват средно около 1 400 000 до 1 600 000 случая на остри респираторни заболявания и грип, което представлява от 10% до 30% от всички случаи с временна нетрудоспособност. Експертите са категорични, че смъртността от грип е трудно да бъде отчетена, тъй като обикновено смъртните случаи не се класифицират като дължащи се на грип, а като основна причина за смъртта се посочват настъпилите усложнения и придружаващи заболявания”, пише изданието.

„И днес остават валидни четирите прости хигиенни правила - стойте си у дома, проветрявайте често, мийте си ръцете редовно, покривайте си устата, когато кихате и кашляте. Експертите обаче са категорични, че имунизацията е най-ефективната форма за предотвратяване на грип, а ваксинопрофилактиката е най-голямото постижение на медицината”, допълва материалът.

И още: „Д-р Ангел Кунчев, главен държавен здравен инспектор, съобщи, че е закупен и предстои да бъде доставен апарат от най-ново поколение за полимеразна верижна

реакция (PCR) за доказване на грипни и други респираторни вируси. Той ще бъде предоставен на Националната референтна лаборатория "Грип и остри респираторни заболявания" към НЦЗПБ и ще даде нови възможности за бърза диагностика и превенция на грипа у нас."

Някои вестници отбелязват и първия смъртен случай от западнонилска треска у нас. „84-годишен мъж от ямболското с. Ботево е починал от западнонилска треска. Той е лекуван една седмица в ямболското инфекциозно отделение, поясни за БНР д-р Наташа Капсъзова от РЗИ”, пише „24 часа”.

„Западнонилската треска се предава чрез ухапване от разпространените и в България комари. Симптомите са треска, главоболие, умора, болки в тялото, гадене и повръщане, обриви по кожата и подути лимфни възли.

В Европа има 63 смъртни случая от западнонилска треска: Сърбия-21, Гърция-16, Италия-13, Румъния-12, и Косово-1”, отчита всекидневникът.



ТС "В. Телеграф" \f C \l "1" 27.09.2018 г., с. 7

Откриха лек срещу алцхаймер

На прага сме на нещо, което не се е случвало. На световен конгрес в Чикаго за първи път е обявено лекарство, което въздейства в ранна фаза на алцхаймер.

Това съобщи по Нова тв проф. Лъчезар Трайков, невролог в Александровска болница. След месеца прилагане то изчиства на 71 % от лошия белтък в мозъка. А този белтък убива нервната клетка, поясни неврологът.

Лекарството е преминало фазата на въздействие върху малък брой пациенти. Предстои фаза Б2, която е наблюдение над 700 пациенти от различни страни. Пускането му вероятно ще е след 6-7 години, поясни Трайков.

У нас заболелите са към 100 000 души. В България има всичко за ранна диагностика.