

## ПРЕСКЛИПИНГ

28 декември 2018, петък

VINF 12:20:31 27-12-2018  
PP1219VI.008  
анекс - НРД - подписване

### **Анексът към Националния рамков договор беше подписан**

София, 27 декември /Десислава Пеева, БТА/

Членовете на Управителния съвет на Българския лекарски съюз /БЛС/ и на Надзорния съвет на НЗОК подписаха анекс за медицинските дейности към Националния рамков договор /НРД/ - 2018 г. Министърът на здравеопазването Кирил Ананиев при подписа документа.

За следващата година се предвиждат близо 500 млн. лв. повече за здравеопазване, припомни заместник-министърът на здравеопазването Жени Начева.

Постигнахме конструктивен диалог, изчистихме недоразумения, постигнахме и доста добри параметри за следващата година, каза председателят на съсловната организация д-р Иван Маджаров.

Възстановихме практиката НРД да влиза в сила от 1 януари. Анексът категорично е надграждане на действащия към момента НРД и добра основа за промените, които очакваме да се случат следващата година, каза министър Ананиев. Според него анексът допринася за по-добро качество на лечение, има и увеличение на обемите и цените. Създали сме условия за по-голяма удовлетвореност при пациентите и лекарите, допълни още той. Министър Ананиев припомни, че в документа е заложено подобряване на контрола, а през 2019 г. предстои разработване на нови нормативни актове. Той изрази удовлетворение, че новата година ще започне без дефицит в бюджета на НЗОК.

Запазват се цените на клиничните пътеки за лъчелечение, които са били до момента. В края на първото тримесечие ще се направят анализи, но ако се установят аномалии, ще бъдат нанесени корекции, посочи Начева.

Само издаването на свидетелство за брак ще се заплаща на личния лекар, подчерта Начева. За изследванията, които се изискват преди хоспитализация, Начева изясни, че те ще се правят в извънболничната или в болничната помощ, но не трябва да се дублират. В болниците ще се наблюдава броят на леглата, за да не се допуска повече от един пациент да се отчита като хоспитализиран на едно и също легло. Това не е честа практика, каза още Начева, но тази практика се въвежда, за да може да се планират по-добре хоспитализациите. Болниците са длъжни да поддържат 10 на сто повече легла, напомни Начева. По думите ѝ няма основание да се формират листи на чакащите.

Доброто за тази година е, че има преизпълнение с близо 70 млн. лв. на приходите в бюджета и заедно с парите от резерва НЗОК приключи без дефицит. Това ще позволи през следващата година да се наблюдава бюджетът само за 2019 г., добави още Начева.

**[www.bnt.bg](http://www.bnt.bg), 27.12.2018 г.**

**<http://news.bnt.bg/bg/a/nzok-i-bls-podpisakha-aneksa-km-natsionalniya-ramkov-dogovor>**

### **НЗОК и БЛС подписаха анекса към Националния рамков договор**

В Министерството на здравеопазването беше подписан анекс към Националния рамков договор за 2018 г. Той беше подписан от НЗОК, БЛС, а министър Кирил Ананиев стана

негов гарант. В него са заложили допълнителни 500 млн. лв за медицински дейности през 2019 г. Новият анекс ще влезе в сила от 1 януари.

Министър Кирил Ананиев припомни, че в документа е заложило подобряване на контрола, а през 2019 г. предстои разработване и на нови нормативни актове. Той изрази удовлетворение, че новата година ще започне без дефицит в бюджета на НЗОК.

Запазват се цените на клиничните пътеки за лъчетерапия, които са били до момента. В края на първото тримесечие ще се направят анализи и ако се установят проблеми, ще бъдат нанесени корекции, каза зам.-здравният министър Жени Начева. Тя добави още, че догодина се очаква да заработи електронната система и дотогава няма да се вади от основния пакет издаването на бележки за децата, които посещават училище и детска градина. Само свидетелството за брак отпада от пакета на общопрактикуващите лекари и то ще се заплаща, уточни Начева.

В болниците ще се наблюдава броят на леглата, за да не се допуска повече от един пациент да се отчита като хоспитализиран на едно и също легло. Ще се осъществява и видеоконтрол.

Болниците са длъжни да поддържат 10% повече легла за спешни състояния, напомни Начева. По думите ѝ няма основание да се формират листи на чакащите.

Тази година има преизпълнение с близо 70 млн. лв. на приходите в бюджета и заедно с парите от резерва НЗОК приключва 2018 г. без дефицит.

**[www.btv.bg](http://www.btv.bg), 27.12.2018 г.**

**<https://btvnovinite.bg/bulgaria/ot-sledvashtata-godina-pacientite-shte-plashtat-za-medicinskite-svidetelstva-izdavani-ot-lichnite-lekari.html>**

**От следващата година: Пациентите ще плащат за медицинските свидетелства, издавани от личните лекари**

***БЛС и здравното министерство подписаха правилата, по които ще плащаме медицинската дейност догодина***

**Мария Ванкова**

Българският лекарски съюз и Министерството на здравеопазването подписаха правилата, по които ще плащаме медицинската дейност догодина. Предвижда се броят на направления за специалист да се увеличи – те ще бъдат с 5% повече. Бюджетът на болниците се увеличава средно с 4%.

Едно от нововъведенията е камери да следят входа и изхода на залите за инвазивна кардиология. Целта е да се засили контролът над екипите и използваните медицински изделия в операционните.

Медицинските свидетелства, които се издават от личните лекари се изваждат от пакета с платени дейности от НЗОК, така пациентите ще трябва сами да плащат документи като медицинско за брак, извършена имунизация и др.

Напрежението сред лъчетерапевтите беше туширано, като не беше направена промяна в механизма на финансиране.

Цените в повечето случаи се запазват почти същите, като само за някои има повишение на плащаните досега цени с около 5 на сто.

**[www.news.bg](http://www.news.bg), 27.12.2018 г.**

**<https://news.bg/health/zdravnata-kasa-zavarshva-godinata-bez-defitsit.html>**

**Здравната каса завършва годината без дефицит**

## **Надежда Динева**

Няма неразплатени задължения от тази година, а НЗОК приключва годината без дефицит. С това се похвали министър Кирил Ананиев на брифинг, посветен на подписването на анекс към Националния рамков договор за 2019 година.

Кирил Ананиев подчерта, че е възстановена практиката НРД да влиза в сила от 1 януари 2019 година. Анексът категорично е надграждане на действащия в момента рамков договор и добра основа за промените, които всички очакваме да се случат, убеден е Ананиев. Този договор, според него, допринася за по-добро качество на лечението, увеличава обемите и цените, които ще бъдат прилагани, тоест им условия за по-голяма удовлетвореност от страна на пациентите и на изпълнителите на медицинска помощ. "Всички институции дадоха от себе си всичко възможно, уверен е той.

Основната цел на Анекса е пациентите да имат по-голям достъп до медицинска помощ. НЗОК ще наблюдава с БЛС определени индикатори, на база на които ще създаде по-строги критерии за профилактичните прегледи през следващата година, уточни зам.-министър Жени Начева.

Допълнителни 500 млн. лв. ще подобрят работата на здравната система, освен това чрез Анекса са създадени по-добри параметри за контрол на качеството на изпълнение на медицинските дейности, коментира зам.-министърът.

Тя подчерта, че се запазват цените и клиничните пътеки на лъчетерапията. Ще се наблюдава изпълнението на бюджета, като в края на първото тримесечие НЗОК ще подготви първите анализи. До въвеждане на електронната система през следващата година няма да извадим от основния пакет издаването на бележки за децата, които посещават детска градина и училище.

Остават текстовете за видеонаблюдение, изтъкна Начева. "Считаме, че това ще доведе до по-добър контрол на скъпоструващи медицински дейности". Ще се наблюдава броят на леглата в отделни клиници и отделения, за да не се допуска възможността пациенти да се отчитат неправомерно като брой хоспитализации.

Болниците са запознати с правилото за поддържане на 10% легла за спешни състояния освен тези, които болничното заведение предоставя за хоспитализации, заяви Начева.

Тя обясни, че лечебните заведения осигуряват покритие на достъпа до доболнична помощ в цялата страна и не се очаква списък на чакащи.

Председателят на БЛС д-р Иван Маджаров заяви, че в рамките на годината са договорени основите на нещо добро, което ще се случи следващата година. Съсредоточено беше вниманието към преходните и заключителните разпоредби от бюджета за НЗОК. Чрез конструктивен диалог са били изгладени разногласията и са постигнати добри параметри, по думите му.

**[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 27.12.2018 г.**

**<https://www.zdrave.net/-/n8189>**

## **Излезе от печат празничният брой на вестник „Форум Медикус“**

Седмичното специализирано издание отразява събития и инициативи от последните дни. Акцент е поставен върху решения на Министерския съвет, свързани със здравеопазването, сред които са открити твърдение на министър Ананиев, че все пак „национална детска болница ще има“, че УБ „Лозенец“ ще запази статута си, както и добрата новина, че клиниката по изгаряния и пластична хирургия в „Пирогов“ ще получи целеви средства за ремонти и модерно оборудване. Отразен е отчет на проект за грижи за рискови новородени от екип към болница „Шейново“ в столицата, разказва се за

реализиран телемост между Плевен и Москва с демонстрация на Хайфу хирургия на живо, съобщено е, че асоциацията на професионалистите по здравни грижи и получила дарение – апаратура за ранно откриване на рак на млечната жлеза.

Поради характера на броя, който излиза между почивните дни, екипът предлага на читателите две интересни четива. „Испанският грип – сто години по-късно“ е обобщена статия, като историческите факти за това поразяващо здравно събитие са допълнени от анализ докъде днес е стигнала битката на човека с грипа и какво още може да се направи. Другият разказ на „Форум Медикус“ е посветен на 525 години от рождението на Парацелз, признат за „предтеча на медицинската химия“ – увлекателно се разкрива един живот, в който мистика и научно търсене се преплитат, описана е личност, която оставя траен отпечатък в развитието на медицината след това.

В духа на празниците, екипът на „Форум Медикус“ се връща към изминалата под знака на 140-годишнината на БЧК година - напомняне за взаимопомощта, за доброволците, „които променят света“, за трайните ценности и вечните доказателства за силата на хуманното и доброто. Празничният брой на „Форум Медикус“ съдържа още многоцветни и красиви поздравии и добри думи от партньори и приятели – все пожелания за по-светла и по-спорна следваща година.

**[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 27.12.2018 г.**

**<https://clinica.bg/7090->**

## **И ТАЗИ ГОДИНА В ЗДРАВНАТА СФЕРА НЯМАШЕ РЕФОРМИ**

*Неотложната помощ трябва да се дефинира като самостоятелна дейност и да се финансира отделно, казва д-р Иван Маджаров*

### **Веса КАРАОЛАНОВА**

В края на още една година Българският лекарски съюз и здравната каса подписват анекса към рамковия договор. Какви бяха изминалите 12 месеца за лекарите и пациентите, има ли съществени корекции в правилата, по които ще ни лекуват, какво остана да се оправя за 2019 г., попитахме д-р Иван Маджаров. Той е председател на съсловната организация на медиците у нас.

- Д-р Маджаров, каква беше отминаващата 2018 г. за българското здравеопазване?
- Според мен беше същата като предходните няколко години – нямаше кардинални промени в здравеопазването в България. Недостатъците, които създават проблеми и на пациентите, и на лекарите, според мен продължиха да оказват влияние върху системата.
- Задълбочиха ли се?
- Не, нито се задълбочиха, нито показаха подобрене. С изключение на кадровия проблем с медицинските сестри, който продължава да се задълбочава, както и недостигът на лекари в малките населени места. Необходимо е сериозно да се помисли за преодоляване на този проблем. Ако трябва в едно изречение да отговоря, и през 2018 г. нямаше реформи. Самата дума реформа вече е изпразнена от съдържание, затова нека да кажем, че нямаше промени в системата, които да подобрят качеството, които да дадат нов облик на българското здравеопазване.
- В края на септември министърът на здравеопазването предложи нов модел на финансиране. Това не дава ли надежда за промяна?
- Да, заговори се за някаква промяна и това е положително, защото се даде възможност да бъдат чути множество мнения от различни заинтересовани страни. И все пак, предложен бе нов модел на финансиране, а не на организация на здравеопазването. Въпреки това, надявам се, че стартът на един такъв дебат слага началото и на промяна

на организацията на здравеопазването в България. Но само с промяна във финансирането не смятам, че ще се промени нещо в здравеопазването. Според мен тя трябва да върви заедно с промяна в организацията и всичко това да бъде заложено като комплексна стратегия. Затова смятам, че трябва предварително да дефинираме проблемите. Част от проблемите, които бяха поставени по време на Кръглата маса на 26 септември, вероятно може да бъдат решени с начина на финансиране на здравеопазването. Но огромна част от проблемите не може да бъдат решени с модела на финансиране.

- Кой?

- Например структурирането на болничната помощ - сякаш най-вече тя беше във фокуса на предлаганите промени, по никакъв начин не може да се повлияе от начина на финансиране. Имам предвид структурирането и като част от националната сигурност, и като ешалонираност, и като разположение на различни нива болници: болници, които обслужват региони (общинските), които обслужват областите и болници, които са от национално значение. В последните около 20 години загубихме знаенето на това, че в България има републикански болници, към които се насочват най-тежките и сложни случаи, области болници, които поемаха сложна патология от своите региони и болници, които гарантираха първична помощ. Сега всяка болница може да работи всичко и още по-лошо – всяка иска да работи всичко, т.е. няма ешалонираност. Има експерти, според които във всички краища на страната трябва да бъде осигурен достъп до най-високи технологии – нещо, което не е осигурено и в най-богатите държави. И в най-развитите страни в големите центрове са концентрирани големи мощности от най-съвременна и високотехнологична апаратура и висококвалифицирани специалисти, които лекуват най-тежка патология и по-редки заболявания.

- Спокоен ли е пациентът в тази система?

- У нас в момента пациентът изпитва несигурност, когато има нужда от медицинска помощ, към кого точно да се обърне. Това е друг проблем, който не може да бъде решен с промяната на модела на финансиране. Няма ясно разписани правила за организация. Ако човек трябва да иде на профилактичен преглед при личния лекар, нещата ще се случат. Ако трябва с планов прием да постъпи в болница, пак ще се случи. Но, когато възникне проблем през нощта или в почивни дни, тогава човек не знае към кого да се обърне за медицинска помощ. И по мое мнение, това е така през последните години. Порано имаше национална спешна служба с подразделение за неотложна помощ – ясно беше, че за спешни случаи има спешна помощ, а за неотложни се търсеше дежурния в поликлиниката. Липсата на неотложна помощ е огромен проблем на обществото ни и при една реорганизация на системата на здравеопазване трябва ясно да бъдат разписани тези правила. Не може да бъде вменена 24-часова ангажираност на личния лекар, но не може да бъде търсена и спешната помощ за неотложни случаи. Първичната извънболнична медицинска помощ е приемник на участъковите лекари. Те нямаха задължение да осигуряват денонощно неотложна помощ – те дежуряха по график в поликлиниката, а след такова нощно дежурство им се полагаше почивка, а не на сутринта да бъдат на работа в кабинета. ПИМП пое извънболничната помощ през деня в работни дни, СИМП пое ангажиментите на специализираната помощ, и остана неотложната.

- Но често се казва, че няма такова понятие, къде е истината?

- Да, много експерти твърдят, че няма неотложна помощ, но практиката показва, че има. Затова съм убеден, че неотложната помощ трябва да се дефинира като дейност в Закона за здравното осигуряване и да се финансира отделно. За нея може да кандидатства ДКЦ, може да кандидатства болница.

- Всяка година се дават повече пари за здравеопазване, а недоволството и на медици, и на пациенти нараства. Как си го обяснявате?

- Надявам се, да се съгласите с мен, че това е световен проблем. По принцип в здравеопазването е трудно да се постигне висока степен на доволство: да не забравяме, че човек се обръща към системата на здравеопазване в момент, когато не се чувства добре, когато е болен. И в такъв момент, когато му се наложи да чака, той се изнервя и е склонен да твърди, че е недоволен. Това е психологически феномен. Не може да отречем обаче, че има вече добри практики, във все повече лечебни заведения пациентът е посрещан добре от лекари и сестри, във все повече лечебни заведения има съвременна апаратура. Така че парите не потъват. Например преди 10-15 години в България смъртността от инфаркти бе изключително висока заради липсата, а после недостига на инвазивна кардиология, а в момента този проблем е овладяв във висока степен и българските пациенти имат достъп до съвременна инвазивна кардиология. До преди 2-3 години ПЕТ-скенерът, киберножът бяха непостижими за българските пациенти, но сега и те са достъпни. Достъпни са иновативни терапии.

- Е, не съвсем ...

- Никъде не е възможна 100-процентова осигуреност. Задължение на обществото е да осигури в максимална степен за цялото население базови здравни услуги. Няма такава икономика в света, която да осигури за всички болни най-новото лечение.

- Ще бъдат ли достатъчни предвидените 490 млн. лв. повече бюджета на НЗОК за 2019 г. за подобряване на качеството на медицинската услуга и как според Вас пациентите ще усетят тези пари в повече?

- Държа да отбележа, че от тези 490 млн. лв. задължително трябва да извадим 160 млн., които са за чужди банки и 120 млн., които са за лекарства. Те, разбира се необходими на населението. Тези 280 млн. лв. няма да отидат за покриване на медицински нужди във вид на медицински дейности.

- "Индекс на болниците" показва, че в много болници имат договори за работа с НЗОК без да изпълняват изискванията за дейност, в същото време появяват съмнения за надписване на клинични пътеки или за прием на пациенти по по-скъпите. Докога гилдията ще толерира това?

- В закона не е вменено правото на БЛС да контролира дейността на лечебните заведения. Това е в правомощията на МЗ. В същото време се създава нова Изпълнителна агенция за медицински надзор. Надявам се тя да разгледа всички разрешителни, кой на кого е давал разрешително, как е открита тази или онази болница и с какви дейности. От друга страна, известно е, че БЛС отдавна настоява да участва в контрола на тези правила и представители на съюза да участват в проверките на лечебни заведения. Нещо повече: ако човек се представя за лекар, но няма такава диплома, ние не можем да затворим практиката му и да го санкционираме. При нас постъпват жалби срещу хора без медицинско образование, които открили „център“ за еди-какво си „лечение“ и практикуват. В цивилизованите държави тази отговорност е на лекарските камари – те имат правото да проверят, да установят такова нарушение/измама и да закрият подобна практика. Не говоря за разрешените дейности като източна медицина, хомеопатия и пр. Крайно време е БЛС да има такава функция. Затова е необходимо БЛС да контролира медицинската дейност през правилата за добра медицинска практика. Сега, като установим такава измама или някакво друго нарушение, ние можем само да сезираме компетентните органи. А компетентните органи като отидат на място и установят нарушението, искат от БЛС компетентно становище и попадаме в омагьосан кръг.

- Само търговия ли е здравеопазването?

- Нито е само търговия, нито е само социална дейност. Но категорично е хуманна дейност. Разбирането за това как функционира здравеопазването започва от това как един лекар или специалист по здравни грижи получава образованието си. В него са вложени много средства, много труд. И когато този човек вече започва да работи, той

работи по правилата на икономиката. От друга страна здравеопазването е хуманна дейност, която обществото, държавата трябва да гарантира за населението. Тоест, задължението на държавата е да осигури медицински услуги и здравни грижи за хората в неравностойно положение, както и да признае правото на лекари и медицински специалисти, че това, което извършват е икономическа дейност. А здравите членове на обществото в трудоспособна възраст, които работят, трябва да плащат здравни осигуровка или застраховки и да се ползват от тях, когато са болни. Не може работещ човек да не плаща здравна осигуровка или застраховка и да иска безплатна медицинска помощ. Здравната услуга обаче не може да е подчинена на пазарните отношения, когато става въпрос за хронично болни, хора с увреждания и други в неравностойно положение.

- Днес се подписва анекса към НРД. Какво очаквате от измененията?

- Всъщност едно от най-важните неща е връщането към стартиране на НРД от 1 януари на съответната година. Бюджетите на лечебните заведения ще важат за по-дълъг период – в рамките на 9 месеца, няма да бъдат за тримесечие както до този момент. Особено важно е, че успяхме да договорим неусвоените средства да не могат да се прехвърлят от параграф в параграф. 69-ият извънреден Събор на БЛС делегира права на Управителния съвет на съсловната организация да подпише този анекс, но ако бъде записано, че неусвоените средства към 30 септември могат да бъдат използвани за покриване на стара дейност в болниците. Има промени и в таблиците с цени и обеми. Това, което прави впечатление е намалението на цените при някои клинични пътеки, при които се забелязва свръхоборот и пренасочването на тези средства в други недофинансирани клинични пътеки. Важните за нас неща са тези, които бяха записани и в ЗБНЗОК, които гарантират процеса на договаряне през следващите години, начина, по който ще се изработват правила за добра медицинска практика, участието на БЛС в изработването на медицински стандарти, регламентирането на контрол чрез проверки.

- БЛС удовлетворен ли е от тези преговори и защо?

- За кратките срокове постигнахме немалко, но никога не може да бъдем удовлетворени на 100%. Надявам се да формираме политики. В тази посока е увеличението на цените при някои клинични пътеки – една от тях е тази за продължаващото лечение. Там договорихме увеличение от 50 на 80 лв. Увеличение има и при пътеката, която е палиативни грижи на онкоболни – там увеличението е от 65 на 90 лв. на ден, което е значително. Имаме и завишен брой направления за общопрактикуващите лекари за осигуряване на профилактика и диспансеризация.

- Какви са очакванията Ви за 2019 г., с какво ще бъде различна спрямо тази?

- За идната година се заложиха доста амбициозни неща в Преходните и заключителни разпоредби на ЗБНЗОК. Крайно време е да се сложи началото на изработването на правилата за добра медицинска практика, които са в основата на гарантирането на качествено здравеопазване. Предизвикателството за следващата година е да преразгледаме цялостно пакетите, по които работи всяка специалност, да се остойностят дейностите. Така и заплащането на медицинския труд ще зависи и от качеството на предоставената медицинска услуга. В навечерието на Новата година, бих искал да кажа, че за всички ни, за цялото общество, е важно да направим така, че хората да са здрави!

[www.actualno.com](http://www.actualno.com), 27.12.2018 г.

<https://www.actualno.com/education/jeni-nacheva-dogovorihme-blizo-500-miliona-poveche-za-zdraveopazvane-news-713472.html>

**Жени Начева: Договорихме близо 500 милиона повече за здравеопазване**

"Хубавото е, че успяхме да договорим балансирано разпределение на близо 500 милиона лева допълнителни средства за 2019 година". Това каза заместник-министърът на здравеопазването Жени Начева на подписването на анекс към Националния рамков договор за медицински дейности, предаде репортер "Фокус".

"Благодаря на господин Ананиев, че стана гарант на подписването на анекса, на доктор Дечев и екипа на Касата, че през последните месеци работихме заедно почти неспирно, на екипа на Министерството на здравеопазването при подготовката на необходимите наредби", каза тя. "Целта ни е да постигнем по-добри параметри за контрол преди всичко върха качеството на изпълнението на медицинските дейности. Нашата работа продължава още от началото на следващата финансова година, както по наблюдение на параметрите, които сме поставили за 2018 година, така и при подготовка на условията и реда за указване на медицинска помощ през следващия три годишен период", допълни Начева.

На официалната среща по подписването беше и председателят на Български лекарски съюз д-р Иван Маджаров. Той каза, че за краткото време, което са имали са успял да договорят неща, които поставят основата на нещо добро, което ще се случи другата година.

**[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 27.12.2018 г.**  
**<https://www.zdrave.net/-/n8199>**

**Д-р Дечо Дечев: Това, което поех като ангажимент при встъпването си в длъжност, е изпълнено**

### **Надежда Ненова**

"Доволен съм от постигнатите договорености в по-голямата им част. Няма нещо, което да не ме удовлетворява, макар че можеше да бъде акцентирано върху преразпределението на средствата в рамките на болничния бюджет, така както се направи за някои клинични пътеки. Мисля, че в тази област можеха да се направят и по-конкретни разчети, но времето не беше достатъчно". Това коментира пред медиите управителят на НЗОК д-р Дечо Дечев след подписването на Анекса към НРД 2018.

„Това, което бях поел като ангажимент при встъпването си в длъжност, се изпълни. Предложи се нов модел за лекарствената политика, предложи се нов модел за медицинските изделия, бяха коригирани цените на някои клинични пътеки както в плюс, така и в минус. Предложен е вариант за справяне с разходите за лечение в чужбина и това, което остана, е в областта на контрола“, каза още д-р Дечев.

Той уточни, че промяната в наредбата за лечение в чужбина предвижда на български болници също да бъде позволено да дават ценови оферти по конкретни казуси на пациенти. „Ще им се позволи да приличат специалисти от чужбина с уговорката, че плащането ще става в България, като по този начин ще се повишава и квалификацията на българските лекари и екипи“, каза д-р Дечев.

Той допълни и че всичко, което до момента е плащал Фондът за лечение на деца, ще бъде запазено и при преминаването му в НЗОК. „На практика и до момента всичко се плащаше от Касата. Плащанията за превоз, превод и логистика ще продължат да се плащат, а парите за това идват с трансфер от МЗ. Дарителските сметки съществуват на теория, докато на практика средствата бяха минимални. Винаги има нужда от дарителски сметки, но приходите в тях трябва да бъдат по-големи“, каза още управителят на НЗОК. Д-р Дечев допълни, че се надява промените в Наредба 10 ще бъдат приети, тъй като така ще се пристъпи към нов модел за плащане на лекарствата, а това пък ще гарантира, че няма да има преразход на бюджета на Здравната каса в края на всяка година.



[www.actualno.com](http://www.actualno.com) , 27.12.2018 г.

[https://www.actualno.com/healthy/ministerstvo-na-zdraveopazvaneto-pusna-porychkata-za-e-medicinsko-dosie-e-recepta-i-e-napravlenie-news\\_713499.html](https://www.actualno.com/healthy/ministerstvo-na-zdraveopazvaneto-pusna-porychkata-za-e-medicinsko-dosie-e-recepta-i-e-napravlenie-news_713499.html)

## **Министерство на здравеопазването пусна поръчката за е-медицинско досие, е-рецепта и е-направление**

Здравното министерство отвори поръчка за изработване на електронно медицинско досие, електронна рецепта и електронно направление. Общата ѝ прогнозна стойност е 1 631 666 лв. без ДДС.

Целта по първата обособена позиция е да бъде създадена подсистема за единно национално електронно медицинско досие /електронен здравен запис като част от Националната здравна информационна система (НЗИС).

Досието ще съдържа всички значими за здравето на всеки гражданин електронни здравни записи, като ще събира и обработва всяка съществена информация, свързана с лечението на един пациент, независимо от вида лечебно заведение и от това дали лечебното заведение работи или не работи по договор с НЗОК. Поръчката за създаването му е на стойност 831 666 лв. Срокът за изпълнението е 15 месеца, а гаранционната поддръжка – 24 месеца.

Втората обособена позиция е за изработване на електронна рецепта и електронно направление. Те ще са стандартизирани услуги за предписване и отпускане на лекарствени продукти, за издаване и изпълнение (отчитане) на направления от лечебните и здравни заведения, работещи по договор с НЗОК, а и такива, които нямат договор с НЗОК. Подсистемата ще разпознава лекари и магистър-фармацевти на базата на техните електронни подписи или друг метод на надеждна автентикация, както и интегрирани национални регистри и номенклатури.

Прогнозната стойност за изработване на е-рецепта и е-направление е 800 000 лв. Срокът за изпълнението им е 9 месеца, а 24 месеца е гаранционната поддръжка.

По-рано – на 17 декември, МЗ обяви друга поръчка, касаеща електронното здравеопазване. Тя е за разработване и внедряване на национални номенклатури, здравно-информационни стандарти, идентификация, автентикация и базова функционалност на ядрото на Националната здравно-информационна система. Тя е на стойност 1 966 666 лв. без ДДС.

През август ведомството на министър Кирил Ананиев направи първо обявление за избор на изпълнител по проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) — етап 1 и етап 2“. Тогава заложените дейности бяха в пет обособени позиции: разработка и доработка на необходими регистри за изпълнението на НЗИС; разработване на подсистема за електронни административни услуги; изграждане на здравно-информационен портал; изграждане на единно национално Електронно медицинско досие/Електронен здравен запис; изграждане на подсистема за Електронна рецепта и Електронно направление. Прогнозната стойност на поръчката беше 4 125 000 лв. без ДДС.

Тя обаче бе блокирана с жалби в Комисията за защита на конкуренцията (КЗК) от фирмите „Стемо“ ООД, „Ифелоус“ ООД и СД „Гама консулт – Калинкин, Прокопов и сие“.

На 27 септември министърът издаде заповед за спиране на процедурата, а ден по-късно я прекрати заради фатално недоглеждане. В обявлението не е било посочено, че показателят „техническа оценка“ с тежест 60% се определя от два показателя със съответната тежест.

След като преработиха поръчката, я възобновиха на 12 октомври, но дейностите бяха съкратени. От петте обособени позиции оставиха първите три, а поръчката вече е за 2,5 млн. лв. без ДДС.

Един месец по-късно и тя бе блокирана –от две фирми, участници в предишното й спиране. Жалбата е от обединени в консорциум фирмите „Стемо“ и „Гама консулт”.

На 16 ноември КЗК образува производство по тази жалба. Тогава от МЗ излязоха със съобщение, в което признаха, че са притеснени.

„МЗ счита, че спирането на обществената поръчка сериозно застрашава реализирането на проекта за изграждане на Националната здравна информационна система, чийто краен срок е 28.12.2019 г. Обжалването и блокирането на обществените поръчки по проекта застрашава както цялостното му изпълнение, така и реализирането на електронното здравеопазване в Република България. Това ще постави в риск намеренията на МЗ за упражняването на прозрачен и ефективен контрол върху дейностите и разходите в здравеопазването чрез въвеждането на здравната информационна система“, се казваше него.

На 13 декември Антимонополната комисия остави без уважение подадената от консорциума жалба като отхвърли като неоснователни всички сочени от него възражения. Решението на КЗК подлежи на обжалване във ВАС.

„Текущо по-голяма част от участниците в процесите в сектор „Здравеопазване“ предоставят информация на НЗОК по електронен път, но обхватът и обменът на информацията са ограничени само до данни за задължително здравноосигурените лица, като всички други форми на прием (на неосигурени лица, платен прием, прием за дейности, които не се заплащат от НЗОК и др.) остават извън обхвата на наличните системи“, се сочи в техническата документация.

„Обменът на информация между отделните субекти се осъществява от пациента на практика изключително чрез хартиени документи. Съществува електронен обмен на информация между лечебни и здравни заведения и НЗОК, който включва данни относно процесите на отчетност (искове) и разплащания за извършените от тях дейности. Липсва напречна директна свързаност между отделните субекти в системата на здравеопазването. Липсват и национални технологични стандарти за обмен на структурирана информация, информационна сигурност и защита на личните данни и чувствителната информация на пациентите. Налични са различни бази данни, които не са системно интегрирани, не дават реална представа за общото състояние на системата на здравеопазването, което затруднява процеса на планиране на здравната политика. Различните институции и организации в сектор „Здравеопазване“ поддържат множество регистри в неструктуриран вид, които се водят или на хартиен носител, или в електронни таблици, без да са реализирани съответни стандартни процеси с възможности за вписване, заличаване и удостоверяване на обстоятелства с контрол на процесите в информационни системи. Много от регистрите се водят и децентрализирано, на териториален принцип“, се сочи още в документа.

Срокът за изпълнение на заложените в НЗИС дейности е две години и 10 месеца. Целият проект за е-здравеопазване е за 12 млн. лв., осигурени от Оперативна програма „Добро управление“.

**АНИТА ЧОЛАКОВА**