

## ПРЕСКЛИПИНГ

30 юли 2018, понеделник

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 27.07.2018 г. <https://clinica.bg/5693->

### Болниците с буфер от 5% за спешност

*Недостигът на НЗОК в края на годината се очертава да е 55 млн. лв., показва отчетът ѝ за полугодieto*

Болниците да могат да увеличават лимита си за месеца с 5%, ако имат спешни случаи за сметка на следващия. Това предвиждат промени в правилата за разпределението на парите им от бюджета на здравната каса, които трябва да одобри Надзорният им съвет. Средствата, които ще могат да се прехвърлят засягат само дейностите от Приложение 2, където има лимити. В тях не влизат онкологията, хемодиализата и интензивните грижи, за които по принцип няма ограничения. Идеята е с прехвърлянето на средствата да се даде възможност болниците по-гъвкаво да управляват бюджетите, които имат и да не връщат пациенти. Пренасочването на средства ще става със заявка в РЗОК и ще засяга дейността от юли до ноември тази година, която се плаща от август до декември. Парите на болниците за дейността им от юни до декември са в рамките на обещаните 160 млн. лв. на месец, показва още отчетът на касата за полугодieto, като общата сума е 961.785 млн. лв. Средномесечно за дейностите по приложение 1 се падат по 36.853 млн. лв., а останалите 123.44 млн. лв. са за приложение 2. До юли лечебните заведения са получавали по 153 млн. лв. средно на месец, а общо касата трябва да им плати за първите 6 месеца над 922 млн. лв.

В края на годината от касата очакват бюджетът за болниците да мине 1.88 млрд. лв. За да се покрият плащанията, ще са нужни още 60 млн. лв., които от фонда смятат да вземат от резерва на касата. Тази година свободните средства в него са едва 87 млн. лв., тъй като разликата до 114 млн. бе разпределена предварително за извънболнична помощ.

Другият сериозен преразход е при парите за лекарствата.

С очакваната стойност на отстъпките от 112.8 млн. лв. недостигът на средства за медикаментите за домашно лечение в края на годината ще е 37.70 млн. лв. или общо разходите по това перо ще минат 755 млн. лв. Съответно при онколекарствата очертаваният се дефицит след дължимите отстъпки от 31.78 млн. лв. е 87.27 млн. лв. или общо разходът в края на годината ще е около 369 млн. лв. Част от него се дължи и на новите молекули, които се вкараха през тази година. Средно на месец за тях ще отиват по 2.7 млн. лв., пресметнали са от касата. Презразходът може да бъде частично компенсиран с допълнителни средства от резерва в размер на 27.55 млн. лв., казват от касата. Както и с пари от очакваното преизпълнение на приходите в размер на 41.9 млн. лв. Въпреки това близо 18 млн. лв. няма откъде да се покрият, допълват от касата.

Преразход по перата за извънболнична помощ не се очертават, отчитат още от касата. Така за поредна година дефицитът на касата ще се дължи на две основни дейности – болници и медикаменти. Размерът му пък засега е 55.4 млн. лв., като той може да намалее още, ако очакваното преизпълнение на приходите от вноски стане по-голямо от предвидените засега 41.9 млн. лв.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 27.07.2018 г. <http://www.zdrave.net/-/n6824>

## **Планират увеличение на заплатите в Здравната каса**

***Възнаграждението на лекар контролър в РЗОК в момента е около 600 лв., посочва д-р Йорданка Пенкова***

Заплатите в здравните каси да бъдат повишени от идната година. Това планира Надзорният съвет на НЗОК при разглеждането на прогнозата за бюджета на фонда за 2019 г., става ясно от стенограмата от заседанието му на 13 юли, публикувана днес.

Заплатите трябва да се увеличат, „защото в районните каси е много страшно“, отбелязва по време на заседанието изпълняващата към онзи момент длъжността управител на НЗОК д-р Йорданка Пенкова. Като аргумент за увеличаването тя посочва, че ангажиментите на служителите се увеличават непрекъснато.

Същевременно нетното възнаграждение на лекар контролър е около 600 лв., става ясно от думите ѝ.

„Права е д-р Пенкова за заплащането. Няма как да очакваме контролна дейност при тези възнаграждения“, отбелязва председателят на Надзора Жени Начева.

Засега обаче не е ясно дали увеличението наистина ще се състои тъй като заседанието на Надзорния съвет е проведено на 13 юли, когато д-р Дечо Дечев вече бе номиниран, но още не бе избран за управител на НЗОК. Към момента очакванията са той да извърши известни промени във фонда, но няма яснота какви ще са те и дали плановете му включват повишаване заплатите на служителите.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 27.07.2018 г. <http://www.zdrave.net/-/n6825>

## **Жени Начева:**

**Натискът на лекарствата е огромен, трябва да се търсят варианти за спиране на тази лавина**

### **Ирина Пекарева**

Натискът от страна на лекарствата е огромен и трябва да се търсят варианти за спиране на тази лавина. Това заявява председателят на Надзорния съвет на НЗОК Жени Начева по време на обсъждането на бюджетната прогноза за 2019 г. на заседание на Надзора от 13 юли. „При сега действащата нормативна уредба това категорично не може да стане. Ако в болничната сфера с контрол може да се овладее нещо, с разчети, с анализи, то в лекарствената сфера само с контрол не виждам как ще стане, дори и да въведем електронната рецепта, пък дори и тя да заработи от 1 януари“, посочва Начева.

Плановете за идната година включват увеличение на общите средства за лекарства със 175 млн. лв., като в тях се включва и очакваният дефицит от тази година, който според прогнозите може да се намали до около 40 млн. лв.

Към момента обаче няма яснота колко нови молекули ще бъдат включени през Комисията за оценка на здравните технологии и в каква степен това ще утежни бюджета за лекарства. „В тази връзка тук в министерството с д-р Пенков организираме една работна група и до края на месеца трябва да докладваме на г-н Ананиев за спешни промени във въпросната Наредба за оценка на здравните технологии, защото считаме, че в момента вратата е много широко отворена“, коментира Жени Начева и допълва: „За следващата година очакванията са колосални, огромни и с никакви отстъпки не можем да ги преодолеем, ако не вземем никакви по-оптимални мерки в тази посока“.

Със средствата за медицински изделия Касата няма особен проблем, но такъв – и то сериозен – имат пациентите. Проблемът е засегнат и по време на заседанието. От думите на Жени Начева става ясно, че планираното увеличение на бюджета на НЗОК по това перо е в рамките на 17 млн. лв., но надзорниците се спират по-подробно на проблема с цените и регулацията при медицинските изделия. „Направили сме една работна група с „Митници“, НАП, за изготвяне на списък на медицинските изделия. Знаете, че няма списъци, по които да се определят цените. Според мен в спецификацията, която ще правим през м. септември, трябва категорично да заложим изискването наличие на съответното изделие поне в три европейски държави, да ни посочат цените, на които това изделие се реимбурсира в съответните държави, защото иначе няма овладяване, да го кажа с една дума, без да имам доказателства за това – лобизмът за включване на едно или друго изделие. Няма как с този ресурс да се позволи да се отваря вратата безкрайно много“, коментира Начева.

Представителят на работодателите Григор Димитров на свой ред отбелязва, че тъкмо при медицинските изделия са най-големите доплащания от страна на пациента и посочва: „Трябва да направим нещо, защото тук доплащанията са в много големи размери. И са неконтролируеми.“ От думите на председателя на Надзора обаче става ясно, че промените по отношение на медицинските изделия ще могат да бъдат приложени едва от 2020 г.

**[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 27.07.2018 г. <https://clinica.bg/5696->**

### **Реформата тръгва най-рано 2020 г.**

#### ***Засега властта я пази в тайна, здравният министър обеща да я представи есента дори на касата***

Най-рано през 2020 г. ще започне да се случва някаква реформа в здравния сектор. Това е станало ясно по време на днешното заседание на Надзорния съвет на касата, което се проведе в здравно министерство. Както вече [clinica.bg](http://clinica.bg) писа, на него се прие отчетът на касата за полугодieto.

Освен доклада обаче, здравният министър Кирил Ананиев беше обещал на заседанието да представи на надзорниците и плановете си за реформа в сектора. Въпреки това той не го е направил. Причината е била в изричната молба от страна на Правителството да запази плановете си в тайна поне до есента. Най-вероятно тя е в резултат от спешната среща в сряда при премиера. На нея се събраха финансовият министър Владислав Горанов, председателите на здравната и бюджетната комисии в парламента – д-р Даниела Дариткова и Менда Стоянова, както и представители на коалиционните партньори. Здравният министър пък им презентира идеите си за промени в сектора. Те обаче отново не бяха споделени с обществото.

Въпреки че засега дългосрочните намерения за реформи остават тайна, то има светлина върху краткосрочните. Идеите на новия управител на касата д-р Дечо Дечев всички структури, които се занимават с лечението в чужбина да минат под шапката на касата, е получило положителен отзвук и вероятно още догодина ще се реализира. Също така управляващите имат намерение да прехвърлят Комисията за оценка на здравните технологии от Националния център по обществено здраве и анализи към Националния съвет по цени и реимбурсиране.

Идеята е, че така ще има по-добър ефект от работата й, както и по-голям ефект за публичните средства, тъй като лекарствата остават най-големия проблем на здравната каса. Преразходът за тях, който прогнозира от касата

края на годината след отстъпките, които се очакват от фирмите е в размер на 124 млн. лв. По-голямата част от него обаче ще се компенсира със средства от резерва на касата и от преизпълнението на приходите от здравни вноски. Въпреки че от отстъпки тази година се очакват над 140 млн. лв., засега фирмите са платили малко над 16 млн. лв.

**www.nova.bg, 27.07.2018 г.**

**<https://nova.bg/news/view/2018/07/27/222871/>**

**60 млн. лева е преразходът в бюджета на НЗОК за лекарства до момента**

***Това заяви зам.-министърът на здравеопазването Жени Начева***

60 милиона лева е преразходът в бюджета на Здравната каса за лекарства до момента. Това заяви след заседание на Надзорния съвет на НЗОК зам.-министърът на здравеопазването Жени Начева, информира БНР.

"На този етап дефицит се очертава в едно направление – това е разходите за лекарства. Ние планирахме още в началото на годината дефицит по отношение на разходите за лекарства, но сме набелязали необходимите мерки, без да има напрежение заради тези темпове на ръст", каза още зам.-министърът на здравеопазването Жени Начева.



**28-29.07.2018 г., с.2-3**

***Мистериозно***

**Изчезна хапче №1 за полова мощ**

***Пациенти се опасяват, че „Левитра“ е спряна заради опасна съставка. От здравните организации предполагат, че става дума за спекула с реекспорт***

***ПОВОДЪТ***

*На родния аптекен пазар пак властва хаосът. Този път заигравката не е с цените, а с липсата и съмнението за качество на някои лекарства, което изправи на нокти хиляди пациенти. От месеци е спрян вносът на Проставазин, на който разчитат болни от съдови заболявания. Изчезна и средството за мъжка полова сила Левитра. Наскоро избухна скандал с лекарство за сърце и кръвно с обвинението, че активната му съставка валсатран е канцерогенна. В същото време хора с проблеми със слуха стават жертва на тарикати, които им пробутват билково олио за панацея. Същото не се предлага в аптекната мрежа, а се доставя по заявка на адрес. И за да е по-сочна зарибявката, търговецът го е пуснал на промоция. Екип на „Марица“ установи каква е истината за изброените продукти.*

Най-популярното хапче за полова мощ изчезна от пазара в България. Лекарството не е налично в нито една аптека, а фармацевтите не знаят повече от клиентите си по въпроса. Няколко аптекари от града под тепетата коментираха, че нямат информация дали медикаментът „Левитра“, който подпомага ерекцията, е бил спрян от производство. Не е известно също дали е изчезнал от мрежата заради проблем е неговото качество, как-то наскоро стана с лекарство за кръвно налягане и сърце, нито пък е открито някакво негативно влияние върху здравето на хората, които го използват.

Проучване на международна здравна организация показва, че най-малките разфасовки от „Левитра“ са спрени в САЩ в средата на май. Оттам също не посочват причините. Но изрично упоменават, че не става дума за проблем с безопасността или ефективността на продукта.

Докато в някои страни той се продава в опаковки от 30 капсули, у нас е в блистер с две, четири, осем или дванадесет таблетки. Цената му е от най-високите за подобни продукти - 4 таблетки от 10 мг струват около 40 лева. В Изпълнителната агенция по лекарствата не доумяват защо хапчетата за мъжка сила липсват в аптечната мрежа, при положение че фирмата, която държи правата на медикамента за България, не е съобщила за някакъв проблем с производството и доставката.

Усилено се говори, че точно с този вид виагра се прави реекспорт за Турция и Гърция, затова липсва в аптеките в България. Възможно е да се изнася и за Западна Европа. Както наскоро „Марица“ писа, в Германия бе установен контрабанден внос на виагра от България. Полицаи бяха спипали огромно количество, скрито в бус на пловдивска транспортна фирма. Шофьорът се отърва с 1000 евро глоба и бе пуснат по живо-по здраво.

**24 часа** 30.07.2018 г., с. 16-17

**Д-р Дечо Дечев шеф на Националната здравноосигурителна каса**

***Ще се борим за съпоставимост в цените на медицинските изделия - да не са по-скъпи от тези в ЕС***

Правилният модел за здравно осигуряване е надграждащият - той гарантира равнопоставеност за всички

**CV**

- Роден на 21 март 1955 г. в Казанлък
- Завършил отоларингология в МУ -София
- Преминал курсове по „Основи на болничното лечение“, „Анализ, прогнозиране и управление на болничния капацитет“, „Болнични информационни системи“, „Здравна политика и обществени комуникации“ и др.
- От 2001 до 2004 г. заема ръководни постове в НЗОК и „Софарма“
- От 2008 до 2015 г. е директор на УМ-БАЛ „Св. Иван Рилски“. Поема поста повторно през 2017 г.

**Йоана Русева**

- Д-р Дечев, изборът ви за шеф на Националната здравноосигурителна каса вече е факт. Какво следва?

- Започваме да прилагаме в действие приоритетите, които изложих при представянето на концепцията си в парламента. Там нещата бяха в общ план, затова обявих, че до 3 месеца всичко ще бъде изложено в детайли. Краткосрочните ми намерения са свързани с промени в нормативната уредба, касаеща дейността на здравната каса. А при дългосрочните концентрацията ще бъде върху лекарствата, лечението в чужбина и контрола.

Основен приоритет ще е контролът. Не може институция, която се разплаща в такива големи обеми, да бъде лишена от ефективен контрол. Решението по-голямата му част да бъде изведена в агенция „Медицински одит“, във времето доказва, че не е правилно.

Предложил съм да се засилят правомощията на касата в областта на контрола и да се търси действително ефективност от него. Дали ще се реши „Медицински одит“ като щат и дейност да бъде прехвърлена към касата, е политическо решение. Но при всички положения, ако това не се случи, ще се засили дейността на контрола в рамките на щата, който има централното управление.

Предложението ми касаеше и редуциране на служителите, които са над 2000 в цялата система. Част от тях да бъдат пренасочени в контролната дейност, като в рамките на сега съществуващия бюджет да има възможност да се повишат възнагражденията им, за да бъдат мотивирани и да работят по-ефективно.

В областта на лекарствата ще заложа на въвеждане на принципа ефективност и ефикасност. Преведено това означава да има обвързаност между ефективност, т.е. клиничния резултат от лечението, с разходите за него, т.е. с тяхната ефикасност. Когато няколко терапии постигат едни и същи резултат, касата ще финансира тази, която е най-ефикасна, т.е. с най-ниска цена.

Същият принцип трябва да бъде приложен и при медицинските изделия. Там основно ще се заложи на това, когато НЗОК обявява договаряне за тях, да се залага на критерия качество. Да не бъде приоритет цената.

Кандидатите ще трябва да приложат доказателства, че тези медицински изделия се използват на територията на Европейския съюз.

Ще се борим да постигнем и съпоставимост в цените им - да са същите като в ЕС. Това е трудно като реализация, но не е невъзможно. Ще има съпротива от страна на фирмите, които ще дават обяснения, че сме малък пазар и като такъв цената трябва да е по-висока, но ще направим всичко възможно българските пациенти и касата като платец да не заплащат цени, по-високи от тези в други европейски държави.

За лечението в чужбина пък принципът трябва да бъде, че когато то може да се извърши у нас, трябва да се дава приоритет. Тези дни разписах няколко протокола за лечение в чужбина и бях изненадан, като видях, че в част от тях единствените мотиви за това са, защото лечебното заведение не е провело процедура по Закона за обществените поръчки за нужното медицинско изделие или лекарство. В същото време ЗОП позволява за случаи, при които е възникнала необходимост, да се проведе процедура в много кратки срокове.

Публично известно е и, че огромна част от средствата, които заплаща НЗОК за лечение в чужбина, са за дейности, които не касаят пряко лечението на пациента, а логистика, придружители, престой в болницата. На практика, екипът, който е пряко зает с това, получава минимален процент от сумата. Ако наистина има дейности, при които нямаме достатъчно опит и капацитет, не е ли по-правилно екипът, извършващ дейността, да идва в България? Ще получи същия хонорар, но той ще е много по-малка част от това, което плащаме в момента.

- Обяснете по-подробно идеите си в лекарствената политика.

- Принципът на един национален фонд е да осигури главно две неща. Едното е на входа на системата да има солидарност, което е изпълнено - всички внасяме определен процент вноска. На изхода на системата обаче, когато няколко осигурени лица с една и съща диагноза трябва да получат медицинска помощ, това не е така. В момента НЗОК плаща различни суми за едно и също лечение в зависимост от терапията, която е предписана. Ако имате избор между 3 терапии за 800 лв., 1000 лв. или 5000 лв., касата ще ги плати и трите. При положение, че се поема напълно и евтиният, и скъпият метод, този, който избира начина на лечение, на практика няма стимул да предложи по-евтиното, което постига същия ефект, но може да бъде мотивиран по някакъв начин от фирмата, предлагаща по-скъпото лечение, и да приложи него. Това нещо трябва да се

промени. Прилагайки това, което предлагам, ще се намали значително корупционният риск, който сега масово съществува.

Друга посока в промяна на лекарствената политика е да се използва налична база данни за връзката между ефективност и ефикасност.

Други държави, борейки се за това да има пряка връзка между резултат и цена, са създали институти, които се занимават само с това и успяват да понижат цените. Ако вземем препарати за лечение на повишено кръвно - има един на пазара, но в същата група кандидатства нов продукт с цена два пъти по-висока от тази, която е в момента и претендира, че е по-ефективен. Въпросният институт на база огромна информация обединява всички налични данни и доказва, че ефективността на новия продукт е с 5% по-голяма от тази на наличния, което означава, че и цената не може да е повече от 5% по-висока. Така понижават цената, но на база обективни доказателства. Цялата тази информация е публична. Трябва само да решим да я прилагаме.

- Тук попадат и скъпите терапии за онколение. Къде остава персонализираната медицина, която е особено важна за тези пациенти?

- Ако разделим лекарствата на генерични и оригинални, е публично известно, че разходите в това перо се увеличават основно в групата на оригиналните. В другите държави 80% от разходите са за генерици и 20% за оригинални, а в България обратното. При самите оригинални лекарства според отчета, който гледах за 2017 г., огромният ръст е в онкологията, а не за заболявания като множествена склероза, хепатит и др.

Има ръководства за лечение в онкологията, които са международно утвърдени. В тях пише, че при дадено онкозаболяване стандартът за лечение включва първа, втора и трета линия според стадия, в който е болният. За всеки стадий е ясна и терапията - стандарт, приет от дружеството на онкологите на европейско и световно ниво. Това е утвърденото за лечение и би трябвало да се спазва от всички онколози, които прилагат тази терапия.

Не отиваме до крайности да ги задължим да лекуват според написаното, даваме им свобода, но когато остойностяваме терапията, ще се базираме на молекулите, посочени в стандарта. Ще остойностим това лечение, което, пак повтарям, е по международно утвърдени стандарти и така всеки пациент с конкретната диагноза ще получава едно и също финансиране на лечението му. Здравната каса не е лечебно, а финансиращо заведение и задачата му е да финансира еднакво всички осигурени лица. В рамките на сумата, която е остойностена, лекарят има право да избира лекарства, които, ако превишават сумата, пациентът или дори болницата ще има право да доплати.

- Казахте редуциране на персонала, а при представянето си в парламента споменахте и намаляване на регионалните здравни каси. Каква е идеята ви?

- Организацията на работата на здравната каса в сегашния ѝ вид не е променяна от създаването ѝ през 2000 г. Тогава е преценено, че трябва да има 28 регионални и една централна здравна каса. Това е било оправдано, тъй като технологиите са били на много по-ниско ниво. Ролята им е била да събират отчетите на болниците, личните лекари и всички други изпълнители на медицинска помощ. Сега, когато технологиите са напреднали и е възможно тези отчети, а и плащанията да са в електронен вариант, много голяма част от дейността на районните каси се обезсмисля.

А и с годините се губи ефективността на контрол, защото се създават контакти между контролиращите и тези, които са обект на контрол.

Концентрацията в по-малък брой регионални здравни каси, но със засилване на експертността на хората, които извършват контрол, биха дали много добър резултат. Още 2005 г. се обсъждаше вариант за 7 каси - по три в Северна и Южна България и една в Централна. Около 2010 г. също се заговори за това. Може би честите смени в

ръководството на касата и на министерството са били причината да не се случи, но мисля, че сега това е абсолютно актуално и моето предложение е такова.

- Сред идеите ви е и обединяване на структурите, разрешаващи лечение в чужбина. Имате ли подкрепа?

- Има 3 места, които изпращат хора за лечение в чужбина - това са комисията към здравното министерство, фондът за деца, който също е към МЗ, и комисията в здравната каса. Смятам, че трябва да са на едно място, защото сега всяко едно провежда собствена политика и има отделни бюджети, което създава предпоставки за некоректни действия. Обединението, както и къде ще бъде мястото, е решение на министерството.

Още първите дни поисках справка по профили на заболяване и колко лица за 5 г. назад са изпращани в чужбина. Трябва да се знае, че разходите вървят по две направления - планово лечение с формуляр S2 и други разходи, плащани по линия на Европейската здравна карта, които не са малки. Големият парадокс е, че формулярът, който пристига към НЗОК за плащане от чуждия фонд, не показва никъде конкретната дейност, която е извършена и кой я е извършил. Ще настояваме за достъп до тази информация, защото е възможно от дадени региони да идват прекалено много искания за плащания. Вторият парадокс е, че се плаща по цените на държавата, в която е извършена помощта. Между тях обаче има несъпоставимост, защото за една и съща дейност се плаща различна сума и в повечето случаи ние плащаме повече, отколкото чужда каса би платила за неин пациент у нас. Ще е много трудно, но трябва да положим всички усилия, за да избегнем до минимум да плащаме за дейности, без да знаем какви са и кой ги е извършил.

- Какво е мнението ви за диагностично свързаните групи?

- Идеята за диагностично свързани групи върви, откакто съществува касата. Позитивът им е, че в ценообразуването им се калкулират и придружаващите заболявания на болния. Минусът е, че това натоварва системата с допълнителни разходи.

Ако една клинична пътека сега струва 500 лв., при диагностично свързаните групи за някои пациенти касата пак ще плати 500 лв., но за други 700 и дори 1000 лв. в зависимост от придружаващите заболявания. Този процент, средно калкулиран, няма да бъде по-малко от 30%, т.е. ако в момента плащаме 100 единици за клинични пътеки, те ще станат 130 и тук вече е въпросът тези 30 как се прогнозира и откъде идват.

- Кой вариант за нов здравноосигурителен модел е най-подходящ според вас?

- Правилният модел според мен е надграждащият, т. е. НЗОК да остане финансиращ орган в рамките на сегашните 8% за всички осигурени лица. Всеки един ще бъде гарантиран с базова терапия в рамките на основния пакет. От него обаче ще се извадят т. нар. бутикови дейности и терапии, които ще минат в допълнителен пакет. Дали той ще бъде задължителен или доброволен е политическо решение. Според мен трябва да е доброволен и пациентът да прецени дали ежесечно да внася някакви допълнителни суми, или да плаща кеш, когато му се наложи. Това означава в основния пакет да е заложена операция на херния и всеки един да има право, осигурявайки се с тези 8%, да бъде опериран. Ако пациентът желае да му се приложи „бутикова“ процедура чрез роботизирана хирургия като апарата „Да Винчи“ например, ще трябва да доплати. Сега това не се прави и лечебните заведения, които имат апаратурата, са в по-изгодно положение от-колкото други.

Идеята е 8-те процента да гарантират еднакъв достъп на входа и на изхода. Оттам нататък, който желае нещо допълнително, ще трябва да доплати.

- А идеята за частни каси?

- Има идеи в рамките на тези 8% да се позволи всеки да избере фонд, в който да ги внася. Големият минус там е, че такива частни осигурители вече са запознати с



целия здравен статус на населението. Това е публична тайна. Във времето по един или друг начин те са получавали информация и има реална опасност да пресяват клиентите си, като привличат по-млади пациенти с по-малко заболявания. Тогава в НЗОК ще останат главно пенсионерите, които се осигуряват най-ниско, но черпят повече от 2/3 от ресурса ѝ, а постъпленията от тях няма да стигат, за да се покрият разходите. Освен това по закон НЗОК няма право на печалба и няма стимул да плаща по-малко. На частния фонд обаче това му е целта - да печели. Колкото повече събере и по-малко изразходи, толкова по-добре.

- Казвате, че под влияние на лобитата разходите за лекарства и болнична помощ тази година ще се изравнят, а трябва да са в съотношение 1:2. Как ще се справите?

- Убеден съм, че ако голяма част от това, което предлагам, се въведе като принципи на работа в касата, тези неща ще влязат в рамки.

С планирането на новия бюджет ще предложи да има процентно разпределение на разходите по пера - за болнична, извънболнична помощ и лекарства, и да не може да се прехвърлят суми от едно перо в друго. Тогава ще има финансова дисциплина и ще се знае, че бюджетът за лекарства към 1 януари трябва да стигне до 31 декември. Задължение на екипите ще е да направят такива правила за работа в даденото перо, че парите да стигнат.

Ако това не се случи, значи този екип не си е на мястото. В това ще бъдат включени и директорите на РЗОК с конкретни ангажменти. Ако параметрите се спазват на ниво региони, няма как да не се получи правилният резултат и на централно ниво.