

- Какво според вас е решението?

- Държавата да започне да плаща в пълен размер и редовно здравните вноски на тези, които осигурява. От разчетите в последните години виждаме, че 2,5 млн. българи и техните работодатели плащат по 100 млн. лв. повече за здравни осигуровки годишно. В същото време средствата, които държавата дава за здравето на групите, за които е отговорна, стоят заковани на 941 млн. лв.! Това е абсурд. Не растат ли заплатите в армията, в полицията, в държавната администрация, в съдебната система? Може ли да се плащат по 8 евро за здравето на дете месечно? Каква превенция, здравеопазване и стимул за раждаемост е това?

- Въпроси все за финансовия министър. Ще го попитате ли кога държавата ще стане изряден платец и така в сектора да влязат поне още 500 млн. лв.?

- Че даже и повече. Това става ясно от справки на бивши финансови министри, които са ни обяснявали върху каква основа държавата осигурява групите, за които е длъжна да го прави. А съгласно подписаните предизборни споразумения с БСП и ДПС, ние от БЛС настояваме за среща с ръководствата на двете управляващи партии. Имаме отговор единствено от ДПС, от БСП - не. Но не е от нежелание - очаквам идната седмица тя да се организира. Поискахме официално среща и с премиера, и с финансовия министър.

Също нямаме отговор. Ако срещите не се състоят, това ще е очевиден отказ да се обсъждат проблемите в системата.

- На този фон какво да очакваме от здравеопазването догодина?

- Ако актуализацията от 150 млн. лв. не се добави към бюджета за догодина, най-вероятно дефицитът през 2014-а ще е над 250 млн. - до 300 млн. лв. Да вземем сметките от настоящия момент - за онкоmedикаментите бяха заложили 90 млн. лв., те вече стигнаха разход от 180 млн. лв., а най-вероятно до края на годината ще станат 200 млн. лв. Ако и за догодина се осигурят 90 млн. лв., само по това перо дефицитът ще е 120 млн. лв., тъй като предстои да навлизат и нови лекарства за реимбурсиране. Още нещо: в последните няколко години разходите за медикаменти са се вдигнали 7-8 пъти, докато за медицинските грижи повишението е от около 10%. Затова няма как и догодина да не пицим, че няма талони, че няма достатъчно направления за изследвания. За тях за 2013-а бяха разчетени 6 млн. лв. повече, а се оказа, че допълнително са нужни над 12 млн. лв. Още един дефицит. По всички тези причини не мога да разбера каква е тази изненада в края на годината, че като си предвидил условно разходи за 500 млн. лв., а си осигурил 300 млн. лв., парите не стигат. Ами то е пределно ясно! Явно обаче кризата повторно ще се развие и догодина. Този път обаче очаквам още по-сериозен дефицит. Затова смятам, че трусовете ще започнат по-рано - през август-септември 2014 г., тъй като се бяга от решаването на проблемите в сектора. Същата история наблюдаваме сега с потребителската такса. За пенсионерите тя ще стане 1 лв., а разликата от 1,90 лв. ще плаща Министерството на здравеопазването. За целта ще му бъдат дадени допълнително 60-70 млн. лв., които ще дойдат от данъци чрез държавния бюджет. Тези 70 млн. лв. спокойно можеха да покрият нуждите при онколекарствата, вместо да отидат за една чисто популистка цел. Ако задачата е да се подобри статусът на пенсионерите, много по-разумно е всички пенсии да се вдигнат с 5 лв. месечно. Така всеки от тях ще си плаща поне една потребителска такса. А тъй като не всички ходят всеки месец на преглед, дори ще им останат пари за кисело мляко и хляб, ако властта наистина да иска с нещо да помогне на възрастните.

- Потребителската такса е спиращ механизъм в целия ЕС за ненужните посещения при лекаря. И у нас някои стари и самотни хора отиват при джипито само за да си поговорят с него и с надошлите пред кабинета му.

- Да, намаляването на потребителската такса ще доведе до злоупотреби и разхищения в системата. В момента, в който стане 1 лев, ще нарасне броят и на изследванията, и на прегледите и консултациите и те ще доведат до още по-големи харчове в сектора. Т.е. търси се популистският ефект, без да се прави сметка какво следва.

- А опашките пред кабинетите за останалите пациенти...

- Ще се удвоят и ще се случва така, че човек, който наистина е болен, трудно ще има достъп.

- Как вървят преговорите с НЗОК за цените на клиничните пътеки догодина?

- Тази година подходът е малко по-различен. На събора на БЛС днес, утре и в неделя параметрите на Националния рамков договор ще бъдат предварително обсъдени, включително цените и обемите на клиничните пътеки. С този готов документ ще отидем в НЗОК, за да го предложим за база за преговорите. Разбира се, не ултимативно, но се надяваме голяма част от исканията ни да бъде удовлетворени, защото желанията на колегите са съвсем умерени. Не стоим зад невъзможни неща или абсурдни цени за България. Да подчертаем, че по принцип плащаните стойности у нас за всяко лечение са 1/10 от тези в останалия ЕС.

- За по-високи цени на кои пътеки ще настоявате?

- Само 34 клинични пътеки от вече близо 330 са достигнали нужното финансиране.

Всички останали са недофинансирани. В такова положение е и извънболничната помощ, особено за образна диагностика, а това значи, че е невъзможно да се направи инвестиция в нова и модерна апаратура. Не очакваме, че през новата година ще се достигне ръст и ще се наложат цени, които напълно да покриват разходите. Категорично обаче трябва да се повишат с 5-10% плащаните стойности за пътеките за тежката хирургия, педиатричните, АГ заболяванията и раждането.

Но предварителните данни за проектобюджета на касата, които имаме, сочат, че като че ли такава възможност няма. Да не говорим, че няма да се изпълни ангажиментът, поет с предизборното споразумение с управляващите партии - дейностите, прехвърлени към касата, да се върнат в МЗ. Защото ваксините нямат никакво място в касата, те са национална програма и са грижа на държавата.

- Отново се повдига темата за демонополизацията на НЗОК. Ще получава ли българинът по-добро лечение с още една частна каса или с въвеждането на здравни фондове?

- Дали фондовете да работят с 2 процентни пункта от осигуровката, а касата с 6 на сто, обратното или други измишльотини, това с нищо няма да промени ситуацията. А ако се появи дори само още една каса и тя е равностойна на националната, къде и как ще се избира кой да осигурява 4,5 млн. души? Как ще си разделят осигурените? Пак казвам - при същите средства нищо няма да се подобри! Да, твърди се, че частната каса ще наложи по-добър контрол. Само че ето какво ще се случи - тя ще има административни разходи поне 5-10%, поне още 5 до 10% ще трябва да е печалбата ѝ, защото участникът няма причина работи без нея.

- Което означава?

- Това означава, че ако здравната вноска остане 8%, както е в момента, автоматично 1 процентен пункт ще отива за това, което посочих преди малко. Т.е. реално фондът ще оперира с по-малко пари, а те и сега са напълно недостатъчно. Единственото решение е да влязат допълнителни средства в системата.

Ние посочихме някои варианти за това. Т.е. пак топката е в държавата.