

ПРЕСКЛИПИНГ

2 октомври 2018, вторник

www.btv.bg, 01.10.2018 г. ТС "www.btv.bg" \f C \l "1"
<https://btvnovinite.bg/bulgaria/zdravnijat-ministar-doplashtaneto-za-zdrave-shte-bade-znachitelno-po-malko-ot-sega.html>

Здравният министър: Доплащането за здраве ще бъде значително по-малко от сега
Преди седмица здравният министър представи двата варианта за реформа в здравното осигуряване

„Узаконява се определено доплащане, но то е значително по-малко от това, което българинът е плащал досега” – така здравният министър Кирил Ананиев коментира един от предложените варианти за ново здравно осигуряване.

Преди седмица здравният министър представи двата варианта за реформа в здравното осигуряване. Първият предвижда демонополизация на осигуряването – НЗОК и застрахователите ще работят в конкуренция, като пациентът ще решава къде да отиде 8-процентната му осигуровка. При вторият вариант, който търпи и най-много критики от БСП, задължителната здравна застраховка от 8% ще отива в НЗОК, а пациентите ще имат и задължителна застраховка към застраховател. Според разчетите на Министерство на здравеопазването тя ще бъде 12 лв. на месечна база.

Ананиев е категоричен, че въпреки тези допълнителни 12 лв., българинът ще плаща два пъти и половина по-малко отколкото дава сега „под масата”.

От БСП заявиха, че ще внесат трети пореден вот на недоверие срещу правителството, този път на тема здравеопазване, защото предложенията изключвали социално уязвимите групи. Корнелия Нинова нарече този модел на реформите „държавен геноцид”.

„Възрастните хора нито до този момент са давали задължителни здравни осигуровки, нито в бъдеще ще дават. Техните внуци и правнуци – децата, няма да дадат нито един лев за тази задължителна застраховка. Хората, които са изпаднали в състояние на безработица или са социално слаби също няма да платят и един лев”, категоричен е Ананиев.

Той допълни, че въпросните 12 лв., които ще бъдат „спестени” на уязвимите групи, ще бъдат платени от държавния бюджет.

Ананиев уточни, че тези 12 лв., които всички останали ще плащат на месечна база, ще отиват в лична партида. Всеки пациент сам ще може да избира как да се разплаща с тези пари.

Здравният министър уточни, че ще бъде създадена и нова комисия, която да следи как се разходват парите. „Предвиждаме нов контрол, който ще събере финансовия контрол и медицинския, защото практиката показва, че ако няма интегриран контрол на системата, резултатите не са добри”, поясни Ананиев.

Той уточни, че новият орган ще се избира от Министерски съвет.

www.dnevnik.bg ТС "www.dnevnik.bg" \f C \l "1", 01.10.2018 г.
https://www.dnevnik.bg/evropa/evrofinansirane/oblasti/zdraveopazvane/2018/10/01/3319310_chrez_novata_zdravna_vnoska_shte_se_plashta_dva_puti_i/

С новата здравна вноска щяло да се плаща 2.5 пъти по-малко, отколкото "под масата"

Чрез новата здравна вноска ще се плащат 860 млн. лв. на година, което е два пъти и половина по-малко, отколкото досега се плаща "под масата". Това коментира здравният министър Кирил Ананиев в ефира на Би Ти Ви.

"В момента българинът плаща над 3.5 млн. лв., като половината от тях са легитимни. Те са свързани с финансиране на дейности, които не са включени в основния пакет, който финансира държавата. Чрез новия модел 864 млн. лв. ще влязат легално в системата, с които ще се помогне за модернизацията", каза той.

По отношение на клиничните пътеки министърът добави, че в момента над 84% от клиничните пътеки са до 700 лв. По думите му новата такса от 12 лв. ще бъде в сметка със спестовен характер, която ще може да се използва както за нуждите на пациента, така за неговите близки. Той не уточни как точно ще стане това, защото е предвидено за по-късен етап на реформата. Ананиев беше категоричен, че нито пенсионерите, нито внуците им, нито социално слабите ще плащат вноската. По този начин отговори задочно на обвиненията на опозицията за "геноцид" и искан вот на недоверие.

"Предвиждаме качествен нов интегриран контрол – финансов и медицински. Предвиждаме създаване на специален орган за контрол към министъра, членовете ще се избират от Министерския съвет. В закона ще бъдат записани функциите на тази комисия", каза той. Според него конкуренцията вътре в системата ще доведе до по-ефективно разходване на средствата. "Ще водим дебата, докато не получи голяма подкрепа, за мен изборите не са критерий за реформата", съобщи министърът.

www.news.bg TC "www.news.bg" \f C \l "1", 01.10.2018 г.

<https://news.bg/health/ivan-dimitrov-nzok-da-kontrolira-kachestvoto-a-ne-finansite.html>

Иван Димитров: НЗОК да контролира качеството, а не финансите

Надежда Динева

"Нито единият от двата модела не е добър, поради простата причина, че за демонополизация на касата говорим от няколко години. Нито едно правителство, нито една партия не е проявила абсолютно никаква политическа воля **това да се случи, аз съм категоричен, че и сега няма да се случи**". Това заяви за news.bg Иван Димитров - председател на Федерация "Български пациентски форум" във връзка с [предложените от МЗ модели за реформа в здравноосигурителната ни система](#).

Като един от най-сериозните проблеми при допълнителното здравно застраховане Димитров посочва **хронично болните пациенти**. В цял свят хронично болните пациенти са приоритет на държавите си. **Според него нито един застраховател не би застраховал пациент с хронично заболяване.**

Той припомни последния случай, когато на заседанието на Надзорния съвет на НЗОК гласуваха за т.нар. "**цена на лечение**" за **тежки заболявания**, която Димитров нарича "цена на живот". С нея пациент с диагноза псориазис ще доплаща за своето годишно терапевтично лечение **по препоръка на лекар между 5 000 и 20 000 лева**. Държавата ще поеме само 15 000 лв. Според него, това по нищо не се различава от геноцид върху нацията.

"Аз, ако съм здрав човек и се застраховам, ще знам, че няма да имам проблем, но ако съм хронично болен и оставя държавата да се грижи за мен, аз знам, че това няма как да се случи.

По думите му, **допълнителни средства за здравеопазване не са необходими, нужен е контрол.**

Освен това държавата има ангажимент да плаща годишно здравните осигуровки на **осем групи българи** по Закона за здравното осигуряване. Така приблизително **300 млн. лева годишно не влизат в здравната система**. Димитров уточни, че за да имат всички здравноосигурени равен достъп до здравеопазване, държавата трябва да плати дълговете си от последните осем години на здравната система. По негови изчисления това са около милиард и половина лева за последните пет години. Така в касата ще постъпят средства, които да покрият разходите за всички хронично болни.

Димитров е на мнение, че никой не желае да има ясни правила в здравеопазването. При наличието на **електронна здравна карта**, според него, лечението на пациента може да се проследи и да се търси пряка отговорност.

"Моделът досега показва, че контролът на държавата върху здравеопазването вреди повече, отколкото помага на всеки пациент, защото не се контролира качеството на лечение, както е навсякъде по света, а се контролира единствено разходването на средствата", категоричен е Димитров.

"Трябва по еднакъв начин да бъдат лекувани здравите хора, които ще си заплащат след време, и тези, които са хронично болни. При нас този модел няма да съществува, защото **хората, които са платежоспособни, работят и си плащат осигуровките, стават все по-малко от тези**, които всъщност солидарният принцип трябва да ги пази", допълни председателят на пациентската организация.

Проблематична е и **липсата на доверие в здравната ни система**. "Недоверието в момента в здравеопазването кара всеки един да се съмнява дали правилно се случва нещо, включително дали един застраховател е по-полезен. Според Димитров идеята е обществото да се обезвери, за да не влезе моделът, който съществува в цяла Европа. **"Ако имаше политическа воля, отдавна щеше да се случи"**, посочи той.

Проблем е и това, че от **МЗ никой не е обсъдил със застрахователите въвеждането на такъв модел в България**. "А те от години искат да въведат такъв вариант, никой не им го позволява. Как изведнъж днес става?"

По данни на **СЗО Холандия е страната с най-добре функционираща здравна система в Европа**. Държавата изпълнява функциите на регулатор и контролиращ орган, а медицинските услуги се предоставят от частния сектор. Системата се финансира от фиксирана премия, която гражданите плащат на здравен фонд, и здравна осигуровка в размер на 6,5% от месечния доход. При хората с ниски доходи държавата поема част от фиксираната премия, като по този начин гарантира равния достъп до здравеопазване.

"Холандия преди повече от 10 години имаше същия модел като нас, тогава се видя, че той е тотално неефективен, болниците спряха да бъдат търговски дружества, появиха се няколко вида осигурителни фондове и в момента от 4-5 години това е най-добрият модел в света", подчертава Димитров.

Той смята, че държавата трябва да спре да администрира здравеопазването, да **позволи конкуренция**, лечение по добра медицинска практика и да спре задълженията на лекарите да изписват **по-евтини лекарства по Позитивния лекарствен списък**, тъй като по този начин **животоспасяващи лекарства изчезват от българския пазар** и се налага да бъдат заменени с алтернативни медикаменти на по-ниска цена, които не винаги се оказват правилните за ефективното лечение на пациентите.

"Това, което се опитват МЗ и Надзорният съвет на НЗОК да направят, е връщането ни години назад, когато имаше листа на чакащи пациенти, което само по себе си означава,

че нашето здравеопазване ще има лимити и ще бъдем лекувани с най-евтиното, без значение дали то е ефективно по световната или европейската медицинска практика", обясни Димитров. Той очаква все повече българи да започнат да се лекуват в Европа в търсене на по-качествено лечение.

"Най-важното, което трябва да се случи, е ние, като хора, да спрем да бъдем толерантни. Не е необходимо да измисляме нищо ново, то съществува. Трябва да се въведе правилното администриране на здравеопазването, а не изгодното за някого и да има контрол върху дейността и качеството на медицинската услуга", посочи Иван Димитров.

Според председателя на "Български пациентски форум" преди да се премине към реформа в здравеопазването, здравната каса трябва да бъде раздържавена и друг министър да оглави Министерство на здравеопазването. Той подчерта, че държавата трябва да започне да си плаща всички задължения и да вмени на касата, като обществена институция, контрола върху лечението по медицински критерии, а не по финансови.

След като това се случи, може да се допуснат на пазара и застрахователите. Това, според него, ще върне доверието на хората в системата и те ще започнат да си плащат всички застраховки.

VINF 13:58:01 [01-10-2018](#)

RM1357VI.026

Корнелия Нинова - коментари

БСП започва от днес да работи по мотивите за вота на недоверие срещу правителството

София, 1 октомври /Валерия Димитрова, БТА/

От днес започваме да работим по мотивите за вота на недоверие срещу правителството, като на група ще обсъдим всички подробности по вота, каза пред журналисти лидерът на БСП Корнелия Нинова.

За да тръгнем да събираме подписи, трябва да предоставим нашите аргументи за мотиви за такъв вот, допълни Нинова и отбеляза, че мотиви има достатъчно и хората го знаят, но здравеопазването е може би системата в най-тежко положение.

По отношение на предвидената реформа в здравната система, Корнелия Нинова каза, че от БСП не одобряват това, че от хората ще се изисква да внасят допълнително пари под формата на здравна застраховка, а ще получат същата услуга с ниско качество и няма да имат достъп до болници. По думите ѝ досега доплащането се предоставяше под масата, а сега това става узаконено престъпление. В здравеопазването има достатъчно пари, просто се източват, крадат и няма контрол, каза Нинова и допълни, че не са върнати и онези милиард и половина, които "Дянков е прибрал от здравната каса и е вкарал в бюджета".

Според лидера на БСП средства има, необходим е друг начин за разходването им, като този начин се предлага от партията във "Визия за България", където е заложен качествено различен модел на здравеопазване. Ще изложим тези аргументи и по време на вота на недоверие, допълни Корнелия Нинова.

По думите на Нинова БСП има критики освен към предложенията за здравна реформа, и към цялостното състояние на системата. Има множеството закрити общински болници - в големи райони хората в страната нямат достъп до здравеопазване и пътуват по 80 километра за раждане, което е абсурдно, каза още Нинова. Според нея не може и всяка болница да си прави търгове, от което се качват цените на лекарствата. Нашето предложение е държавата в лицето на МЗ да направи централен търг за всички болници,

като така ще се намалят цените, защото се поръчва по-голямо количество, каза Нинова. От БСП предлагат и ресурса от здравната каса да се ползва от държавните и от общинските болници, частните, ако искат да са търговски дружества и да развиват търговска дейност, да си създадат частни фондове.

Вотът е срещу правителството и цялостната им политика в областта на здравеопазването, каза Корнелия Нинова в отговор на въпрос дали този вот е насочен само към министър Ананиев, който е от шест месеца на поста. "Но господин Ананиев беше и зам.-министър на финансите, интересно е, че неговият екип тогава прибра парите от здравната каса, а сега очакваме като здравен министър да поиска от финансовия да ги върне, допълни Нинова.

В отговор на въпрос дали приема критиката на Цветан Цветанов, че от БСП създават напрежение, а не предлагат нищо, Нинова каза, че спира да коментира Цветанов. Вече имах повод да кажа, че ще разговаряме и отговаряме само на хора, които са прочели "Визия за България", иначе няма смисъл да си губим времето, допълни тя.

В отговор на друго питане Нинова каза, че в петък е станало ясно, че без гласовете на ДПС ще се разпадне парламента. Тя допълни, че изпитва жал към Патриотите, които от думите "Ще изтрием винаги ДПС от властта" са стигнали до положение да се молят на депутатите от ДПС, за да съществуват и да участват във властта, което по думите ѝ е най-малкото безпринципно.

По отношение на неприсъствието в парламента на всички депутати от БСП, Нинова каза, че и така от партията могат да следят политическия живот. Тя допълни, че 20 души са в парламента и са достатъчно активни както да защитават позиции на БСП за България, така и да критикуват грешни решения на управляващото мнозинство. По думите ѝ много полезни са се оказали срещите в страната, като досега са се включили над 5000 души -специалисти, експерти и има огромно количество предложения по "Визия за България", които ще се конкретизират в окончателния вариант през декември. Това е другият начин за правене на политика - да се търсят идеи от много хора извън нас, не само партийна платформа, особено по надпартийни теми като демографска катастрофа, образование, здравеопазване, каза още Корнелия Нинова.

www.capital.bg ТС "www.capital.bg" \f C \l "1", 01.10.2018 г.
https://www.capital.bg/biznes/kompanii/2018/10/01/3205675_nai-golemite_farmaceutichni_kompanii_po_tradiciaa_s/

Най-големите фармацевтични компании: По традиция с двуцифрения ръст
Продажбите на лекарства отново се увеличават, нагоре са и приходите на лидерите в сектора. И двата показателя растат с 11%

Десислава Николова

Двуцифрените ръстове в продажбите в стойност обикновено имат различни обяснения. 2017 година е поредната, в която фармацевтичният пазар в България се ускорява - ръстът в приходите от продажби е 11% в стойност по данни на световната организация IQVIA. През миналата година само продажбите на лекарства по цени на едро, без аптечните надценки от около 15-20%, се изчислява на 3.164 млрд. лв. Точно с 11% растат и приходите на най-големите 15 компании в сектор фармация (вижте таблицата тук). В класацията обаче влизат и чуждестранни и български търговци, както и производители, най-често с фокус външни пазари.

Десет от 15-те дружества в класацията са търговци. А вътрешните продажби пак растат, движени от онкологичните лекарства (със скок от 14%), грипните епидемии и като цяло – непосредствените нужди на множество хронично болни пациенти. Това, както и

консолидацията в сектора, са причина за продължаващия забележим ръст в продажбите на фармацевтичните компании в подреждането.

Отново почти всички компании в класацията са печеливши, като средната рентабилност от над 8% е по-висока от тази в останалите сектори. По-висок марж на печалбата традиционно имат производителите.

Традиционен лидер

На първо място за поредна година е търговецът на едро с лекарства "Софарма трейдинг", която има продажби от 685 млн. лв., с около 25 млн. лв. повече от втория в класацията и със 150 млн. лв. от третия. По приходи традиционно лидерските места се заемат от компаниите с най-големи обороти – търговците на едро с лекарства. По този начин в класацията попадат и смесено търговско-производствени компании като "Хювефарма", собственик и дистрибутор на ветеринарните заводи "Биовет" и няколко в чужбина, както и българският дистрибутор на "Ромфарм", през когото се фактурират продажбите от румънските заводи на групата за Русия и страните от ОНД.

От "Софарма трейдинг" коментират, че отбелязват ръстове вече за 11 поредна година от основаването ѝ.

"Искаме да променяме бизнеса, искаме да бъдем иноватори, да сме двигател на еволюцията в сектора. През 2017 г. следвахме стратегията си да диверсифицираме бизнес модела си в унисон с глобалните тенденции за вертикална и хоризонтална интеграция в сектора на грижа за здравето. Традиционните ни сегменти на аптечен и болничен пазар, от друга страна, ни осигуриха стабилен фундамент и ръст, за да можем да реализираме плановете си за експанзия в новите бизнес линии", коментира Димитър Димитров, изпълнителен директор на "Софарма трейдинг".

Той допълва, че миналата година е преминала под знака на динамична експанзия чрез сливания и придобивания. "Органичният ръст не е за нас, не може да ни осигури мащаба, който отговаря на нашия дух и характер. Така в първата половина на 2017-а обявихме както разрастването си в ритейла, придобивайки аптеки "Фармастор", така и първата стъпка към лидерската позиция в Сърбия или закупуването на мажоритарния дял в местния търговец на едро "Лековит", отбелязва Димитров. Той казва, че компанията е довършила изключително важен проект в сферата на дигитализацията за внедряване на SAP ERP система. Компанията притежава една от най-големите онлайн аптеки със същото име, както и реалната верига аптеки - "СОФармаси".

Все по-дигитални

Ръстът чрез дигитални технологии е част от стратегията и на втората компания по приходи в класацията. Както и предишната година, това е "Фьоникс фарма", българското дружество на германския паневропейски дистрибутор на лекарства. Председателят на съвета на директорите и управляващ директор Николай Колев отбелязва, че компанията разработва и софтуерни продукти, които са тясно свързани с управлението на фармацевтични обекти като складове на едро, аптеки и дрогерии, а със своя аптечен софтуер "Аптека Експерт" отново е пазарен лидер.

"Фьоникс" отново е на второ място по приходи от продажби, а според данните на IQVIA е лидер в доставките на лекарства с дял от 21.12% за целия местен пазар. В битката за лидерството по пазарен дял, която се води между четири основни доставчика на лекарства, които държат над 80% от доставките в България, "Фьоникс" за трета поредна година работи на загуба, за да инвестира в разрастването си, като през 2017 г. минусът е по-малък в сравнение с предишните години.

"Фьоникс фарма запазва своята лидерска позиция по пазарен дял сред търговците на едро с лекарства в България и достига 22.21% за април 2018 г. (общ фармацевтичен пазар), по данни на IQVIA. За 2017 г. нетните продажби на компанията на аптечния пазар се увеличиха с 8%, а тези на болничния пазар с 27%", коментира Николай Колев. Той

отбелязва, че през миналата година много добри резултати са отбелязали и останалите бизнес активности - логистични услуги и преддистрибуция, продажби на аптечен софтуер, продажба на данни и други маркетингови услуги.

Размяна на позиции

През изминалата година предишният четвърти в търговията на едро – дистрибуторът "Фармнет", е изпреварил по обороти "Стинг", като е отбелязал малко по-ниска печалба в сравнение с миналата година.

"Развиваме се устойчиво, имаме партньорски отношения с болници, търговци на едро и основните фармацевтични компании. По наши наблюдения ръстът на пазара като оборот идва най-вече от иновативните и скъпоструващи медикаменти и значително изпреварва ръста на броя продадени опаковки. За поредна година растем като оборот и сме доволни от развитието на компанията и реализираната печалба", коментира Веселин Марешки-син от "Фармнет". Компанията, основана от семейството му, притежава най-голямата верига едноименни аптеки - "Марешки", в България, в която участват 400 обекта. Те са и най-големите клиенти на дистрибутора.

Според Марешки-син търговията на едро с лекарства е зрял и значително регулиран пазар, затова е трудно да се внедрят нови disruptive практики, по-скоро Фармнет залага на подобряване на ефективността с въвеждане на нови технологични решения.

Той смята, че вълната на сделките – сливането на "Активис" и "Тева", сделката на "Софарма трейдинг" за аптеките "Фармастор", по-скоро е преминала и компаниите ще се съсредоточат върху интеграцията на новопридобитите бизнеси.

На фона на растящия бизнес в търговците на едро единственият дистрибутор, който продължават да бележи спад в приходите, е "Алта фармасютикълс" с 5% намаление. Компанията снабдява собствена верига аптеки, като през тази година купи най-големите аптеки от веригата "Адонис" в София.

Глобални ефекти

За разлика от дистрибуторите, при които първите две компании се движат с ръст, който следва общия пазар, във фармацевтичния сектор има само едно изключение през миналата година.

Това е "Балканфарма Дупница", заводът на израелската Teva. Мощностите в града са най-големите за производство на таблетни форми в Югоизточна Европа, но през 2017 г. не отбелязват ръст в продажбите. В края на декември миналата година Teva обяви глобално съкращаване на персонала с 25% и вероятно част от него се е случило и през миналата година в завода, чийто персонал намалява с 10%. Възможно е това да се дължи и на все по-малката нужда от човешка ръка в напълно автоматизирани процеси по производство на лекарства. В същото време търговската компания на Teva – "Активис", която предлага в България глобалното портфолио на компанията, след сливането е отбелязала ръст в продажбите над 23%.

Плод на консолидация на резултатите на придобитите дружества е и резултатът на "Санofi България" – френският концерн консолидира продажбите на иновативни лекарства, продукти за редки заболявания, бизнеса с ваксините и генеричната си дивизия, което води до ръст от 365%.

Ръст в продажбите отбелязва и ветеринарният производител в класацията – "Биовет", която изнася продукти за здравето на животните през компанията майка "Хювефарма", която има и други бизнеси.

Българският производител

Българската фармацевтична компания "Софарма" отбелязва двуцифрен ръст в продажбите през миналата година, като расте и продукцията ѝ, предназначена за износ. В страната за поредна година здравните фондове плащат предимно скъпоструващи оригинални лекарства и въпреки обещанията на всички политически партии не

провеждат прогенерична политика. Така компанията постига своя двуцифрен ръст във възможно най-неблагоприятна среда – липса на здравна реформа и политика, която да насърчава замяната на скъпи медикаменти с генерични, непрекъснато намаление на цените на лекарствата от регулаторите и ожесточена конкуренция с останалите генерични компании, като освен това увеличава и печалбата си.

Ръст по здравна каса

От класацията на фармацевтичните компании отсъстват дружествата от групата на швейцарския концерн Novartis, които не консолидират резултатите си. На ниво пазар обаче анализаторските компании за поредна година отчитат, че компанията продължава да бъде пазарен лидер, ако се обединят резултатите на оригиналното и генеричното ѝ подразделение заедно с дивизията за продажба на продукти за очно здраве. Именно иновативните лекарства на групата, както и на следващите компании в класацията, които се заплащат от здравната каса, са в основата на ръста.

Повече приходи отчита и другият швейцарски концерн – "Рош България", чиято основна продукция е в онкологичната област.

Макар и минимално GlaxoSmithKline също увеличава продажбите си в България, като през миналата година ръстът се дължи на иновативните терапии в областта на ХИВ и лечението на респираторни заболявания.

Изминалата година беше успешна за американската AbbVie, тъй като освен досегашните ѝ терапии здравната каса започна да покрива лечението на пациенти с хепатит С, за който компанията има лекарство. Българското звено всъщност дебютира в топ 15 на секторната класация.

Какво предстои в сектора

Трите компании в челото на класацията прогнозираят ръст в продажбите и през тази година. Според Димитър Димитров тенденциите имат няколко имена – глобализация, което означава консолидация, дигитализация и иновация. "Фарма индустрията, макар и според някои глобални проучвания да е един от секторите, които изостават от общия темп на навлизане на технологии и иновации, няма как да бъде подмината от новата дисруптивна вълна. Има няколко примера за навлизане на нови играчи и технологии, които ще променят облика на класическата грижа за здравето – Amazon, телемедицината, изкуственият интелект. Редица футуристи предричат, че една от професиите, които ще претърпи най-сериозна трансформация в бъдеще, ще бъде тази на здравните специалисти. Така че ние искаме да сме готови и да сме първите, които ще бъдат двигател на тази революция в сектора в нашия регион", казва Димитров.

Според Николай Колев фармацевтичният пазар в България ще продължава да расте и през 2018 г., но с по-слаби темпове от предходните години.

"Забавянето вече се усеща и през април за пръв път от много години пазарът на лекарства отбеляза спад от 2.8%. Основните тенденции от предходните години като ценова ерозия и намаление на маржовете на дистрибуторите, засилване на регулативната тежест и повишаване на изискванията за качество, консолидация на аптечния пазар и засилване на вертикалната интеграция на компаниите в сектора ще продължат и през 2018 г. Ако към това добавим и по-ниския ръст на пазара, предизвикателствата пред дистрибуторите ще продължават да нарастват", казва Колев, който допълва, че като част от глобална компания българското дружество разполага с ресурсите и знанията да продължи да се развива успешно в трудната среда.

"Фармнет" си поставя задача да расте в сегмент, в който до момента другите търговци на едро като "Софарма Трейдинг" и "Фьоникс" присъстват отдавна – болниците. "С всички

особености на болничния пазар наш проект е през тази година да се включим по-активно в него, тъй като досега не ни е бил приоритет", казва Марешки-син.

www.btv.bg, 01.10.2018 г.

<https://btvnovinite.bg/bulgaria/nova-ideja-globjavat-pacienti-pri-otkaz-ot-profilaktichen-pregled.html>

Нова идея: Глобяват пациенти при отказ от профилактичен преглед

Лекари и пациенти са против

Мария Ванкова

Обсъждат въвеждане на нова санкция за хората, които не ходят на профилактичен преглед. Идеята е част от предложенията за промени в осигурителния модел.

В момента профилактичните прегледи също са задължителни, но глобен пациент няма. Здравният министър предлага освен тази глоба, хората, които пропускат прегледа, да имат по-висока здравна вноска, както и да плащат повече за някои дейности.

Според пациентите по-висока здравна вноска за хората, които не ходят на профилактичен преглед, е мярка, която няма да проработи.

В момента Касата плаща различни профилактични дейности за деца, пълнолетни, бременни. Средствата, които е изплатила за 2017-та са малко над 56 млн. лв.

„Със санкция нещата не работят. Профилактичните прегледи ще добият интерес към гражданското общество в момента, в който се изпълнят с добро съдържание”, коментира д-р Атанас Пелтеков, общопрактикуващ лекар.

„За нас профилактичният преглед е много важен, ние ще разширим неговия обхват, за да даде точен здравен статус на всеки българин. Имайки предвид неговото състояние, да спрем натиска в болничната помощ”, посочи Кирил Ананиев, министър на здравеопазването.

От здравното ведомство заявиха, че допълнителни средства в извънболничната помощ ще се дават срещу ефективност на лечението и конкретни резултати, а не срещу отчетен преглед и записан пациент.

Доплащането за преглед, което и сега хората правят, ще се запази. Под въпрос е дали и как застрахователите ще покриват дейности от извънболничната помощ. Реформата предвижда да се заделят повече пари за дейности, свързани с долекуване и продължително лечение.

www.nova.bg, 01.10.2018 г.

<https://nova.bg/news/view/2018/10/01/228122>

Прекратиха поръчката за електронната здравна система

Решението е на Здравното министерство

Министерството на здравеопазването прекрати поръчката за електронната здравна система. Причината са констатирани нередности.

От министерството поясниха за NOVA, че това няма да забави изграждането на системата за електронно здравеопазване. Идеята на прекратяването на поръчката е била да се прецизира заданията. Нова обществена поръчка ще бъде обявена в кратки срокове. Припомняме, че само преди няколко месеца министър Кирил Ананиев заяви, че до края на 2018 г. ще бъдат въведени регистрите и електронната рецепта. За Министерството на

здравеопазването изграждането на националната здравна информационна система е един от основните лостове, с които да се ускори електронното управление в сектора. В момента се работи по изграждането на отделните модули на системата, като всеки един от тях е в различен етап на подготовка.

СТАНДАРТ 02.10.2018 г., с. 11-12

80 на сто от медсестрите и половината лекари са прехвърлили 50 години
На здравеопазването му трябват още пари и контрол
Нормално е за по-люксови услуги болниците да дават и по-високи цени, казва шефът на БЛС д-р Иван Маджаров

Д-р Иван Маджаров оглави Българския лекарски съюз през юни тази година. Пловдивският УНГ специалист бе избран за председател по време на 68-ия отчетно-изборен събор на съсловната организация. В годините д-р Маджаров е бил управител на болницата в Първомай, директор на пловдивската здравноосигурителна каса, председател на Българската болнична асоциация и управител на болница "Пълмед".

- Д-р Маджаров, какви са плюсовете и минусите от гледна точка на Лекарския съюз на двата варианта на здравноосигурителен модел, предложени от здравния министър Кирил Ананиев?

- За да стане ясно какви са плюсовете, трябва да кажем от какво страда системата в момента. Най-важното за мен от цялата презентация на министъра е, че той за първи път дефинира проблемите, за които всички ние си говорим под сурдинка и на маса. А те са следните- здравеопазването е недофинансирано, защото иначе нямаше да има толкова много доплащания, някои от които са регламентирани, а други-не. Първата крачка е признанието, че здравеопазването е недофинансирано. Второто признание, че контролът е неефективен. Всички ние си го говорихме неофициално, но това е вече официална позиция. Третото нещо е, че всъщност пациентът не е достатъчно ангажиран в момента с това да следи какво се харчи за неговото здраве и в същото време не е достатъчно ангажиран с това колко плаща и какъв обем от медицински услуги ползва. Ако трябва да го кажем по-достъпно - в момента вноските, които правиш зависят от размера на заплатата ти, а не от това какви услуги ползваш. Това са трите неща, които са дефинирани като проблеми в идеята за промени в здравноосигурителния модел. И в двата модела по един или друг начин се прави опит да бъдат решени тези проблеми. В единия случай, първия, това се предполага, че ще стане по-бавно, защото се залага на конкуренцията между фондовете и самите те да повишат контрола, впоследствие да се опитат да докажат, че парите са недостатъчни и да се поиска повишение на вноската. Това е философията на първия модел. Вторият модел плавно раздържавява, демонополизира, но в същото време пък по-бързо се опитва да вкара допълнителни средства в системата и тристранен контрол. Ако в първия модел разчитаме само на контрола на новите 3-4 конкурентни каси, то във втория модел разчитаме в контрола рязко да се включат пациентите и застрахователите. Това е есенцията на двата различни модела. Разбира се, подробностите са важни, но те се изчистват на работната маса от различни експерти.

Сега е важно да се направят много точни изчисления и да се уточнят всички подробности, които да се запишат в закон. При този модел, министерството разчита пациентът да осъществява контрол върху разходването на споменатите 700 лв. Именно затова той ще доплаща 15% от тях, за да е в течение как се харчат. Разумно е, че предложеното доплащане от пациента над тази сума не е 15%, защото това ще е голяма

тежест за хората. Над 700 лв. няма безкрайност. Има най-високата цена на пътека, а тя в момента е да речем от порядъка на 14-15 000 лв.

- Някой беше споменал, че е от 700 лв. до плюс безкрайност.

- Няма такава неща. И в момента се плащат тези цени от НЗОК. След като в момента ги плаща касата, защо смятаме, че няма да могат да бъдат заплатени и от застрахователи?! Въпросът е, че все още има необходимост на населението и работещите в сферата лекари, сестри и лечебни заведения да се гарантират минимални цени, които ще плащат НЗОК и застрахователите, защото не е редно изпълнителите на медицинска помощ да бъдат рекетира-ни от различни застрахователи. Т.е, за да се избегне това ние от Лекарския съюз, държим да има рамково договаряне. В това отношение имаме и подкрепата на министъра. Той каза, че всяка година ще се определят минимални цени чрез тристранно договаряне, а болницата или лечебното заведение ще може да формира собствени цени.

- Май това е другото нещо, което уплаши всички. Защо?

- В крайна сметка няма на останалата част от пазара не се предлагат различни цени на услугите. Само че никой не може да продаде домат за 100 лв. Никой от болницата не може да си позволи да поиска 1500 лв за нещо, което струва 500 лв, защото няма кой да го плати. Нито пациентът ще отиде там, нито пък НЗОК или някой застраховател ще го плати. Да се формират собствени цени означава да се даде възможност на онези граждани, които могат да платят повече да го направят и да получат малко по-люксови услуги. Не по-качествени, а по-люксови. Защото в цяла Европа е така. Не е логично да твърдим и да убеждаваме населението, че всички сме равни и ползваме едни и същи по екстри услуги. Това е невъзможно и единствено за сметка на изпълнителите.

- Според проучване на "Алфа рисърч" българинът предпочита да бръкне в джоба си и да си доплати за лечение, но да не дава пари за допълнителна застраховка.

- Дяволът винаги е в детайлите. Ние в Лекарския съюз сме поддръжници на тезата да се даде възможност хората да решат доброволно дали да се застраховат допълнително над задължителната здравна вноска от 8 %. Доводите срещу тази теза са, че този ресурс няма да се генерира веднага, защото е нужно време всеки от нас да се убеди, че има необходимост да се застрахова. За съжаление, никой от нашето общество не иска да приеме, че вноската от 8% не покрива всичко. Ако искаме да продължим да вярваме в тази мантра, то наистина трябва вторият стълб да бъде задължителен. Истината, обаче е друга, защото тези 8% осигуровки могат да покрият само основен пакет от медицински услуги. Над него обаче има услуги, които би трябвало да се заплатят допълнително, тъй като не могат да бъдат покрити от касата. Ако това е ясно на обществото, ще бъде директен стимул за доброволно осигуряване. Единият вариант е- покрива се всичко и имаме два стълба задължителни, другият вариант- не се покрива всичко, задължителният фонд покрива само един основен пакет. Това са принципите, на които лежат и двата модела. Принципите, на които се гради предложението на министъра на здравеопазването. Другият вариант е да запазим старото положение, завираме си главата в пясъка и твърдим, че здравеопазването е безплатно, но се убеждаваме, че не е когато влезем в болницата или искаме да си направим изследвания и ни казват, че няма направления. Обществото трябва само да реши, това е и политически въпрос, дали имаме възможност да продължим да се самозалъгваме или е дошло време за кардинални промени.

- Ще се оптимизират ли по някакъв начин клиничните пътеки?

- Клиничните пътеки за лечение при всички положения подлежат на оптимизация. Начинът, по който се заплаща на лечебните заведения, вероятно също ще претърпи промени в бъдеще. Най-вероятно ще се включи компонента за ефективност и за качество. А това е намерението на министерството, защото досегашната практика за плащане само за преминал пациент се оказва неефективна, тя стимулира изкуствения поток от

пациенти. Би трябвало да се включи към заплащането на болници и коефициент за качество и ефективност.

- Може ли да се каже, че тези предложени промени ще накарат хората, които не си правят здравни осигуровки, да размислят ?

- За съжаление в предложените промени не виждаме мерки в тази насока. Затова отгукнататакъ, когато влезем в работните групи, това е една от задачите, която сме си поставили

- да настояваме в законовите промени, които предстоят във връзка с този модел, да се включат стимули за изрядните платци и мерки срещу тези, които не плащат. Всеки трябва да знае, че не плаща ли осигуровки в момента, го грози опасността да не ползва услуги. Социално слабите трябва да бъдат грижа на държавата и да бъдат осигурени от нея. Има начини да се установи дали човек е социално слаб и дали изобщо не може да си позволи да внесе допълнителна здравна осигуровка. Защото има огромно количество хора, чийто начин на живот показва, че могат да си позволят дори повече, но не го правят.

- Като че ли се говори само за реформа за болничната помощ, а другите подсекторнодоболнична помощ, лекарствена политика, не са засегнати?

- Съвсем леко бяха засегнати. При представянето на моделите беше отбелязано, че същите принципи трябва да се приложат и при тях.

Ако трябва да се заделят допълнително средства от фондовете за болници, такива трябва да има и за извънболничната медицинска помощ. Не могат да бъдат изоставени. Напълно неясен е въпросът какво става с лекарствата, обаче. Надявам се повече детайли и в тази посока да бъдат дадени и коментирани в работните групи, които предстои да се сформират и да започнат работа.

- Трябва да се изяснят нещата, защото човек да не остава с впечатлението, че един път в джоба му бъркат застрахователите, друг - болниците.

- За съжаление наложеният модел, че 8% вноса за здраве е достатъчна или пък че може дори тя да не се внася, доведе до това да бъдат оцетени пациенти и лекари и постепенно тотално да се срива доверието между тях. Недоброто заплащане за лекарите прогони част от тях в чужбина, а тези, които останаха тук, са принудени сами да търсят начин за достойно заплащане. Защото съм сигурен, че няма човек, който ще се съгласи, че заплащането на акушер-гинеколог за раждане в размер на 30 лв. е достатъчно. Да, 30 лв. е сумата, която достига до лекаря, когато НЗОК е платила 500 лв. за раждане в болницата.

- Има ли недостиг на лекари в момента?

- Голям, особено в отдалечените райони. Огромният проблем пред нас е недостигът на медицински сестри. Над 80% са над 50-годишна възраст, което говори, че в следващите 10 години ние няма да имаме медицински сестри. 50 на сто от лекарите, които работят в момента на терен в извънболничната помощ, също са над 50 години, а поне 20% са над 60-годишна възраст. Това положение е трагично.

- Получавате ли вече предложения за организираня от Българския лекарски съюз конкурс "Лекар на годината"?

- Най-напред бих искал да припомня, че тази година, за първи път, очакваме номинации от ръководствата на болниците, освен от регионалните колегии на БЛС. Да, вече пристигат номинации. Тази година имаме решение на УС да не вадим предварителни номинации с цел да се случат нещата в самия ден. Надявам се в следващите години да го организираме малко по-от-далече с номинации, които се коментират в публичното пространство, медиите. Така интересът към събитието ще бъде още по-голям.

- Защо не обмислите да има и категория "Лекар на пациентите"?

- Вероятно в следващата година едно от нещата, които ще добавяме, ще е категорията "Лекар на пациентите". Редно е да има такава категория.

Антония Кюмюрджиева

www.zdrave.net, 01.10.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n7364>

Нобеловата награда за медицина 2018 г. беше присъдена за иновативни терапии на онкологични заболявания

Американецът Джеймс П. Алисън и японецът Тасуку Хонджо получават Нобеловата награда за медицина за 2018 г., съобщиха от Нобеловия комитет.

Двамата учени са отличени за разработените от тях терапии за лечение на рак чрез стимулиране на имунната система. И двамата са изследвали протеини, които пречат на тялото и основните му имунни клетки, известни като Т-клетки, да атакуват ефективно туморните клетки.

Професорът в онкологичния център “М. Д. Андерсън” към Тексаския университет Джеймс П. Алисън изучава протеин, който действа като спирачка на имунната система. Той осъзнава потенциала на имунните клетки да атакуват тумори, когато тази спирачка бъде премахната. След това разработва тази концепция в чисто нов подход за лечение на пациенти.

Паралелно с него, професорът в университета в Киото Тасуку Хонджо открива втори протеин на имунните клетки и след внимателно проучване на неговата функция разкрива, че той също действа като спирачка, но с различен механизъм на действие. Терапиите, основани на неговото откритие, се оказват поразително ефективни в борбата с рака.

Алисън и Хонджо показват как различните стратегии за премахване на спирачките на имунната система могат да се използват за лечение на рак. Ключовите открития на двамата лауреати представляват ориентир в борба с онкологичните заболявания, аргументират наградата от Комитета.

Церемонията по връчването на наградата по традиция е на 10 декември.