ПРЕСКЛИПИНГ

5 октомври 2018, петък

www.zdrave.net, 04.10.2018 г.
https://www.zdrave.net/-/n7401

Ананиев: МЗ изпълнява поетите ангажименти към хората с увреждания

Поехме ангажимент до края на март да разработим стандартите за медицинските изделия и медицинските средства за хората с увреждания. Това каза министърът на здравеопазването Кирил Ананиев по време на среща с протестиращите майки на деца с увреждания.
„Министерство на здравеопазването пое няколко ангажимента, които считам, че ги изпълняваме, както ги договорихме с вас. Една от важните задачи, която поехме като ангажимент, е изграждането на информационната система“, коментира Ананиев, цитиран от Фокус. Министърът поясни, че в бюджета на НЗОК за следващата година се предвиждат изменения, с които финансирането на медицинските изделия ще става чрез трансфер от Министерство на здравеопазването към НЗОК. Той допълни, че са изготвени законодателни текстове за изменение на Закона за здравето, които би трябвало да минат до края на годината. „С това законово ще се регламентира самата система и правомощията на Министерството на здравеопазването по нейното поддържане“, обясни Ананиев.
Министърът уточни, че по отношение на ТЕЛК от 1 януари 2019 г. в системата ще влизат всички стари данни до 2013 г., съответно всички хора с увреждания ще имат право на достъп. „Последното, което поехме като ангажимент, е свързано с Наредбата за медицинската експертиза. Наблюдаваме този процес. Разбрахме се да го направим на два етапа. Първият етап е до 31 декември, когато ще направим междинна оценка, вторият етап е 31 март, когато ще направим окончателната“, допълни министър Ананиев.

www.bnr.bg, 04.10.2018 г.
http://bnr.bg/post/101027568/semerdjiev-za-predlagania-zdravnoosiguritelen-model-nelepo-predlojenie-samo-poredniat-proval-moje-da-ni-spasi

Семерджиев за предлагания здравноосигурителен модел: Нелепо предложение, само поредният провал може да ни спаси

Това не е здравна реформа. Министър Ананиев се опитва да бръкне само във здравните финанси. На популярен език, здравните финанси се отнасят към здравеопазването както бензина в резервоара на колата. Здравната система е изключително сложна и този, който не вижда целия ѝ дизайн, занимавайки се само с парите, дълбоко се лъже, че може да промени нещо. Да, те са много важни, но здравната система и нещо огромно. Този, който не вижда системата, няма как да предлага променени на парче, още повече да сменя модела на финансиране от осигурителен на застрахователен. За мен това е едно нелепо предложение, подадено с грешни изходни данни, така че няма как да получи верния резултат.
Това каза за предаването „Нещо повече“ по „Хоризонт“ доктор Илко Семерджиев, който на два пъти е бил министър на здравеопазването по повод предлаганите от МЗ варианти на здравен модел, които да демонополизират ролята на НЗОК.
„Да си зададем въпроса на какво точно ще се конкурират застрахователите с НЗОК? Здравните вноски са фиксирани - не може да предложи по-изгодна цена, а самата здравна

услуга не се предоставя нито от застраховател, нито от НЗОК, а от лечебните заведения в здравната система, а те са едни и същи. Както касата има договор, примерно с Александровска болницата, така и застрахователя ще има същия договор. Тук не можем да говорим за конкуренция. Ако някой иска да прави конкуренция и иска всички да са застрахователи, трябва да остави застрахователите сами да си мерят риска, да си правят разчети… и тогава те могат да се конкурират едни с други на база по-нисък разход за клиента. Освен това, обикновено застрахователите си изграждат собствени структури – лечебни заведения и си въртят парите в собствените структури, а това е абсурдно поведение, което в България би довело до изключителни разходи“.

Осигурителният модел работи на принципа на солидарността, а застрахователния – на принципа на риска и двата могат да се допълват, но не и да се конкурират или заместват, допълни Семерджиев:

„Ако в бедна България излезете от осигурителния модел и отидете във застрахователния, какъвто е в САЩ, ни чакат разходи каквито имат в САЩ, но те са предимно печалби на застрахователите, а не ресурс в здравната система“.

Според Семерджиев, въвеждането на застраховки няма да спре доплащането за операции:

„Евростат дава за България частни разходи в размер на 3. 715 милиарда лева годишно, а министър Ананиев твърди, че тези пари ще бъдат покрити със събраните от тези 12 лв. 864 милиона. Извинявайте но дори и ученик в първи клас може да сметне, че са абсолютно несъпоставими“

Сега действащия здравноосигурителен модел е бил „съсипван до неузнаваемост“ в годините, изтъкна Семерджиев

„Това не е онзи модел, който аз въведох в 2000-та година. Няколко примера – през 2010 година от НЗОК бяха експроприирани над 2 млрд. лева - безпрецедентен случай в света! Коя е тази каса, която би издържала подобно посегателство? През 2012 година финансирането на онкоболните мина от МЗ към НЗОК. Каква е съпоставката на числата? В Министерство на здравеопазването се финансираха с 96 млн. лв. годишно, а сега, през НЗОК минават 288 милиона. Знаете ли защо? Защото беше взето решение да се децентрализира централизираният търг в Министерство в 83 болници. Коя каса може да издържи подобно нещо, извинявайте“.

„Имаме завъртане на лоши решения, които се приписват на модела, само че нека аз ви кажа съвсем ясно и категорично - не системата е виновна и не моделът е виновен. Този модел работи в цяла Европа. Виновни са тези, които го управляват лошо“.

Семерджиев е убеден, че след 2001 година в здравеопазването не са вземани общественополезни решения.

„Настаниха се частни интереси и те започнаха да лобират - да придърпват ползите към себе си и да национализират загубите. В случая виждаме нещо много отчетливо - опитват един 4 милиарден ресурс на НЗОК да бъде прехвърлен за управление в частни ръце. Това е абсолютен корпоративно-политически лобизъм. Аз не очаквам добри резултати от това и не очаквам, че в Народното събрание ще бъде взето общественополезна решение. Единственото, което може да ни спаси, е поредният провал, защото всеки, който се е ангажирал да прави реформа в здравеопазването от години насам се проваля с гръм и трясък. Откакто управлява ГЕРБ - 2009 година - са се сменили 9 министри на здравеопазването и 10 управителя на НЗОК. Средният мандат на един министър и управител е 4 месеца и половина“.

www.bnr.bg , 04.10.2018 г.
http://bnr.bg/plovdiv/post/101027470/demonopolizaciata-na-nzok-shte-varne-doverieto-v-zdravnata-sistema

Демонополизацията на НЗОК е верният модел на реформа
Неда Велкова

Българската болнична асоциация е за демонополизация на НЗОК, заяви в интервю за Радио Пловдив нейният председател Андрей Марков.
Той уточни, че този модел повтаря европейския застрахователен модел, който включва 30- процентно участие на частните застрахователи и 60-процентно участие на НЗОК.
Според Андрей Марков в момента у нас най- много плащат пациентите, които имат тежък проблем, а това компрометира модела. Смисълът на реформата е хората да не плащат от джоба си, а да бъде платено от организацията, която ги е застраховала.
Той даде пример с автомобилното застраховане, контролът, който се упражнява преди изплащане на щетите и сумата, която се възстановява на пострадалите. Всеки може да проследи как застрахователите плащат щети и най- дисциплиниращият момент е фактът, че застрахователите не биха похарчили и един лев, ако не се налага. Това е контрол и ще окаже дисциплиниращо въздействие върху останалите 60 на сто. Освен това Касата ще бъде поставена в конкурентна среда и ще коригира и цените си.
От Асоциацията смятат, че налагането на административни мерки върху застрахователите няма да даде ефект. Те трябва да са заинтересовани, за да участват на здравния пазар.
Друг извод на организацията е, че в настоящия момент пациентът не участва в управлението на средствата. Със застрахователния режим това неучастие ще отпадне. Когато има конкуренция – има прогрес. Когато очакваме административни решения – имаме проблеми. Този модел на здравна реформа чакаме от 20 години и още го чакаме.

www.bnt.bg , 04.10.2018 г.
http://news.bnt.bg/bg/a/volen-siderov-tryabva-da-pomislim-za-radikalna-promyana-na-zdravnata-sistema

Волен Сидеров: Трябва да помислим за радикална промяна на здравната система

Здравната система беше сбъркана от 1997 г. насам. Това заяви в сутрешния блок на БНТ лидерът на "Атака" Волен Сидеров. По думите му партията има концепция, но ГЕРБ имат по-либерално-пазарно виждане. Той попита какво точно прави Здравната каса, като там имало огромна администрация.
Волен Сидеров; Министър Ананиев се опитва да направи подобрения, но в грешно построена система. Каквито и подобрение да направи, тя е сбъркана конструкцията. Защо да не помислим за радикална промяна на тази система? Да се включва така здравната услуга, че да бъде наистина услуга. Защото не може болницата да е търговско дружество, това не е пазар. Не може всяка една доставка да бъде давана в ръцете на частна фирма.
По думите му доставки на лекарства могат да стават чрез касата, а не чрез отделни фирми.
Не е ясно какво искат БСП, те си решават вътрешнопартийни проблеми. Идеята за вот на недоверие заради здравеопазването била дадена от вътрешния опонент на Нинова Михаил Миков, каза Сидеров. Те нека да го направят този вот, няма да мине, защото общественото мнение каза ясно, че алтернатива на това в момента няма.

www.bnr.bg , 04.10.2018 г.
http://bnr.bg/post/101027198/mimi-vitkova

Мими Виткова: Застрахователите не са способни да решат всички тежки проблеми на здравеопазването

Днес здравният министър Кирил Ананиев ще бъде изслушан в комисията по здравеопазване в НС за новите му предложения за реформа в здравната система. Новият здравен модел предизвика редица спорове и несъгласие от съсловни организации в системата. Остават и редица въпроси от пациентите. Утре пък изтича срокът, който Ананиев даде, за да бъдат излъчени представители за участие в работните групи, които ще обсъдят двата варианта за реформа в здравноосигурителния модел у нас.
Застрахователите не са способни да решат всички тежки проблеми на здравеопазването. Това каза пред „Хоризонт“ Мими Виткова, председател на Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване, по повод новия модел на здравно осигуряване.
Според Мими Виткова проблемът е, че при обсъжданите модели се говори само за приходната част, а се подминават тежките проблеми в здравеопазването.
„Като че ли се прави опит, и ние, застрахователите, затова реагираме, да се прехвърлят всички проблеми на застрахователите т.е. цялата отговорност върху тях, но те не са в състояние да ги решат. Те биха могли да помогнат на системата единствено в областта на контрола. Нищо повече – няма как застрахователите да решат проблемите с липсата с лекари в цели региони на страната. Няма как да решат проблемите с тежките диспропорции във възнаграждението на лекарите, предимно – заплати от хиляда лева до 50 хиляди лева. Няма как да решат проблемите, че имаме само 60 патоанатоми в страната… В същото време не става ясно, дори когато се дадат въпросните 12 лева, какво ще отпадне от гражданите да не плащат“.
Не знаем какво точно ще плащаме, посочи още Виткова.
„Казва се, пациентът вече нямало да заплаща, не е вярно. Значи, пациентът един път ще си плати здравната осигуровка, която е задължителна, втори път ще плати тези 15% до 700, и трети път, ще плати на цената на клиничната пътека, тъй като всяка болница вече има свободата да си прави свои цени“.
И още опасения:
„Всичко ще бъде над 700 лева, т.е. нито знаем какво пациентът няма да плаща, нито са верни разчетите, че ние можем с 12 лева да покрием 50% от досегашните разходи на Касата. И това са най-тежко болните“.
Без отговор остават въпросите: Как ще се лекуват социално слабите, които нямат осигуровка към Здравната каса, но пък държавата щяла да им плаща здравната застраховка. Не е ясно как ще се застраховат българите в чужбина и тези на временна заетост зад граница.

www.news.bg, 04.10.2018 г.
https://news.bg/interviews/zastrahovatelite-iskat-uchastie-pri-izgotvyane-na-noviya-dogovor-v-zdraveopazvaneto.html

Застрахователите искат участие при изготвяне на новия договор в здравеопазването
Евгени Бенсабат
Миналата седмица Министерство на здравеопазването изложи идеите си за реформа в здравния сектор, които включват в системата на осигуряване и частния сектор. За

възможностите и перспективите това да се случи говорим с Евгени Бенсабат, изпълнителен директор на ДЗИ.

Застрахователите приветстваха идеята на МЗ за въвеждане на допълнителна здравна осигуровка, но какво трябва да се направи преди това? Застрахователният бизнес счита, че е необходима промяна, защото днес здравната система не е достатъчно ефективна. Има голям брой допълнителни плащания, които се извършват по различни начини и това показва нуждата от определена реформа. Дали вариантът, който министерството предлага е най-добрият, трябва да се обсъди и съответно да се прецени каква ще бъде рамката, в която това ще работи успешно. По принцип приветстваме промяната, искаме да видим по-добри условия, защото освен застрахователи сме все пак и граждани, които се лекуват в тази система. Много важно е да видим как ще се осъществява цялостният процес и да направим анализ на риска, който ще поемат застрахователите. Като цяло МЗ вече е направило анализ, но ние също би трябвало да вземем позиция. Заедно, Министерството на здравеопазването, Здравната каса и застрахователите трябва да вземат решение каква ще бъде системата за контрол на изпълнението върху болничните заведения и евентуално да се подготвят съответните законодателни промени.

Въвеждането на допълнителна задължителна здравна осигуровка е разпределяне на риск между НЗОК и застрахователи. Какъв е основният принцип, на който ще настоявате?

Това, което ние искаме, е да участваме в създаването на рамката, заедно да изготвим този нов договор между пациента, застрахователя и здравната каса. От първостепенна важност е да има равнопоставеност и да се намери баланс между гражданина, държавата и застрахователя, за да можем да имаме максимално добри условия за лечение.

За нас като застрахователи също така е важно да имаме ясна методика, по която да си оценим застрахователния риск, който ще поемем, както и как ще го управляваме. Не на последно място е необходимо да участваме в договарянето на цените на предлаганите пакети и, разбира се, при контрола върху изпълнителите.

Каква е динамиката на здравното застраховане в последните години? Забелязвате ли завишаване на интереса на българите?

Здравният пазар отчита сериозен ръст през последните години. Увеличават се броят на фирмите, които използват допълнителната здравна застраховка на своите служители като социална придобивка за тях. Виждаме, че пациентите търсят мнение за едно заболяване от двама или повече лекари, което, за съжаление, показва недоверието им в нашата здравна система.

Кой се застрахова и за какво?

Повечето клиенти се застраховат за болнична и доболнична помощ, т.е. използват цялостен застрахователен пакет.

Да се сравним с Европа. В какво изоставаме?

На българския пазар продължава да бъде водещ автомобилното застраховане. Застраховката на автомобила сякаш е по-важна от тази на човешкия живот. Ето защо имаме едно от най-ниските прониквания на европейския пазар при животозастраховането. У нас конкретно се забелязва покачване на продажбите, но на фона на това, което трябва да наваксаме, за да стигнем другите европейски държави, то е изключително ниско. Пътят е доста дълъг. Забелязваме, че покрай активното участие на банките в процеса, се получава по-добра информираност и ръст на продажбите.

Животозастраховането се развива в три направления - рисковото застраховане, здравното застраховане и инвестиционните продукти, които увеличават своята популярност през последните години.

Мнозинството от българи, както показват социологическите изследвания, не са склонни да дават допълнителни пари. Това се дължи преди всичко на недоверието

в системата - не застрахователната, а здравната. Какъв може да бъде вашият принос за преодоляване на тази нагласа?
Последните статистики сочат, че българите в момента дават над 2. млрд. лв. на година допълнително за здравни услуги. Новият модел предлага това да се случи прозрачно. И тук, ние като застрахователи, можем да върнем доверието на гражданите. Бихме могли да съдействаме за повишаване на качеството на услугите с контрола, който ще оказваме върху нашите партньори.
Как застрахователят може да гарантира здравни грижи за пациенти с хронични заболявания?
Всеки ще бъде застрахован според предвидените лимити, независимо от заболяванията, които има. Принципът на равнопоставеност при новия модел всъщност означава, че един болен и един здрав човек "влизат" при равни условия по отношение на достъпа им до услуги.

24 часа 05.10.2018 г., с. 26

Какъв модел на здравно осигуряване?
Здравният министър даде символичен старт на реформата, покани в работна група лекари, бизнес и пациентски организации

На кръгла маса в НДК здравният министър Кирил Ананиев представи подробно два варианта за реформа в здравноосигурителния модел, който според всички от години не работи, но и никой не опитваше да го промени.
Предложените от министъра концепции включват два алтернативни модела, които стават база за обсъждания.
Първият е отпадане на монопола на здравната каса и вкарването й в конкуренция наравно с още няколко частни застрахователя при запазване на 8% здравна вноска.
Вторият вариант включва трети стълб на здравеопазване със задължителна здравна застраховка от 12 лева на месец.
Тя ще бъде съчетана и с доплащане от пациентите при болнично лечение в размер на 15 процента от определена сума, наречена гранична. Всяка година размерът й ще бъде определян съвместно от касата, здравното министерство и съсловните организации.
Принципната подкрепа на повечето лекари, пациенти и експерти, които повече от 2 часа дебатираха в сряда ползите и негативите на моделите, получи вторият вариант. Към него обаче те също имат резерви.
Общото мнение - нужна е още много работа по модела, освен това трябва и промяна в системата и в контрола й. В противен случай само ще се влеят повече пари, без да има резултат. Освен това не става ясно и какво повече ще получават пациентите срещу допълнителните 12 лева.
Дебатите по темата започнаха при обявяването на вариантите, но детайлите ще се обсъждат до догодина. Идеята на министъра е да не се бърза, за да се обмислят добре всички възможни трудности и да се избегнат принципни грешки.
В резултат на обсъжданията може да ес стигне до трети вариант, не отрече министър Ананиев.
В. „24 часа" публикува мненията на водещи специалисти, изказани по време на кръглата маса, и привлича в дискусията експерти с опит в здравното осигуряване.

Деян Денев, директор на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители в България:
Разпиляването на малък ресурс между много субекти е рисково

Първия модел изглежда твърде рисков - разпиляване на ресурса, който сега касата ползва, между N на брой субекти. В малки държави с незначителен ресурс в здравеопазването това е твърде рисково. Правилна е посоката на втория модел. Привличането на повече ресурс в здравеопазването при по-ефективното му разходване с участието на частни субекти е принципът, който би следвало да се приложи.
Идеята не трябва да бъде нерегламентираното доплащане да стане регламентирано, а обществото да получи гаранция, че доплащането не може да бъде повече от установеното. Граничната линия от 700 лв. плащане от НЗОК е гаранция, че касата няма да излиза извън конкретен ресурс. Безспорно в здравеопазването рискът от преразход е голям, но прехвърлянето му върху частните застрахователи може би не е най-точното решение. Независимо колко гаранции дава моделът, че рискът няма да бъде прехвърлен върху пациентите заради по-лошия им здравен статус, това неминуемо ще се случи. Би следвало НЗОК да остане основният пазител на солидарния модел, който всички подкрепяме, и да участва във всяко плащане на здравна помощ, независимо дали е за 100, или за 10 000 лв., разбира се с участието на частните застрахова-тели, които могат да осигурят по-добър контрол. Абдикиране от страна на НЗОК от скъпоструващата терапия не би трябвало да се случва.

Светла Несторова, председател на Асоциацията на българските застрахователи: Преди реформата трябва да си кажем кое колко струва
Да, системата е недофинансирана и има нужда от още средства, за да се увеличи публичният ресурс. Верен е принципът да се привлекат нови играчи, така че механизмите на конкуренцията и пазарните механизми да могат да вкарат стремеж към качество в една система, натрупала доста инерция в последните години. Верни са също така целите, които са поставени по отношение на контрола, на повишаването на качеството и най-вече на стимулиране на личната отговорност чрез информиране на пациента. Това е посоката и ние имаме готовност да работим по нея.
Разпределянето и управлението на риска е професионалното занимание на застрахова-телите. Има различни механизми, с които рискът може да бъде управляван. Не съм сигурна, че предложеният в моделите е верният. Трябва да си дадем сметка къде колко ресурс има и как този риск ще бъде управляван и разпределян.
Каквато и конкуренция да вкараме на равнище финансиращи системи, не стигнем ли до момента, в който доставчиците на медицински услуги да са тези, които са в хипотеза на конкуренция - както за средствата, така и за удовлетвореността на пациента, сме свършили много малка част от работата.
Преди всякакви реформи има една много важна стъпка - да си кажем кое колко струва, за какво е достатъчен публичният ресурс, кое е онова, което гражданите ще купуват.

www.mediapool.bg, 04.10.2018 г.
https://www.mediapool.bg/spetsaktsiya-v-onkobolnitsi-zaradi-zloupotrebi-s-lekarstva-news284625.html

Спецакция в онкоболници заради злоупотреби с лекарства
Специализираната прокуратура и ГДБОП проверят специализирани болници за онкологично лечение, съобщиха от държавното обвинение. Заради данни за злоупотреби с медикаменти за лечение на раково болни се проверяват документация, доставки, наличности и приложения на скъпоструващи лекарства за терапия и профилактика. От спецпрокуратурата обещават информация за резултатите от проверките след тяхното приключване.

Едната болница е в София - хематологична "Йоан Павел", която се намира в сградата на Пета градска болница в столицата, съобщи БНР, позовавайки се на свои източници. По непотвърдена информация, петима лекари от болницата, сред които и управителят ѝ д-р Небесна Бояджиева, са отведени за разпит заради съмнения на антимафиотите за схеми, според които на определени пациенти са изписвани едни онколекарства, а са прилагани други. Не е ясно дали лекарите са задържани.
Общинската болница по онкология "Свети Мина" в Благоевград е обект на проверката от прокуратурата и ГДБОП. Болницата е затворена и не се допускат външни лица. Директорът на лечебното заведение д-р Георги Георгиев, както и цялото ръководство на болницата са вътре и вероятно дават показания, съобщи кореспондентът на БНР от Благоевград.
ГДБОП проверява също болница в Пловдив.

www.bnr.bg , 04.10.2018 г.
http://bnr.bg/post/101027267/trima-ministri-shte-davat-pokazania-po-deloto-s-turskite-vaksini

Трима министри от кабинета "Борисов 2" дават показания по делото с турските ваксини
Силвия Великова
Трима министри от кабинета "Борисов 2" ще дават показания по делото за бартера с турските ваксини, по което един от подсъдимите е бившият здравен министър Петър Москов. На разпит в Специализирания наказателен съд са призовани Румяна Бъчварова, Ивайло Калфин и Николай Ненчев.
С разпитите на бившите вътрешен, социален и военен министър започва поредицата от министерски разпити по делото за ваксините. В рамките на разследването през Столичното следствие преминаха всички колеги на Москов, включително и премиерът Бойко Борисов, защото решението за бартера с Турция е било взето - макар и на подпис, от Министерския съвет. На разпитите в края на 2016 година следователи ги питаха как се взимат правителствените решения и дали здравният министър ги е убеждавал допълнително да подкрепят сделката, от която, според прокуратурата, на министерството е било ощетено с над 325 000 лева. От вноса на турски ваксини, които не са били разрешени за употреба в България, е било разколебано доверието на българските граждани в имунизационния календар, твърди държавното обвинение, както и че от действията на Москов и заместникът му Адам Персенсенски - частна фирма, представители на която също са сред подсъдимите, се е облагодетелствала финансово.
Делото срещу ексздравния министър се гледа в Специализирания наказателен съд. В съдебната му зала подсъдим е друг негов колега от правителството "Борисов 2" - външният министър Даниел Митов.

VINF 16:33:01 04-10-2018 PP1632VI.016

Намаляват просрочените задължения на държавните болници, съобщи министър Кирил Ананиев

София, 4 октомври /Десислава Пеева, БТА/

Намаляват просрочените задължения на държавните болници, каза министърът на здравеопазването Кирил Ананиев по време на заседанието на ресорната парламентарна комисия. Към 30 юни тази година те са в размер на 141 млн. лева, което спрямо същия период на миналата година е намаление с 13 на сто.

Министър Ананиев посочи, че за тази година са предвидени 90 млн. лева за спешна помощ, за дейностите по медицинска експертиза, за лечебни заведения в отдалечени райони, за психиатрична помощ и други. Във всяко от тези направления министърът отчете увеличение на отделяните от министерството средства спрямо 2017 г.

Ананиев увери, че и през 2019 г. ще има увеличаване на заплатите в центровете за спешна помощ, като посочи, че кумулативно от 2014 г. досега възнагражденията на работещите в тези центрове са увеличени с над петдесет процента.

В отговор на журналистически въпроси, свързани с неработещата апаратура в Центъра по хемодиализа във Видин, министър Ананиев обеща да направи коментар, след като приключи назначената от него проверка.

www.zdrave.net, 04.10.2018 г.
https://www.zdrave.net/-/n7405

Кирил Ананиев:

Ще възстановим програмата за парамедици, за да може медицинските сестри да заемат достойното си място
Надежда Ненова

„Сериозно притеснение предизвиква дисбалансът по отношение на медицинските сестри. Оказва се, че на 100 000 население средно в ЕС има над 700 медицински сестри, а в България те са наполовина. Нещо повече: съотношението лекар – медицинска сестра у нас е 1:0,9, докато в ЕС – 1:2,3. Каква е политиката на министерството, за да се промени този показател?“ Това попита депутатът от ДПС д-р Нигяр Джафер министърът на здравеопазването Кирил Ананиев по време на днешния блиц-контрол в парламента. Тя допълни, че отново само 55 бройки са отпуснати за сестрите при специализациите.

„Съвсем не е маловажен този въпрос. Когато поех този пост, една от първите разработки, които поръчах, беше за човешките ресурси и тя показа проблема, за който говорите, при специалистите по здравни грижи. Безспорно трябва да предприемем мерки и затова правим тригодишно планиране на нуждите съвместно с МОН и в предвиждаме значително завишаване на броя на хората, които ще завършат бакалавър, т.е. ще придобият тази професионална степен“, каза министър Ананиев.

Той изрази съжаление, че неговият предшественик на поста е затворил програмата за парамедиците. „Ние ще отворим тази програма, защото на много места дейността на медицинските сестри ще може да се изпълнява от парамедици и по този начин ще се освободи един значителен човешки ресурс. На следващо място съм убеден, че въвеждайки новия модел, ще има оптимизиране на системата и в този процес на оптимизация сестрите ще получат достойното си място“, каза още министър Ананиев.

Телеграф 05.10.2018 г., с. 13

Здравният министър Кирил Ананиев:
Даваме контрол на пациента
Осигуровката не е достатъчна за качествено лечение
Конкуренцията между болниците и застрахователите е в полза на хората

Това е той:
• *Роден е на 2 юли 1955 г.*
• *Завършва специалност „финанси и кредит”*
• *Специализира в УНСС и САЩ*

• През 1980 в. постъпва на работа в Министерството на финансите
• Четири пъти е бил заместник-министър на финансите, а миналата година бе избран и за служебен министър на финансите
• От 10 ноември 2017 8. е министър на здравеопазването в третия кабинет на Бойко Борисов

Поли Пантева
- Г-н Ананиев, през последните дни се изговори много за двата нови модела на здравно осигуряване. Както стана ясно, единият предвижда пълна демонополизация на здравната каса, а другият въвежда задължително допълнително застраховане...
- Да, това са нашите предложения, които представихме на Националната кръгла маса и в момента са подложени на широко обществено обсъждане. Предстои да създадем и работни групи, с които ще изкристализираме онзи вариант, който е с най-висока обществена подкрепа. Така че сега говорим за двата модела, но работата може да доведе и до предлагането на трети.
- Какво представляват модел А и модел Б?
- В първия вариант говорим за незабавна конкуренция между Националната здравноосигурителна каса и застрахователите, т.е демонополизация на касата. Това предвижда задължително здравно осигуряване с възможност за личен избор на осигурителен фонд между частни застрахователи. Всеки фонд трябва да отговаря на определени изисквания, за да бъде одобрен от Комисията за финансов надзор. Например един от критериите към застрахователя е при него да са регистрирали минимум 500 000 български граждани. Но върху тази цифра се дебатира.
- Значи при този вариант всеки човек сам може да избере къде да внася парите си за здраве?
- Да, от една страна всеки сам избира фонда си, а от друга - застрахователят няма право да отказва. Това е двустепенен модел, който включва задължително здравно осигуряване и доброволно здравно застраховане. Освен това българските граждани ще бъдат осигурени срещу риска някой от тези фондове да фалира. За целта ще бъде създаден гаранционен фонд.
- А как ще бъдат избирани лечебните заведения - от фондовете или от пациентите, т.е цената ли ще е водеща или качеството на услугите?
- Както вече говорихме, за да бъде одобрено едно застрахователно дружество за участник в системата, т.е за да получи статут на здравен застраховател, то трябва да отговаря на определени изисквания. В това число трябва да гарантира договорите, които е сключило с лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ с цел покриване на потребностите от медицинска дейност на територията на цялата страна. Всеки застраховател ще публикува на сайта си с кои болници работи и има подписан договор. Така че за пациента изборът на фонд ще е обвързан и с избора на лечебни заведения. Ще има и т.нар. към момента национални цени за дейностите, извършвани от болниците. Ако обаче някое лечебно заведение прецени, че определената национална цена не го задоволява и определи различна, тогава гражданинът, ако иска да се лекува в тази болница, трябва да разчита или на кешово доплащане или да сключи допълнителна застраховка със своя фонд. Но тази конкуренция, която ще бъде много силна, както между застрахователите, така и между болниците, е предпоставка за обявяването на по-ниски цени.
- Добре, сега да обясним за втория модел, който включва едни допълнителни, задължителни 12 лв. на месец...
- При този вариант се преминава от солидарния" модел на финансиране към персонализиран здравноосигурителен модел. Застрахователите отново са включени в

процеса, като ще трябва да отговарят на същите критерии, които сме заложили и в първия вариант. Тук обаче имаме три стълба - задължително здравно осигуряване, задължително здравно застраховане и допълнително здравно застраховане.
- Една от основните критики към този модел е, че бърка в джоба на българина, какво показват изчисленията?
- Според проучване на „Алфа рисърч" българинът ежегодно дава допълнително 120 лв. за извънболнична помощ, 180 лв. за лекарства, 650 лв. за болнична помощ и около 300 лв. за профилактика и санаториум. В момента българинът плаща допълнително около 3,5 млрд. лв. От тях обаче 1,7 млрд. лв. са така наречените нерегламентирани плащания. Те не влизат в системата като ресурс, който да подпомогне финансирането на здравната система. В същото време, ако приемем, че задължителната застраховка остане 12 лв., в застрахователните дружества ще влязат допълнително около 864 млн. лв. за година. Като повече от половината от тази сума или около 500 млн. лв. ще ги даде държавата, а не гражданите. Това ясно показва, че хората няма да дават повече пари. Ето и друг пример - пациентът ще участва до 700 лв. с 10% от цената на клиничната пътека, което носи общ разход около 85 млн. лв. До този момент само за леглоден гражданите са плащали 90 млн. лв., които сега ще бъдат спестени.
- Споменахте проучването на „Алфа рисърч", според него едва 6 на сто от българите са готови да внасят повече пари за здраве...
- Не е точно такъв изводът. 25% от анкетираните граждани заявяват, че са в процес на изчакване - те са готови да дадат допълнително средства, но искат да знаят какво ще получат срещу тях. Приблизително 70% от запитаните пък отговарят, че парите, които са в НЗОК, са недостатъчни, т.е те оценяват, че трябва да влезе допълнителен ресурс в системата. Запитани как считат, че трябва да се подходи, за да се осигури този ресурс, всеки втори посочва, че най-добрата форма е задължителното здравно застраховане.
- От БСП заявиха, че ще внесат вот на недоверие заради тези предложения, защото според тях са изключени социално уязвимите групи. Смятате ли този аргумент за резонен?
- Познавам принципите на демокрацията и това, че всяка парламентарна опозиция е в правото си да поиска вот на недоверие. Но не мога да разбера как може да се иска вот на недоверие за нещо, което все още не е реален факт, поставено е на широк обществен дебат и в момента се обсъжда. Освен това неколкократно заявих, че държавата ще осигурява застраховките на децата, пенсионерите, социално слабите и безработните. Извън тях всички останали, които до момента ги осигурява държавата, в т.ч. и държавните служители, ще си плащат сами здравните застраховки.
- Всъщност от години българинът си задава въпроса „защо внасям здравни осигуровки?", след като почти всеки път когато се налага, те не вършат работа. Недостиг на направления, доплащане за редица медицински услуги и т.н...
- Именно това ни показва, че задължителната здравна осигуровка не е достатъчна, за да може да се осигури необходимото лечение, като качество и обем на българските граждани. Точно поради тази причина са толкова високи и личните плащания на всеки българин поотделно. Ние искаме да прекъснем тази порочна практика. При въвеждане на задължителна допълнителна здравна застраховка, след като се разплатят разходите по основния пакет,. в НЗОК ще остане финансов ресурс от около 600 млн. лв. С тези средства ще имаме възможност да финансираме нови дейности, политики, програми, нови заболявания и т.н. Ще можем да преоценим стойността на някои клинични пътеки.
- При евентуална демонополизация на НЗОК говорим за конкуренция между здравните каси, което би следвало да е в плюс за гражданите. Как обаче стои въпросът с контрола и невъзможността за нерегламентирано източване на средства?

- В няколко направления ще подобрим контрола. Освен НЗОК в този процес следва да бъдат включени пациентът и застрахователното дружество, т.е ще има троен контрол. Възнамеряваме да съберем финансовия и медицинския контрол в единна структура с ясно разписани правила за комплексен контрол. В момента здравната каса извършва финансовия контрол, а Изпълнителна агенция „Медицински одит" извършва медицинския контрол. Това разпокъсване не води до ефективни резултати. Поради тази причина ние предвиждаме двата вида контрол да бъдат събрани и да преминат към здравната каса. Третият инструмент ще бъде създаването на Държавна комисия за регулиране и контрол на медицинската дейност, като нейният ръководен състав ще се определя с решение на Министерския съвет. На следващо място предвиждаме изграждане на централизирана система за обществени поръчки на лекарствата и медицинските изделия, като по този начин очакваме да намалим цените. Много голяма роля за контролната дейност ще изиграе и изграждането на национална здравна информационна система, която ще обхваща пътя на пациента от влизането в съответното лечебно заведение, през терапиите, лечението, ефекта и постигнатите резултати до изписването му.
- Преди дни обаче стана ясно, че вие сте прекратил обществената поръчка, свързана с изграждането на тази система...
- Агенцията за обществените поръчки установи някои несъответствия, които ни бяха описани подробно и взехме незабавни мерки. Аз прекратих процедурата, в момента работим и в най-скоро време отново ще обявим обществената поръчка. Надявам се това да се случи до 1-2 седмици.
- Какво предстои оттук нататък по отношение на реформата и кога очаквате новият модел, който и да е той, да влезе в сила?
- Това, което предстои, е след формиране на работните групи да седнем на масата и да говорим по същество. Тези разговори ще продължат може би около 2 месеца, като ясно заявих, че няма да слагаме никакви ограничения - колкото време ни е необходимо, толкова време ще работим. Въпросът е да постигнем висока степен на консенсус за определен модел. Ако по време на тези дискусии възникне трето предложение и всички институции застанат зад него, аз с удоволствие ще го внеса в Министерския съвет и в Народното събрание. Целта е да се промени действащата система, защото според хората този модел не е социално справедлив, не дава равен достъп до здравеопазване, не проследява качеството на лечението, не стимулира хората да се осигуряват на реалните си доходи и не осигурява достойни доходи на работещите в здравния сектор. Всичко това показва, че трябва да има промяна.
- Кога очаквате тя да се случи?
- Надявам се от 1 януари 2020 г., но този срок не е самоцел. По-важен е дебатът и постигането на консенсус. Моето желание е с влизането на новия модел да заработи Националната здравна информационна система, да имаме изградена национална платформа за обществени поръчки на лекарствата и медицинските изделия и в същото време да сме на финала и на другия голям проект, свързан със спешната помощ. Той ще ни помогне много в процеса на преструктуриране и оптимизиране на системата.

МОНИТОР 05.10.2018 г., с. 7

Близките: Ако детето умре и шофьорът умира
Фармацевтичен бос прегазил пиян 11 -годишната Сара
Негов човек предложил 30 хил. лева, за да си мълчи майката

Райна Тошева

Фармацевтичният бос Веселин Ранков е прегазил пиян с джипа си 11-годиш-ната Сара от белослатинско-то село Търнак. 59-годишни-ят бизнесмен е изпълнителен директор на фармацевтичните заводи „Милве", които имат цех в селото, в който се трудят около 80 души от местните. Именно от цеха Ранков тръгнал с джипа си на градус и премазал детето. Той се опитал да му помогне, залял го с вода, но то не помръдвало и той се обадил на горещия телефон 112. След като медиците от Бяла Слатина установили, че детето е с много сериозни наранявания и не е по силите им да се справят, момиченцето е закарано в плевенската болница, където лекарите от реанимацията продължават да се борят за живота му. Те обаче предупредили близките му да се готвят за най-лошото, защото то е с тежка черепно-мозъчна травма и контузия на белия дроб. Това разкриха родните на Сара по време на протеста в четвъртък сутринта, когато се опитаха да не допуснат автобус с работници да ги закара до цеха.
Недоволството на близките на детето е, че Ранков е пуснат от ареста и прокуратурата не е поискала 72-часова мярка за неотклонение „задържане под стража", макар че пробата му за алкохол е положителна -1,48 промила. Те обявиха, че ще протестират всеки ден с искане за справедливо правосъдие.
От прокуратурата в Бяла Слатина обаче съобщиха, че престъплението, което е извършил бизнесменът, е по непредпазливост и не се налага той да бъде задържан. Още повече че той е с чисто съдебно минало и няма опасност да се укрие. Клип, направен пред полицейското управление в Бяла Слатина, пък взриви социалните мрежи. На него е заснето как униформени съветват родните на детето да не дават информация на медиите защото се пишат „глупости". Ченгетата дори им цитират текст от закона, според който подобно разгласяване е престъпление и се наказва.
Междувременно майката на 11-годишната Сара каза пред Нова телевизия, че на следващия ден пред дома й дошъл непознат мъж и й предложил 20 000 - 30 000 лева като обезщетение за случилото се. Детето е в критично състояние, настанено е в Университетската болница в Плевен с тежка черепно-мозъчна травма и наранявания на белия дроб. Според лекарите има едва 20% шанс малката Сара да оцелее.
След по-малко от 24 часа след инцидента шофьорът, блъснал детето, беше освободен от ареста. От полицията обяснили пред телевизията, че са го пуснали, след като са снели обясненията му и са събрали необходимите доказателства по досъдебното производство. Близките на Сара бяха категорични, че няма да оставят нещата така. Те подозират, че виновникът за случилото се е платил на някого, за да излезе бързо от ареста.
„Ако този мъж остане на свобода, ще бъде глава за глава - ако детето умре, и шофьорът умира„, заявиха още родителите на момичето. По предложение на директора на НСлС Борислав Сарафов, главният прокурор Сотир Цацаров с постановление възложи разследването по делото да се извършва от следователи от Националната следствена служба.

КАПИТАЛ 05-11.10.2018 г., с. 26-27

МНОГО ПОЗДРАВИ ОТ КАСАТА
Негласният мораториум върху лекарствата

Здравната каса въведе плащания само за най-евтиното лечение при 12 скъпоструващи лекарства
Държавата отделно бави влизането на пазара на 26 нови лекарства
Става въпрос за световнопризнати лечения, които са достъпни от няколко години в ЕС и пестят пари

Вашето лекарство ли е най-евтино, за да изписваме него?" С този странен въпрос от миналата седмица насам лекари се обаждат на офисите на фармацевтичните компании. Причината е новият критерий, който здравната каса въведе за лечение на 7000 пациенти, които се лекуват с 12 вида скъпоструващи биологични медикамента за артрит, псориазис, болест на Крон и др.

Според документа, публикуван от касата, тя премахва досегашното пътуване на пациенти от цялата страна до София за изписване на лекарство само в една комисия. Но на негово място е предложен пробно не по-малко дискриминационен текст. Според него всички новодиагностицирани болни, които се нуждаят от

тежка терапия или смяната й (около 500 души на година), ще трябва да започнат лечение не с най-подходящата за тях терапия, а с най-разходоефективното лекарство. На хартия това е лекарството с най-добро съотношение между постигнат резултат и цена. На практика - най-евтиното.

Това решение не фигурира в нито един закон или наредба. То може да бъде намерено само в критериите на здравната каса за изписване на терапия с тези 12 лекарства. Заради това лекарите вече1 са получили устно напътствие от НЗОК да избират най-разходоефективното лечение.

Отделно от това държавните лекарствени регулатори бавят влизането на иновативни терапии и оттам лечението с тях. Например в Комисията за оценка на здравните технологии в момента отлежават досиетата на 26 нови медикамента. Има няколко лекарства, които чакат цена и съответно здравната каса да покрие лечението с тях. Всички те отдавна се покриват в ЕС.

Според фармацевтичните компании и организации на пациентите това значи, че и тази година има мораториум върху лекарствата, но негласен. В края на миналата година такъв мораториум беше обявен публично върху нови скъпи лекарства, но беше отменен лично от премиера след обществено недоволство.

Борбата със скъпите лекарства

През миналата и тази година Здравната каса плаща общо 1 млрд. лв. за лекарства на пациентите, като по-голямата част от нея е химиотерапия за онкопациенти в болницата или извън нея. Отделно от това болните доплащат, а болниците поръчват допълнително медикаменти за общо около 3.1 млрд.лв.

Плащанията за лекарства и нарастват всяка година, и всъщност са единствените плащания с ясна цена - кошница от най-ниските цени в 17 европейски държави с най-ниски цени. Другите разходи на касата - за болнично лечение и извънболнична услуга, не са с ясно регулирани цени, а с толкова, колкото има в бюджета си НЗОК, и цените на повечето прегледи и операции не са увеличавани от години.

Почти всяка година здравната каса се опитва да намали плащанията си за лекарства - с отстъпки, които иска от производителите, допълнителни договори и др. Самата идея да плаща най-евтините медикаменти не е нова. Здравният министър от второто правителство на ГЕРБ Петър Москов имаше идея източноевропейските страни да се обединят в общ пазар и да купуват по-евтино медикаменти, а пациентите да не доплащат повече от 60% от стойността на най-евтиното лекарство в група.

Това работи, когато става дума за лекарства, познати от години, които имат генерични еквиваленти. Сега обаче идеята за най-евтиния медикамент се пренася към новите биологични лекарства, които нямат аналог и не са взаимозаменяеми.

От надзорния съвет на Здравната каса отрекоха да са взимали такова решение, въпреки че в одобрените критерии то фигурира черно на бяло. Тяхното обяснение е, че са натоварили управата на касата да преговаря с лекарския съюз За начините на изписване на лечение на артрит и псориазис. Но управителят на касата Дечо Дечев е заявил на

среща с фармацевтичните компании, че тези критерии за разходоефективност в бъдеще ще се прилагат към всички видове скъпоструваща терапия.

Лекари или чиновници

Проблемите при този подход са два. Първо, неясен е механизмът, по който се определя разходоефективност, тъй като в момента нито Законите, нито наредбите позволяват на касата да решава коя терапия каква е. Самото изписване по критерий цена може да се окаже изключително опасно за здравето. Например при ревматоиден артрит лекарите досега можеха да избират най-подходящия медикамент от десет лекарства. Сега ще трябва да изпишат на пациентите онзи, който НЗОК е преценила за най-разходоефективен. Това Заменя преценката на лекарите с тази на чиновниците в касата.

И второ, това ще натовари силно пациентите - според изчисленията на Асоциацията на хората с псориазис и псориатични усложнения например при псориазис разликата между най-евтиното и останалите лекарства може да варира от 3 до 9 хил. лв. и дори да достига 20 хил.лв., ако пациентът е над 100 кг. При ревматоиден артрит доплащането ще бъде между 1000 и 4000 лв., а при псориатричен артрит - между 2000 и 22 хил. лв. годишно.

"Ще предприемем всички действия, позволени от законодателството на България и ЕС, за да спрем това античовешко решение", коментира в публична позиция Ива Димо-
ва, заместник-председател на асоциацията.

От компаниите производители коментираха, че в момента липсва каквато и да било писмена комуникация и ясна възможност да разберат, да оспорят или даже да се съгласят с изчислените разходоефективни стойности и разходоефективни лекарства. Видно е, че стремежът е по този начин да се намалят цените, но това по-скоро ще принуди някои компании да изтеглят медикаментите си от пазара.

„Трудно е да коментираме, при положение че още няма писмен документ. Как точно е доказано, че медицинските съображения не остават на Заден план пред финансовите? Освен това, ако има такива процедури, те трябва да се случват на базата на прозрачни и ясни правила, липсата им буди съмнение, че касата се опитва да създаде пазарно предимство на една терапия пред друга", смята Деян Де-нев, изпълнителен директор на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични компании.

Ще чакаш

Има и още един механизъм, през който държавата спира достъпа до скъпи нови лекарства. Просто не ги допуска до пазара. През тази година в Комисията за оценка на здравните технологии отлежават 28 досиета на нови лекарства, като само две са одобрени. Става въпрос за нови за България медикаменти, които са на световните пазари от много години и които са последна надежда за болни хора.

По груби изчисления в момента поне 1000 пациенти чакат нови медикаменти. Стойността не е ясна, но е видно, че става въпрос за тежки заболявания (виж карето). Документация отлежава и в Националния съвет по цените, където от половин година има досиета на нови лекарства, които се покриват от здравните каси в 25 европейски държави например. Причините за Забавянето са административни предимно. Но някои са съмнително дълги. Например лечение срещу остра лимфобластна левкемия отлежава сред тези неодобрени досиета и вероятно няма да бъде достъпно за българските пациенти и през следващата година. Същото е било одобрено от най-строгата лекарствена агенция в света - Федералната администрация по храните и лекарствата на САЩ (FDA), още през 2015 г. като breakthrough therapy - т.е. води до съществено подобрение на болните спрямо съществуващите терапии.

„Нито има технически, нито политически мораториум, нито натиск от МЗ или НЗОК, просто в този период от една година всеки месец сме се събирали с изключение на септември. В този месец имаше много малко работни дни, хора в отпуски и болнични", коментира проф. Илко Гетов, председател на комисията по ОЗТ Той допълва, че по

принцип срокът от 90 дни за разглеждане на лекарствата не се спазва заради липса на административен, експертен и технически персонал на комисията.
"Комисията няма бюджет, членовете й не получават никакво заплащане. Освен това експертите са малко на брой, повечето лекарства са за онкология и докладите за тях трябва да се възложат на водещи онколози, които са малко", казва Гетов. Уточнява, че лекарите от провинцията дори не получават командировъчни, като идват да докладват.
Според експертите от бизнеса обаче забавянето е видимо. „Задават се изключително много въпроси, които не са логически свързани, изискват се данни, които няма как да се набавят или използват. Наскоро трябваше компания да предаде 40 страници доклад за вероятността 1000 пациенти да минат през определено здравно състояние. Това са огромни модели, които никой не е използвал", разказва Славейко Джамбазов, управител на компанията HTA, която подпомага компаниите в подготовката на документация за кандидатстване пред комисията.
Той смята, че всичко това е резултат от безсилието в общата лекарствена политика и че в крайна сметка лишава нуждаещи се пациенти от достъп до терапия навреме.
Изписването на лекарства по критерий цена може да се окаже изключително опасно за здравето на пациентите.

Забавени лекарства
В момента на различен етап на одобрение са продукти за тежка астма, множествена склероза, два вида медикаменти за рак на белия дроб, лекарство срещу мултиплен миелом, мантелноклетъчен лимфом, два продукта при ХИВ/СПИН, остра лимфобластна левкемия, антибиотик срещу вътреболнични инфекции, два продукта срещу остра миелоидна левкемия, миелом, недребноклетъчен рак на белия дроб, метастатичен рак на гърдата, хепатит С, шизофрения и др.

www.investor.bg, 04.10.2018 г.
https://www.investor.bg/novini-i-analizi/339/a/transformaciiata-na-sofarma-treiding-s-akcent-kym-aptekite-i-pazara-na-drebno-269290/

Трансформацията на "Софарма Трейдинг" с акцент към аптеките и пазара на дребно
За две години компанията губи около 11 млн. лв. от разгръщането, но това по-скоро трябва да се приема като инвестиция, а не като загуба

Българският търговец на лекарства "Софарма Трейдинг" АД отчита разнопосочни движения между неконсолидирания и неконсолидирания отчет през последните 24 месеца, като дъщерните дружества са на загуба, а консолидираната печалба е по-малка от консолидираната.
Основната причина е провежданата от компанията експанзия в България чрез създаването на аптечна мрежа SOpharmacy, включително чрез придобиване и ребрандиране на аптеките "Фармастор". Причината е и в придобиването на сръбския търговец на едро Lekovit.
За две години компанията губи около 11 млн. лв. от разгръщането, но сумата по-скоро трябва да се приема като инвестиция. Много от аптеките SOpharmacy са нови обекти, а като всеки нов обект той стартира на загуба, нужно е време за натрупване на лоялни клиенти, което става с помощта на промоции и инвестиции. За съжаление счетоводството не може да хване тънката разлика между инвестиция и загуба.
Например, ако компания започне да създава мрежа от аптеки „на зелено“, капиталовата инвестиция може да е около 1 млн. лв. само за аптечно оборудване и зареждане с

материали. А после до налагането на веригата и достигане на точка на обръщане от загуба към печалба да се натрупат 9 млн. лв. загуби. Така инвестицията ще е 10 млн. лв., но счетоводно ще има загуба от 9 млн. лв. Също така компанията може да придобие готова верига аптеки за 10 млн. лв. и тогава инвестициите ще са за 10 млн. лв., а загубите ще са нула лева.Тоест, счетоводството не сработва при такива случаи.

Това обаче създава голям проблем за анализаторите, инвеститорите и журналистите, свикнали да се облягат на финансовите отчети. Съответно и цената на акциите на "Софарма Трейдинг" АД в последните две години се движи в коридора между 7 и 9 лв.

Идеята е за нещо голямо, над вече познатия търговец на едро

Навлизането в търговията на дребно чрез веригата SOpharmacy не цели повече продажби на едро, а навлизане в сегмента с крайни клиенти, т.е. изцяло нов бизнес сегмент, осигуряващ нов мащаб извън търговията на едро.

Стратегията на дружеството за навлизане в ритейл сегмента е с основна цел осигуряване на достъп до крайния клиент, който дава най-силно конкурентно предимство, осигурявайки много възможности за синергии. Например собствените марки в съвременните ритейл вериги на Запад осигуряват между 50 и 80% от приходите от продажби. Нещо, което вече се вижда при продажбите на собствените марки в хранителните вериги Metro, Billa, Kaufland и Lidl.

Тъй като аптеките SOpharmacy стартират сега, идеята е да не са до болница и да хващат „трафика“, а от западните пазари е взаимствана идеята за квартална аптека (community pharmacy), която се отличава с висока лоялност и изграждане на дългосрочни доверителни отношения с клиентите. Именно затова аптеки SOpharmacy обикновено са ситуирани в жилищни райони, далеч от търговски локации, където се разчита на „случаен“ потребителски поток.

Освен това компанията е решила да инвестира в развитието на редица програми за здравословен живот, профилактика и превенция на здравето. По този начин аптеките изграждат отношения с пациентите, надхвърлящи конкретния повод за покупка.

Дали стратегията за аптеките SOpharmacy ще бъде успешна?

Предстои да видим дали това ще проработи в български условия. Но идеята е SOpharmacy да бъде с голям дял сред аптеките и дрогериите в България и да бъде разпознаваем бранд. Подобна идея има и за Сърбия, започната с придобиването на дистрибутора на едро Lekovit.

В началния етап (какъвто е той в момента на около втората година) е трудно да се каже, особено на фона на загубата в дъщерните дружества на "Софарма Трейдинг" АД, но видно от развитието на дружеството в последните над 10 години и от опита на компанията майка "Софарма" АД, може да се заключи, че шансовете за успех са налице. В момента обаче анализаторите са затруднени, защото зрелият бизнес с търговията на едро се комбинира с новоизграждащия се бизнес с аптеките и експанзията в Сърбия (където стратегията също е и за аптечна мрежа).

Текущите финансови данни, всяващи смут сред анализаторите и инвеститорите

Неконсолидираният отчет е доста позитивен, с ръст на печалбата от 13% до 8 млн. лв. за първото полугодие на 2018 г., докато при консолидирания отчет се отчита спад на печалбата от 25% до едва 3,85 млн. лв. за януари-юни 2018 г. Тук обаче е налице ефектът от амортизация на нематериални активи след осъществените сделки по придобиване. Без този ефект и консолидираната печалба щеше да расте. При всички случаи анализът е труден, защото са смесени зрял бизнес и бизнес „на зелено“, а прогнозите са трудни.

Акциите на "Софарма Трейдинг" АД поевтиняват с около 6% за последните 12 месеца до 7 лв. за ценна книга (към 1 октомври), но с отчитане на ефекта от изплатения дивидент от 0,3 лв. на ценна книга понижението е под 1%.

Все пак има отстъпление спрямо рекордната цена за последните 12 месеца от 8,4 лв. за акция. Цената на акциите е била около текущите 7 лв. и през януари 2017 г., но след това са разпределени два дивиденти от по 0,3 лв. През април 2017 г. е отчетен и рекордът от 9,05 лв. за ценна книга при търговията на "Българска фондова борса" АД, след което са разпределени двата дивидента от общо 0,6 лв. Видно е, че цената на акция е в широка корекция и инвеститорите са стресирани от резултатите на консолидирана база, резултат от експанзията.
Материалът е с аналитичен характер и не е препоръка за покупко-продажба на ценни книжа. Авторът притежава 1 акция от капитала на Софарма Трейдинг АД.

БАНКЕРЪ 05-12.10.2018 г., с. 29

Марихуаната настъпва към европейския пазар

Легалният канабис е напът да придобие европейски привкус, твърдят шефовете на най-големите производители на марихуана от Канада. Те очакват Европа и нейните 500 млн. обитатели да се включат в бизнеса до няколко години. Медицинската марихуана вече е легализирана в няколко държави от Европейския съюз - първата стъпка за пълното признаване на мекия наркотик в Канада и в някои американски щати. Включването на Европа в нажежения до червено пазар на легален канабис може да се материализира в нови продажби за милиарди долари, което ще подкопае ред бизнес сектори като фармацевтика, алкохол и тютюн.
Брус Линтън - главен изпълнителен директор на канадската Canopy Growth Corp. - най-голямата по пазарна капитализация компания за канабис в света към края на септември 2018-а, очаква в рамките на пет години Англия да има напълно развит пазар за наркотика, подобен на канадския в момента, фирмата на Линтън вече присъства в 11 държави, между които са Дания, Германия и Чешката република. През третото тримесечие около 1000 германски аптеки са имали грубо 10% дял от продажбите на компанията на Canopy Growth Corp.
Себастиън Сейнт Луис - главен изпълнителен директор на конкурентната Hexo Corp. предвижда до три години легализиране на психоактивната марихуана във Великобритания. Това е достатъчно кратък срок, в който ЕС да се включи в бързо растящия пазар на канабис, оценен от Сейнт Луис на 110 млрд. щ. долара годишно.

24 часа 05.10.2018 г., с. 7

„Аджибадем" съди здравната каса за 13 милиона лева

Турската група „Аджибадем" съди българската здравна каса за над 13:млн. лв., става ясно от документи в Търговския регистър.
Там е посочено, че това е сумата на надлимитните, но неплатени дейности, извършени през 2015,2016 и 2017 г. от болниците „Аджибадем Сити клиник Токуда", „Аджибадем Сити клиник" и тези в Бургас и Варна, който са собственост на групата.
Във финансовия отчет на дружеството е посочено, че не е направена обезценка на тези вземания, тъй като то ги смята за платими.
Както „24 часа" писа в четвъртък, „Аджибадем" се кани да се изтегли от България и продава болниците си. Това става малко повече от 2 г. след като групата влезе на българския пазар.

От документите в Търговския регистър става ясно, че новият собственик ще трябва да поеме и банкови заеми от над 51 млн. лв., като основната част от тях са към холандската банка ING. Освен тези задължения е посочено, че „Аджибадем" е заделила 1,7 млн. лв. за евентуални обезщетения по искове, които са заведени от пациенти в България срещу групата. Загубата на „Аджибадем" от дейността за двете години, откакто работи у нас, е над 24 млн. лв.