ПРЕСКЛИПИНГ

6 август 2018, понеделник

www.investor.bg, 03.08.2018 г.
https://www.investor.bg/ikonomika-i-politika/332/a/lechenieto-v-chujbina-minava-izcialo-kym-nzok-ot-2019-g-265867/

Лечението в чужбина минава изцяло към НЗОК от 2019 г.

Ще бъдат направени законови промени в начина на допускане на лекари от чужбина, каза зам.-министърът на здравеопазването д-р Бойко Пенков

От началото на 2019 година дейността по лечението в чужбина ще премине мине под шапката на Националната здравноосигурителна каса. Това каза по БНР заместник-министърът на здравеопазването д-р Бойко Пенков.
По думите му скоро ще бъдат предприети законови промени в начина на допускане на лекари от чужбина, които да извършват съвместни лечебни дейности с българските си колеги.
Припомняме, че **предложението за сливането е на новия управител на НЗОК** д-р Дечо Дечев.
Той предложи дейността по лечението в чужбина да мине само към една институция - Здравната каса, а не да се разхвърля между три институции, както е в момента - Комисията за лечение в чужбина, Фондът за лечение на деца в чужбина и Здравната каса. Според д-р Дечев предоперативната и следоперативната дейност по лечението може да се извършва в България, а при недостиг на капацитет могат да се поканят чужди специалисти.
Заместник-министърът на здравеопазването д-р Бойко Пенков посочи, че проблемът не е във финансирането на тази идея, а в остарялото законодателство.
"Проблемът, който имаме в момента, не е толкова като възможности за финансиране на такъв тип дейност, а е остарялата нормативна база, която трябва да бъде променена във връзка с допускането на лекари в други страни за извършване на лечебна дейност в България. Има наредба, която определя как става това нещо – малко тромава. Ако водещ професор дойде в България, ние трябва да го направим член на Лекарския съюз за десет дена“, обясни д-р Пенков.
По статията работи: Евгения Маринова

www.zdrave.net, 03.08.2018 г.
https://www.zdrave.net/-/n6881

Д-р Маджаров: Единственото, което не плащаме на европейски цени, е трудът на медиците

„Познавам д-р Дечев като един от най-добрите професионалисти в нашата сфера. Той вече е бил в управлението на касата, дълги години управлява и лечебно заведение, така че подкрепям всички тези, които изложи. Смятам, че идеята за това финансовият ресурс на НЗОК да се насочва там, където може да се постигне ефикасност, ефективност и контрол, е в основата на това да избегнем лобизма там, където има опасност от него, там, където се кръстосват големи парични потоци”. Това коментира пред „Телеграф” председателят на Българския лекарски съюз д-р Иван Маджаров.

Той коментира и очаквания нов здравноосигурителен модел, като посочва, че недостатъците на сегашния не са свързани нито с достъпа до здравеопазване, нито в липсата на високи технологии, нито с качеството на специалистите и апаратурата, а с правилата, по които работи системата. „И точно те носят вина за недоволството на обществото. Аз очаквам промените, които ще предложи екипът на министъра, да са насочени към това", казва д-р Маджаров.
По думите му, в системата трябва да има баланс, така че с наличните ресурси да се постигне удовлетвореност и у пациентите, и у изпълнителите на медицинска помощ, и у производителите и търговците на лекарства. „В противен случай ще останем държава само на недоволни пациенти", прогнозира той.
Председателят на БЛС за пореден път подчертава, че една от стъпките за промяна в системата трябва да е въвеждане на регламентирано доплащане. „Всички изследвания показват, че освен публичните средства от 8% здравни осигуровки в България се харчат още почти толкова пари - около 4 млрд., които са нерегламентирани. Този факт би могъл да се използва, за да се въведе регламентираното доплащане", казва той и допълва: „Давам си сметка, че на пръв поглед звучи като нелепо. То обаче ще доведе до позитиви. Ще даде възможност пациентът сам да контролира какво се случва по време на неговото лечение. Ще даде възможност лечебните заведения да привлекат на място специалисти на европейско, световно ниво, да могат да го предложат напълно регламентирано в ценоразписа си. Коректно е и към самите пациенти да виждат колко струва лечението им и да доплащат една малка част от него. Тази малка част е контролна - когато е регламентирана, те ще могат да избират дали да го направят или не, защото доплащането се явява в случаите, при които човек иска нещо повече, отколкото му гарантира основният пакет на НЗОК".
За да се регламентира това обаче, първата стъпка е остойностяването на дейностите в лечебните заведения и труда на медиците, отбелязва още д-р Маджаров. „Само тогава напълно прозрачно пред всички български граждани ще можем да кажем - да, това струва толкова, защото лекарствата са на европейски цени, апаратурата е на европейски цени. Всички знаем, че и токът, и водата, и горивата вече са на европейски цени. Единственото, което не плащаме на европейски цени, е трудът на лекарите и на медицинските сестри", подчертава той.

www.clinica.bg, 03.08.2018 г.
https://clinica.bg/5739-

Верификация в действие

Системата вече може да се използва, 476 000 опаковки с лекарства с код са на българския пазар

Мария ЧИПИЛЕВА

Процесът по верификация на лекарствата у нас напредва и вече може да се прилага на практика. Това показват данните на Българската организация за верификация на лекарствата (БОВЛ).
Системата за верификация се въвежда на европейско ниво и е задължителна за всички фармацевти, търговци и производители от общността. В Европа над 800 компании са стартирали процеса, а очакваният брой на производителите, които трябва да се свържат с хъба възлиза на 2500. Отделно са аптеките и търговците на едро. Ако някой от тях не

се включи в процеса, няма да може да продават всички лекарства на пазара, тъй като няма да може да разчита новия 2D matrix код, който производителите вече слагат на опаковките си. Процесът у нас засега върви повече от добре.
Системата за верификация вече е в производствена среда и може да бъде използвана. Девет български производители имат подписано споразумение за сътрудничество с Европейския хъб и работят по прилагане на сериализацията - поставянето на код върху опаковките на медикаментите си, чрез който ще могат да бъде проследявано движението им. До края на юли в националната система вече са качени 476 000 сериализирани опаковки на 10 различни компании, отчитат от БОВЛ. Сред производителите най-активно е участието на „Вьорваг", „Джонсън и Джонсън", „Рош".

Опаковките вече се верифицират от аптеки и търговци на едро. Засега в пилотните тестове са се включили пет болнични аптеки – на „Аджибадем Сити Клиник", Токуда, „Александровска", „Уни Хоспитал", Първа МБАЛ – София и УСБАЛО. Има и повече от 10 болници, които са заявили желание за участие в пилотната фаза.
Това е много важен критерий за успешното внедряване на системата в България на фона на забавянето в болниците в цяла Европа, добавят от организацията.
В пилотната фаза участват и вериги аптеки за търговия на дребно, както и двама дистрибутори. Освен това в процеса по внедряване на верификацията са се включили и 9 ИТ-компании /доставчици на аптечен софтуер/. Чрез тях свързването на крайните потребители със системата има 100% успеваемост.
Крайната дата за внедряване на
системата за верификация трябва да бъде 9 февруари 2019 г. Засега по всичко личи, че тя ще бъде спазена.

Тестовете за верифициране и отписване на опаковките засега са без грешка. Те са много полезни, за да се получи обратна връзка от потребителите за усъвършенстване на някои от техническите параметри, допълват от БОВЛ. От организацията през септември ще започнат поетапно да изпращат електронни покани към фармацевтите, за да се свързват със системата. За целта те ще трябва да си купят специални четци за кодовете. Въпреки че инвестициите от тяхна страна няма да са големи, не всички мнения по внедряването на системата за верификация са еднозначни.
Основната цел на инициативата е
да се ограничи до минимум възможностите за продажба на фалшиви лекарства, които са опасни за здравето на хората. В момента обемът им в ЕС варира от 1 до над 4 процента. У нас се счита, че е около един процент или около 1.8 млн. опаковки на година. **Освен ограничаването на фалшивите лекарства, системата може да се използва за всякакви видове анализи и дори за борба с нелегалния реекспорт и проследяването на легалния. Подобно предложение дори имаше в парламента по време на обсъждане на промените в закона за лекарствата, които засягат реекспорта тази година.** Засега обаче създателите на системата за верификация, които на практика са най-големите световни производители на лекарства, не са склонни да увеличат възможностите за употреба на информацията, която тя ще генерира. Все пак достъп до нея ще имат и институциите на всяка държава след запитване и одобрение от шапката на системата, която е Европейската организация по верификация и от структурите на местно ниво, каквато е БОВЛ. На практика в тях представителство имат всички субекти в бизнес процеса – производители, дистрибутори, аптекари.

www.clinica.bg, 03.08.2018 г.
https://clinica.bg/5744-

Болничните фармацевти подкрепят уеднаквяването на ОЗТ

Това ще подобри достъпа до иновации и ще намали двойната работа, смятат от ЕАНР

Асоциацията на Европейските болнични фармацевти (ЕАНР) подкрепя усилията на Европейската комисия за увеличаване на кооперацията между държавите членки при извършване на оценката на здравните технологии (ОЗТ). Това се казва в позиция на асоциацията.
Повод за нея е напредъкът в работата на комисията за уеднаквяване на правилата в общността при преценката дали едно ново лекарство или изделие има принадена полза и икономически ефект, за да се финансира с публични средства. Към момента всяка държава сама изработва правилата, по които прави този анализ. Идеята на ЕК обаче е те да се уеднаквят поне за медицинската част на оценката, а икономическата да остане приоритет на всяка страна.
Здравните професионалисти и фармацевтите
имат етичното задължение да се уверят, че пациентите имат достъп до най-подходящото лечение, ние сме заинтересована страна по дискусиите, които ускоряват кооперацията в полето на ОЗТ, казват от асоциацията. Оттам добавят, че това ще намали дублирането на работата за всяка държава и ще даде повече сигурност за тези с по-малко опит в експертизата. За да подпомогнат процеса по уеднаквяване на правилата, от асоциацията приветстват създаването на мрежа от специалисти, в която да се включат и техни представители.

www.btv.bg, 04.08.2018 г.
https://btvnovinite.bg/bulgaria/evroeksperti-za-sprenite-lekarstva-njama-neposredstven-risk-za-pacientite.html

Евроексперти за спрените лекарства: Няма непосредствен риск за пациентите

Част от медикаментите за кръвно отново са в аптечната мрежа

След предварителна оценка Европейската агенция по лекарствата (ЕМА) изчислява, че е възможно да има един допълнителен случай на рак на всеки 5 000 пациенти, приемащи засегнатите лекарства при най-високата доза валсартан (320 mg), всеки ден в продължение на 7 години. Изчислението се основава на средните нива на този примес, открити в активното вещество валсартан, произведено от Zhejiang Huahai Pharmaceuticals - (60 части на милион (ppm)).
Изчисленията са направени при допускане, че откритото количество примес в активното вещество е същото и в крайния лекарствен продукт. Посоченият риск е теоретичен, изчислен след проучвания при животни, статистика за опасността от рак в Евросъюза, и предвид факта, че примесът може да попадне в организма и от други източници – като храна и вода.

Скандалът с лекарствата за сърце: Засегнати са 160 000 български пациенти

„Към текущия момент данните, които са дадени на база на математическата прогноза на ЕМА показват, че реално риска за здравето на пациентите в този момент няма", коментира пред bTV магистър-фармацевтът Антон Вълев.
От фирмите, които са използвали активното вещество от китайския завод (Zhejiang Huahai), извършат анализ на мострите от крайните лекарствени продукти, които съхраняват, за да установят действителното количество на примеса (NDMA). Допълнителни проверки са извършени от официални контролни лаборатории на ЕС. Когато се получат данните от всичките тези анализи, ЕМА ще може да предостави повече информация относно риска от примеса за пациентите.
Няма непосредствен риск за пациентите, посочва ЕМА. Тези пациенти, които приемат засегнатите лекарства и още не са преминали на алтернативно лечение, не трябва да спират приема на своето лекарство, без да се консултират със своя лекар и фармацевт.
Лекарствата, съдържащи валсартан, се използват при пациенти със сериозни или потенциално сериозни сърдечносъдови заболявания (високо кръвно налягане, скорошен сърдечен инфаркт и сърдечна недостатъчност). По тази причина не се препоръчва пациентите да прекъсват лечението, в случай че то е било предписано.
Веществото в изтеглените лекарства – „предполагаем канцероген"
Всички лекарства, съдържащи активното вещество валсартан, произведено от Zhejiang Huahai Pharmaceuticals, са блокирани и изтеглени от аптеките в ЕС, но има налични други лекарства, съдържащи валсартан, които не са засегнати от примеса. Пациентите, които искат да получат повече информация за своето лечение, трябва да се свържат със своя лекар или фармацевт.
NDMA не е очакван примес и се счита, че обяснение за неговата поява са промени в производствения процес, които Zhejiang Huahai Pharmaceuticals въвежда през 2012 г. Други активни вещества, произвеждани от фирмата, не са засегнати.
NDMA е класифициран като възможен канцероген при хората, въз основа данни от проучвания при животни. Веществото се открива в някои храни и водоизточници, но не се очаква да оказва вредно въздействие при поглъщане в много малки количества.
Агенцията по лекарствата в България (ИАЛ) вече отблокира част от лекарствата на нашия пазар, тъй като фирмите са представили доказателства, че активното вещество в продуктите им е купено от друг завод, не този в Кита. Информация за отблокираните продукти може да намерите на сайта на ИАЛ www.bda.bg/bg/

труд **06.08.2018 г., с. 12-13**

Националният консултант по кардиохирургия, проф. Генчо Начев, пред „Труд"

В България всеки е най-велик и първи е открил топлата вода

Още от 1 януари 2019 г. държавата трябва да си плаща всичко, ако иска да е държава и за пример да е

ИЗВАДКА
Нашият гост
ПРОФ. НАЧЕВ е изпълнителен директор на СБАЛССЗ "Св. Екатерина" ЕАД. Завършва медицина с отличие през 1975 г. Притежава специалностите обща хирургия и кардиохирургия. Специализирал е в Кралски колеж по хирургия-Лондон, Немски сърдечен център /DHZ/ - Берлин, Медицински колеж Baylor-Хюстън, Сърдечен институт - Минеапо-лис, САЩ. В момента е национален консултант по кардиохирургия. Носител

на следните звания и отличия: Медик на годината - 1998 г., Лекар на годината - 2006 г., Лекар на България - 2009 г,, Приз "Човеколюбив", почетен гражданин на Казанлък, почетен гражданин на София, орден "Стара планина" - първа степен, награда "Лекар на Югоизточна Европа" от Втория международен конгрес на Югоизточноевропейския медицински форум.

Интервю на ПАВЛИНА ЖИВКОВА

Промените в здравноосигурителния модел, които здравният министър Кирил Ананиев се очакват да предложи за публично обсъждане до края на август, предизвикаха остри дискусии още преди да е ясно какви точно ще са новостите. За недостига на средства в здравеопазването, за необходимата реформа, за качеството на медицинските услуги и контрола върху изразходваните средства, разговаряме с проф. Генчо Начев.

- Проф. Начев, заговори се, че предстои вдигане на здравните ни вноски с 2%. Това ли е начинът да се реши **проблемът с недостига на средства в НЗОК?**

- Това не е начинът и **според мен не е правилният начин да се реши проблемът.** Когато говорим за недостиг на средства, първо трябва да знаем колко средства са необходими. Никой не може да каже. Един каза: Наливам толкова много пари и пак нищо не става. Друг казва, че средствата са малко, защото не е дооценена дейността. За да говорим има ли недостиг на средства или дали повече са средствата, давани за здраве, трябва да се направи реална оценка на медицинските услуги. Реална оценка на медицинските услуги в България няма. Отдавна трябваше да се почне оттук. Клиничните пътеки, с цените които имат нямат нищо общо с реалната оценка на медицинската услуга, независимо от това, дали тя е на ниво доболнична помощ или болнична. Задължително е да се направи това. Единият начин беше чрез диагностично свързаните групи, но те не са панацея, т.е. те не са едно лечение за всичко и не могат да се въведат от днес за утре. Необходима е много сериозна подготовка на оценители, на кодировчици. **От пет години всеки месец даваме данни на три институции - на здравното, на финансовото министерство и на НЗОК, информация колко средно струва на болницата всяка една пътека. Не колко ни е платила касата, а колко реално ни струва.** Какъв е проблемът да се събере за една клинична пътека Х от всички болници средната цена, която е била за 3 г.

- Наистина, какъв е проблемът?

- Никакъв проблем няма. Трябва да седнат и да го направят, но никой не иска да го направи. Защото ще се промени статуквото. Какъвто и здравноосигурителен модел да се приеме, ако нямаме реалната стойност на медицинските услуги, в които да влиза и трудът, ние пак ще говорим наизуст и пожелателно, а парите пак няма да стигат.

- Какво според вас трябва да се направи?

- Какъв модел ще предложи здравният министър, нямам представа, защото не съм комуницирал на тази тема. Министърът сигурно го е представил на политическо ниво и след това трябва да се пусне на обществено обсъждане. **Според мен трябва да се въведе доплащането.**

- Това е непопулярна мярка и може да има висока политическа цена.

- Само на пръв поглед подобна мярка звучи страшно. Тя никак не е страшна. Какво цели съучастието на пациента? Досега говорим за задължително здравно осигуряване в рамките на един солидарен модел. Всички плащат, с надеждата никога да не ползват тези пари. Богатите плащат повече, бедните по-малко, работодателите също участват. Крайно време е да има персонализация на осигуровката, т.е. нека се запазва базата от 8%. Няма защо да се качва солидарната вноска, защото пак ще е наливане на вода в пясък. Оттам нататък е добре да се надгражда с лично участие. То може да е 5%, 10%, в Европа е 20%.

- Но това са допълнителни пари, които всеки българин ще трябва да извади от джоба си.
- И в момента, по статистически данни 40% от парите за здраве хората са ги извадили от джоба си. И за голямо съжаление, голяма част от тези 40% са нерегламентирани и са дадени под масата.
- Как е установено, че 40 % от парите за здраве излизат от джобовете ни?
- Като се знае, че парите за здраве в бюджета са около 4 млрд лв., а годишно се харчат около 7,2 млрд лв., не е трудно да се изчисли какъв е процентът на даваните пари от болните. При модела с лично участие говорим за максимум 20 %, които ще са различни в зависимост от тежестта на пътеката, или от цената на услугата. Това няма да натовари хората повече. Но има три страхотни ефекта. Първият е контролен -щом като вадиш пари директно от джоба си , ще се замислиш дали това, което някой лекар ти предлага, да го приемеш веднага, или да не се консултираш и с още един доктор. Ще се замислиш и дали е нужно въобще. Вторият ефект е възпитателен, защото сериозно започваш да мислиш за здравето си, защото ще трябва да извадиш от джоба си, ако се налага. Далеч съм от мисълта, че това ще превъзпита целия български народ и той ще спре да се храни нездравословно, ще започне да спортува по четири пъти седмично... Не съм идеалист, но оттук трябва да се започне. Третият ефект е върху застрахователните дружества, или върху осигурителните фондове. Засега те са само корпоративни - застраховат тоя персонал, с предварителната уговорка, че връщат еди колко си процента, еди къде си. Корпоративното застраховане не е истинско застраховане, няма какво да се лъжем. Така беше и с осигуряването.
- Как ще се реши този проблем?
- Когато застрахователните фондове вече влязат в играта, в следващите три години ще се разбере кои са най-могъщи - имат офиси във всеки областен град, най-много хора са привлекли. Тогава би могло да се реши хората, които са влезли в тези успешните фондове да минат и със задължителните си вноски при тях. Първата стъпка най-вероятно ще е с даването само на доболничната помощ. Нека видим дали няма да паднат разходите. На петата година примерно, ако са се справили, защо да не им се даде и болничната помощ. И така, по естествен път би се стигнало до демонополизация на здравната каса. И понеже сме социална държава, нека да има и един фонд, за тези, които са социално слаби, да им се плащат допълнителните неща. Както има енергийни помощи, така да има и здравни помощи.
- А какво правим с държавата, която не плаща на 100 % вноските на онези, които осигурява - на пенсионерите и децата?
- Това не трябва въобще да го обсъждаме. Още от 1 януари 2019 г. държавата трябва да си плаща всичко, ако иска да е държава и за пример да е. След като държавата е направила този модел, трябва да е мислено как ще се осигурят парите. Още повече, че всички знаем, че тези групи хора, които държавата осигурява са най-уязвими и най-често ползват здравни услуги. Да, системата е солидарна, но нека всички си плащат процента, който трябва.
- Застрахователни дружества или осигурителни фондове е по-добрият вариант?
- Ако се избере вариантът нови каси, те тепърва трябва да се създават, пак да се назначава администрация... Застрахователите ще си създадат каси. Мисля, че моделът трябва да се надгражда. За мен е грешка, че осигурителните дружества минаха към застраховането. Струва ми се, че това бе направено заради интереси в международен план. Не пречи сега застрахователните дружества да започнат да изпълняват дейността по здравно застраховане. Важното е да отговарят на определени условия. Примерно, да имат офиси навсякъде, задължително не трябва да има подбор по отношение на здравния статус. Ако един пациент е възрастен и с лош здравен статус, ще плаща повече, но не бива да му отказва здравна застраховка. Дружествата имат много добри актюери, за които не е

проблем да се справят със задачата. Най-важното е не по пол, възраст, вероизповедание и имотно състояние, а по здравен статус да не могат да отказват. Разбира се, важен е и контролът. Без контрол не може нищо да стане. Говоря не за последващия контрол, при който проверяват дали има кардиограма, дали е сложена или не, а за предварителния контрол, който трябва да установи дали е необходимо да се извърши една или друга интервенция според това има ли показания, или някой е писал, че има такива, за да вземе парите. След това трябва да започне контрол за качеството на извършваните услуги и да се плаща за качество.

- Може ли един чиновник от здравната каса да каже дали една услуга е извършена качествено, или не?

- Не може. Не само от здравната каса, но и одитът не може да се произнася по качеството. Съсловието трябва да осъществява този контрол. Така е в целия свят. Камарата е съсловна и съсловието на кардиохирурзите има заклети експерти, които правят оценката, те вземат участие и в оценката и на инвазивната кардиология.Те могат да кажат дали тези, които са слагали стентовете, са ги сложили по показания, или за да вземат парите. Обратно, когато се прави анализ на дейността на кардиохиругията, участват инвазивни кардиолози, защото те много добре разбират дали е имало показания точно за тази операция. Тогава ще има реална оценка на качеството.

- Защо не е създадена такава система на контрол?

- Защото в България всички сме велики. Да сте чули някой да каже, че друг е по-добър от него? Всички сме само вождове. В България индианци няма. **Повтарям - контролът, който НЗОК прави, не е контрол, той е контрол на атрибути - дали нещо го има или не. Те не са специалисти, не са експерти, за да направят контрол върху същността, върху качеството.**

……