

ПРЕСКЛИПИНГ

6 декември 2018, четвъртък

VINF 13:40:02 [05-12-2018](#)
PP1339VI.004

Променя се Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия

София, 5 декември /екип, БТА/

Правителството одобри изменения и допълнения в Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат, съобщи пресслужбата на кабинета.

С измененията се дава възможност НЗОК да обезпечава и контролира доставянето на медицински изделия и поддържането на съответни наличности от тях, посредством договорите, които ще сключва с производители/търговци на едро. Също така ще се осигурят по-висококачествени медицински изделия за здравноосигурените посредством въвеждане на изискване в наредбата медицинските изделия да се заплащат от обществен фонд в поне три от страните - членки на Европейския съюз, при същите индикации или заболявания, или да са заплащани от НЗОК през последните 10 години.

НЗОК ще има възможност да сключва договори с участниците, заявили съответни групи медицински изделия, прилагани в условията на болничната медицинска помощ, заплащани на производители или търговци на едро, представили най-разходоефективни за бюджета на НЗОК предложения, включващи определените от Националната здравноосигурителна каса съответни условия за доставка на медицинските изделия, отчитането им, заплащането, представяне на банкова гаранция и други. Това предложение е свързано със спазване на бюджетната дисциплина, стриктно придържане към нормите на Закона за публичните финанси, както и със стремежа на НЗОК да осигури достъп на повече здравноосигурени до необходимите им, съобразно здравословното им състояние, медицински изделия.

www.zdrave.net, 05.12.2018 г. TC "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n8004>

Правителството отпусна допълнителни 5 млн. лв. на МЗ

Министерският съвет одобри допълнителни разходи в размер на 5 000 000 лева по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2018 г., съобщават от правителствената информационна служба. Средствата са с целево предназначение за държавни болници, за закупуване на дълготрайни материални активи по „Политика в областта на диагностиката и лечението“, бюджетна програма „Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението“, уточняват от там.

Проектът е в съответствие с действащото в страната законодателство в областта на медицинската помощ и с целите, набелязани от действащите стратегически документи в сектора, основните от които са Националната здравна стратегия 2020 и Концепция „Цели за здраве 2020“.

Очакваните резултати от приемането на постановлението са свързани с подобряване на функционирането на системата за оказване на болнична помощ в страната с фокус върху онкологичната болнична помощ. Ще се подобри достъпът и ефективността на

диагностиката и определянето на терапията за лечение. Ще се повиши качеството на живот на пациентите, смятат от МС.

www.clinica.bg, 05.12.2018 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/6914->

ГЛАСУВАТ ЗА АНЕКСА ДРУГАТА СЕДМИЦА

Неусвоените пари за болниците от един месец ще се прехвърлят за следващия, казват от БЛС

Българският лекарски съюз ще решава дали да подпише анекс към сегашния рамков договор на 14 и 15 декември. 69-ият извънреден Събор на съсловната организация ще се проведе в столицата.

Подписването на анекса към сегашния рамков договор се налага заради новия бюджет на здравната каса и нормативните промени, които бяха приети с него. Както и заради някои изменения на правилата за работа, на които държеше съсловната организация на медиците.

В преговорите досега от лекарския съюз съобщиха официално, че са постигнали консенсус с НЗОК, че парите предвидени за една медицинска дейност трябва да бъдат разходвани само за нея. В случай, че има неусвоени от определения бюджет средства в болнична помощ, те ще могат да се прехвърлят за следващия месец, обясняват от БЛС. При неизразходваните средства на джипитата предстои да бъде намерен работещ механизъм, по който парите да бъдат усвоени. Възможно е това да стане чрез промяна на дейностите на цените им или чрез въвеждане на критерии за качество. Запазването на средствата на касата по всяко перо без право на прехвърлянето им в друго, бе сред основните искания на съсловната организация при приемането на бюджета на касата за 2019 г.

По време на преговорите с касата медиците са обсъди и идеята да отпадне вторичния профилактичен преглед при личния лекар, тъй като пациентите не се явяват на него. Също така да се въведе предхоспитализационен минимум при постъпване на пациента в болница. Идеята е той да гарантира, че болният няма да се лута между клиниката и личния лекар при нуждата да се осигурят изследвания, необходими за хоспитализация. В момента тези изследвания се поемат от пациента или болницата. Засега не е ясно кои от тези искания ще бъдат приети и от касата.

www.clinica.bg, 05.12.2018 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/6910->

ТАЗИ НЕВЪЗМОЖНА ЕЛЕКТРОНИЗАЦИЯ

Колкото повече стават парите в здравеопазването, толкова по-съмнително изглежда изграждането на работеща е-система

Мария ЧИПИЛЕВА

Осем години - четири неуспешни опита за изграждане на национална електронна система. И пети, който е на път да последва съдбата им. Освен, ако бизнесът не се разбере помежду си и не стисне ръцете си. Това обаче изглежда малко вероятно, защото става дума не просто за пари, а за много пари. Колкото повече стават средствата в сектора с всяка година, толкова по-малка е вероятността, начинанието да има положителен край.

Две са препятствията пред успешното финализиране на електронната здравна система у нас. И двете са идентични – финансови. В първия случай обаче става дума за много по-малко пари.

12 млн. лв. е бюджетът на държавата за изграждане на електронна информационна система този път. При първата процедура, която стартира през 2010 г., бюджетът беше малко по-скромен – 10 млн. лв. И въпреки че средствата и в двата случая не изглеждат много, фирмите в сектора не успяват да си ги поделят.

Историята

Първите пари за направата на електронна здравна система у нас бяха осигурени по европейски проект през 2010 г. по времето на първото правителство на ГЕРБ. Когато здравно министерство направи представяне на намеренията си да направи подобен проект в страната, на обсъждането му дойдоха около 20 фирми. Реално обаче в битката за това кой да осъществи проекта в годините се гонят пет основни компании. Всички те са български.

Първата поръчка за изграждане на информационна система здравното министерство обяви през 2011 г. Със смяната на здравния министър година по-късно обаче тя бе прекратена. И обявена нова. Която обжалва един от потенциалните извършители – „Технологика“. През 2014 г. новото задание пак беше спряно от същата фирма. С това страната ни загуби и право на парите за изграждане на електронна здравна система.

Две години по-късно - през 2015 г., по времето на второто правителство на ГЕРБ, страната ни завоюва нови 12 млн. лв. за електронна здравна система. За трета година това е второто задание, което здравните власти се опитват да реализират. И въпреки че то е разделено на пет части, така че всяка фирма да има какво да изгради според компетентностите си, резултатите не са по-различни от досега. Обществената поръчка този път е спряна от „Стемо“, която обикновено играе в комплект с „Гама Консулт“. А изгледи без обжалване да се разминат останалите задания, които министерството предстои да обяви, не са големи.

Проблемът

Борбата за електронната информационна система на здравеопазването не е просто борбата за 10 или 12 млн. лв. Парите, за които воюва IT-бизнесът са повече, защото фирмите, които я изграждат ще са ангажирани с нейната поддръжка. А таксата на година обикновено е около 10-20 процента от стойността на изграждането ѝ. На практика това означава гарантиран ежегоден приход от минимум 1.2 млн. лв. Отделно са допълнителните средства, които фирмата би могла да получи за доработването на нови функционалности. А такива неизбежно ще се налагат заради стремглавото развитие на технологиите. Третата, но не и на последно място причина, е референцията за победителя при участие в други подобни проекти в ЕС. Защото фирмите дори в световен мащаб, които са изградили национални електронни здравни системи не са много. А подобен опит има значение.

И по-голямата пречка

Ако всичко дотук са едната част от причините за липсата на електронна здравна система у нас, то още по-непреодолима е втората. Постоянно нарастващия бюджет за здравната каса, който вече мина 4 млрд. лв. И всяка година планирано се увеличава с минимум 200 млн. лв. Пари, които към момента се харчат при доста слаб контрол. Който рязко би нараснал, ако се въведе електронна информационна система. Защото тогава всеки управител на фонда или здравен министър ще може да изиска всякакви анализи и проверки, които да се правят буквално в момента на извършване на всяка дейност, на изписването на всяко лекарство. И много трудно някой ще може да извършва свръх хоспитализации, а друг да отчита медикаменти, които никога не е приложил за лечението на пациент. Защото с електронна система в здравеопазването извършените дейности,

предписаните и отпуснати лекарства, направените изследвания и техните резултати ще бъдат видими от всички специалисти, при които е отишъл пациента. По този начин ще стане изключително трудно да се злоупотребява с поставянето на диагнози и пускането по неправилни клинични пътеки.

За съжаление, докато бизнесът в страната – IT и здравен, не реши да изсветлее и да приеме да печели според работата, която е свършил, а не според размера на алчността си, нещата няма как да се оправят скоро. А това поставя пред изпитание не само качеството и ефективността на здравната ни система, но и имиджът и възможностите ни за развитие на страната ни в контекста на ЕС. Защото с липсата на здравна електронна система изоставяме все повече в процесите за обмен на данни между различните държави. А това става основно изискване за включване на всяка страна в международни проекти. Дано този път интересът на обществото победи над тясно фирмения.

Кой кой е в здравния IT-сектор у нас

Консорциумът „Стемо Гама Консулт“ е изграден от две фирми – „Стемо“ и „Гама Консулт“, и обикновено се явява заедно на повечето търгове. Последната поръчка, която консорциумът спечели беше прословутия пръстов отпечатък, за който НЗОК даде 477 хил. лв. без ДДС, а той не се ползва. Така е в сегашната жалба, с която спряха търга за електронна здравна система. Всяка от двете фирми обаче има и свое присъствие в здравния IT-пазар. Така например „Гама консулт“ е основният доставчик на информационни системи в болниците. Поддръжката им също е делегирана основно на тази фирма. Годишният наем за това е над 120 000 лв.

„Контракс“ е другият гигант, който традиционно се подвизава на здравния електронен пазар. Той е изградил операционен софтуер най-вече за извънболничната помощ, но конкуренцията там е доста по-голяма с оглед и на по-големия брой потребители. Както и заради спецификата на аптечния софтуер, където приоритетно оперират три други фирми. „Контракс“ бяха и основният конкурент на „Стемо Гама Консулт“ в надпреварата за пръстовия отпечатък. Въпреки че тяхната оферта беше по-ниска, те загубиха търга.

„Технологика“ е изградила пък електронната система на НЗОК досега, в която има налични пациентски досиета, които всеки може да достигне с персонален код. Броят на хората, които се ползват от него обаче са малко.

Без значение кой ще бъде победител в търга на здравно министерство за изграждане на цялостна информационна система в здравеопазването, той трябва да интегрира всички досегашни бази, както и да направи продукт, съвместим с останалите софтуери, така че да няма монопол на пазара. Въпреки че това условие е заложено във всяка поръчка и не крие риск от пренареждане на сегашния пазар, то се оказва недостатъчно.

www.clinica.bg, 05.12.2018 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"

<https://clinica.bg/6920->

ИСКАТ НЗОК ДА ПЛАЩА РЯДКО ЛЕКАРСТВО

Терапията с него струва 400 хил. лв. на година, но не води до излекуване на пациентите

Пациенти искат от здравната каса да реимбурсира ново лекарство за рядко заболяване. Става дума за медикамента nusinersen, който се използва при спинална мускулна атрофия. Лекарството не води до излекуване, а до облекчаване на проявите на болестта. За сметка на това цената му е изключително висока, тъй като диагнозата засяга малко пациенти. Средно на година терапията с него коства 400 хил. лв., обясниха от Сдружението на пациентите със Спинална мускулна атрофия (СМА) в България.

Към момента тази диагноза не фигурира нито в списъка с редки заболявания в България към НЦОЗА, нито в този с лекарствата, които плаща Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК). За сметка на това медикаментът е регистриран за употреба у нас на свободния пазар.

Спиналната мускулна атрофия е

животозастрашаващо генетично заболяване, което води до загуба на двигателна функция и дихателна недостатъчност. За съжаление, както и при повечето редки болести, засега няма измислена терапия, която да води до дефинитивно излекуване на пациентите. За сметка на това обаче в цял свят се появяват все повече поддържащи медикаменти, които осигуряват малко по-добро качество на живот на пациентите с тези диагнози. Тези лекарства обаче са изключително скъпи и отговорът на въпроса дали цената им оправдава резултатите, които дават, остава открит за всички държави.

Причината е, че общественият ресурс,

който всеки здравен фонд дава за тях, трябва да се вземе от други диагнози, които засягат много по-широки групи пациенти и резултатите от лечението са доста по-ясни – например сърдечно-съдови, онкологични и т.н. Въпросът кой трябва да плаща терапията за редките болести у нас, както и за кои седи на дневен ред от доста време. У нас в момента официално в регистъра за редки болести фигурират 63 диагнози. Най-вероятно диагнозата не е включена в него, защото не фигурира в списъка на наредбата за условията и реда за регистриране на редките заболявания у нас.

На този етап тя не фигурира и в приложенията

за диспансеризация. Поради това, че не е част от нито един списък с медикаменти, които да се плащат с публични средства, лекарството не е минало оценка и на здравните технологии, където специалистите да преценят дали има смисъл да се реимбурсира. Въпреки че здравната каса финансира лечението на доста по-малко от 63 диагнози, средствата, които дава на година за тези болести вече е над 100 млн. лв.

www.actualno.com, 05.12.2018 г. ТС "www.actualno.com" \f C \l "1"

https://www.actualno.com/society/majkite-na-deca-s-uvrejdanija-mestjat-palatkite-pred-zdravnoto-ministerstvo-news_710124.html

Майките на деца с увреждания местят палатките пред здравното министерство

Доволни сме, но истинската победа ще бъде утре, когато бъде приет и Законопроектът за личната помощ. Това заяви омбудсманът Мая Манолова след окончателното гласуване на второ четене на новия Закон за хората с увреждания, предаде БГНЕС.

Общественият защитник и представители на протестиращите майки от инициативата „Системата ни убива“, които от месеци настояват за реформи в социалната сфера, проследиха целия днешен дебат в зала. „Битката е за началото на реформата, за промяна на политиките по отношение на хората с увреждания – трудови квоти, подкрепа за заетост, мобилност, достъпна среда, финансова подкрепа. Каузата на протестиращите майки е свързана със Закона за личната помощ, който очакваме депутатите да приемат утре. Празникът ще бъде утре, на Никулден – хубав ден и християнски празник. Надявам се да имаме повод да благодарим“, коментира още Манолова.

От своя страна майките обявиха, че ако утре депутатите приемат разпоредбите на Закона за личната помощ във вида, по който беше постигнат консенсус, те ще преустановяват протестния палатков лагер пред Народното събрание. Протестът им обаче не спира, а палатките ще бъдат преместени пред Министерството на здравеопазването. Причината – искане за реформа в ТЕЛК.

"Това е само началото на една огромна крачка напред. От януари месец сме на друго място и пак с палатков лагер", уточни Вера Иванова, една от протестиращите майки.
ЕВГЕНИЯ ЧАУШЕВА

www.zdrave.net, 05.12.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n8009>

Багряна Маркова: Стана традиция НЗОК да има добра колаборация с пациентските организации

Надежда Ненова

„Интернет е прекрасно достижение на нашето съвремие, но то крие изключително много рискове. Там има твърде много информация, която реално е във вреда на пациентите. Считам, че този портал ще запълни една огромна празнина в интернет пространството, предоставяйки на пациентите информация, която е с надежден източник, адаптирана на достъпен за пациентите език, за да може всеки, когато прочете, да знае какво е добре за неговото заболяване, към кого трябва да се обърне, какви стъпки трябва да предприеме“. Това каза Багряна Маркова, началник на Пресцентър и протоколни дейности в НЗОК, в презентацията си „Пътят на пациента – от диагнозата до лечението“ по време на представянето на новата онлайн платформата за информираност за най-разпространените социално значими заболявания „Портал на пациента“.

Тя заяви, че НЗОК ще оказва активна подкрепа на създателите на портала. „От Нова година за всяко едно социалнозначимо заболяване започваме да разработваме „пътя на пациента“ – стъпките, които пациентите трябва да предприемат в момента, в който бъдат диагностицирани. Вече сме почти готови за пациентите с ревматоиден артрит, с активна болест на Крон, улцерозен колит, както и на активен ювенилен артрит“, каза Маркова.

Тя допълни, че вече е традиция през годините НЗОК да има добра колаборация с пациентските организации. „Благодарение на работата си с тях успяхме да променим режима за изписване на биологични лекарствени продукти за пациентите над 18-годишна възраст. Преди тези протоколи се изписваха с протокол 1А, което означаваше, че трябва да бъдат разглеждани в централното управление на НЗОК. Режимът вече е с протокол 1С, т.е. отпада необходимостта протоколите да минават първо през централното управление на Касата, след това да отиват в РЗОК и това да се случва на всеки шест месеца, при това без да се налага смяна на терапията. С промяната на този режим пациентите с ревматологични заболявания няма да подготвят непрекъснато и множество документи. Пълен набор от заявителни документи, които се съдържат в изискванията за лечение на тези заболявания, ще се представят пред РЗОК при започване на лечение, при първо продължение, при промяна в дозовия режим и смяна на терапия. При продължаване на същата терапия, трети и пореден протокол, заверката ще се извършва от РЗОК, като пациентът трябва да носи само първия протокол, с която му е била изписана терапията и новия“, каза Багряна Маркова.

Пресаташето на НЗОК подчерта, че чрез диалога с пациентските организации са осигурени почти 100% от лечението на диабетноболните. „Последното, което направихме, е при конвенционално лечение с инсулин да даваме по 150 ленти годишно, а при интензивно – 450. При лица, ползващи инсулинови помпи – 300 ленти и при идентифицирано лечение с инсулин и бременните – 1100 ленти годишно“, каза Маркова.

www.dariknews.bg, 05.12.2018 г. ТС "www.dariknews.bg" \f C \l "1"
<https://dariknews.bg/novini/bylgariia/otkriha-onlajn-platforma-za-naj-razprostraninite-socialnoznachimi-zaboliavaniia-2135578>

Откриха онлайн платформа за най-разпространените социалнозначими заболявания

Откриха първата у нас онлайн платформа за информираност за най-разпространените социалнозначими заболявания - Портал на пациента.

Адресът е www.portalnapacienta.bg, а основната идея на платформата е тя да бъде една отворена система, в която непрекъснато да се развиват нови теми, достижения в медицината, съвети към пациентите и близките им.

Проектът е по инициатива на Фондация „В помощ на здравето“. В момента са разработени следните области - кардиология, диабет, преддиабет, щитовидна жлеза, хипотиреоидизъм, хипертиреоидизъм, репродуктивни проблеми, онкология, неврология и ревматология.



ТС "В. Телеграф" \f C \l "1" 06.12.2018 г., с. 8

Касата следи под лупа медицинските изделия

НЗОК ще контролира доставянето на медицински изделия и поддържането им в наличност, чрез сключените договори с търговците на едро. С приетите изменения и допълнения в наредбата за изделията, касата планира да намали увеличаващите се разходи в това направление. Въвежда се и ново изискване, според което НЗОК ще плаща само за тези от тях, които се реимбурсират в поне 3 други страни в ЕС или се поемат от нея през последните 10 години. С това касата цели да осигури достъп на повече пациенти до животоспасяващите за тях медицински изделия.