

ПРЕСКЛИПИНГ

16 април 2018, понеделник

www.bnr.bg, 13.04.2018 г.

<http://bnr.bg/plovdiv/post/100958060/firmi-zavishavat-mnogokratno-cenite-na-medicinskite-izdelia>

Фирми завишават многократно цените на медицинските изделия

Потърпевши се оказват пациентите

Пациентите ще доплащат повече за медицински изделия. Това стана ясно от новия реимбурсен списък на НЗОК.

Решението е взето на 30 март от Надзорния съвет на касата, тъй като делът на касата за повечето медицински изделия е намален. В същото време от институцията твърдят, че повече пациенти ще получат медицински изделия през 2018 година, договорени са 828 нови. По темата – интервю с адвокат Андрей Дамянов, представител на неправителствените организации в Надзорния съвет на НЗОК.

Категорично гласувах против предложението за намаляване на този дял, който касата плаща за медицински изделия. Но всички останали гласуваха „за“. Един от мотивите на моите колеги, които гласуваха „за“ е, че за медицинските изделия няма референтни стойности, както е при лекарствата. В същото време в касата и в пациентските организации има много сигнали за сериозни разлики в цени на конкретни изделия – в мрежата те се предлагат на ниска цена, а касата плаща за тях много повече. Това също е една от причините НС да вземе това решение, обясни Андрей Дамянов.

Тези механизми са трудно доказуеми. НАП и Митницата са органите, които могат да проверяват такъв тип случаи, коментира още Дамянов.

Той е категоричен, че са необходими мерки, които да спрат злоупотребите със средства на касата. Темата за медицинските изделия днес отново ще се дискутира на заседание на НС на НЗОК.

www.dariknews.bg, 13.04.2018 г.

<https://dariknews.bg/regioni/pleven/blizo-600-kandidat-studenti-se-iaviavat-na-posledniia-predvaritelen-izpit-po-himii-a-v-mu-2090725>

Близо 600 кандидат-студенти се явяват на последния предварителен изпит по химия в МУ

18 са пълните шестици по биология за "Медицина" и "Фармация"

На 14 април, от 09.00 ч Медицински университет-Плевен (МУ) се провежда последният предварителен конкурсен изпит по химия за магистърските специалности "Медицина" и "Фармация". Изпитът е с продължителност 4 часа и ще протече от 9.00 часа до 13.00 часа в учебните зали на територията на Ректората, на Факултет «Фармация» и на Учебния корпус.

На 21 март приключи приемът на кандидатстудентски документи за явяване на предварителната изпитна сесия, като за поредна година зрелостниците имаха възможност да заявят желанието си за явяване на изпит по три начина – онлайн чрез

сайта на университета, на място в Ректората и чрез кандидат-студентските бюра в цялата страна.

Общо 778 кандидати са подали документи за явяване на предварителните изпити, от които най-много са предпочели електронното записване – 375; кандидатите, които са се записали на място, са 353, като само 50 са предпочели да кандидатстват чрез бюрата. На изпита по биология за магистърските програми на 25 март се явиха 601 зрелостници, а на втория конкурсен изпит по химия на 14 април ще се явят 598 кандидати.

Кандидат-студентите вече са проверили електронно или на място в Ректората резултатите си от първите два предварителни изпита по биология – за бакалавърските и за магистърските специалности на висшето училище. Тази година пълните шестици по биология са повече – 18 при 12 пълни отличници от миналата година.

Най-голям е процентът на оценките добър и много добър – 33% или 197 от зрелостниците са получили четворки и 31% или 183 са изкарвали петици. Процентът на слабите и средните оценки е по-нисък в сравнение с миналата година – 15% или 88 двойки и 11% или 68 тройки.

На теста за бакалавърските специалности пълните отличници са също повече от миналата година – 26 пълни шестици. Слабите оценки са малко на брой – 5; средните – 25; добрите и много добрите – съответно 34 и 42, като най-много са отличните над 5.50 – 57 зрелостници.

Висшето училище в Плевен първо от медицинските университети в страната въведе провеждането на предварителни изпити, а от тази година специално за кандидатите за бакалавърските програми организира и първите изнесени изпити в Монтана и Видин.

Целта на предварителните изпити е кандидатите не само да се адаптират и да проверят своите знания, но и да получат оценка, която е равностойна на тази от редовната изпитна сесия през м. юли.

Зрелостниците имат право на няколко опции: да се явят само на една от изпитните сесии, или и на трите, като в класирането автоматично ще участват с най-високата получена оценка.

Ако оценката от предварителните изпити ги удовлетворява и са решили да не се явяват на редовната изпитна сесия през юли, те задължително трябва да подадат документи за кандидатстване в периода 14-28 юни, за да посочат желанията си за участие в класирането по специалности.

Кандидатите за бакалавърските специалности могат да кандидатстват само с оценката по биология от държавен зрелостен изпит или с оценка от друга матура по избор, без да се явяват на изпит.

Редовните изпитни дати в МУ са през м. юли 2018 г. – на 3 юли и на 10 юли съответно по биология и химия за специалностите "Медицина" и "Фармация", а тестът по биология за бакалавърските специалности е на 23 юли.

На сайта на висшето училище в раздел "Актуално Прием 2018" е поместена пълна информация за специалностите, по които МУ-Плевен осъществява прием за новата академична година; публикувани са програмите за конкурсните изпити след завършено средно и висше образование, датите на изпитите и актуализираният Правилник за прием на кандидат-студенти в МУ-Плевен.

Чрез сайта всеки зрелостник може да подаде кандидат-студентски документи онлайн, да провери залата за явяване на изпит, както и получения резултат.

www.capital.bg, 13.04.2018 г.

https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2018/04/13/3162691_suzdavane_na_sindikalni_i_partiini_zdravni_kasi_e_sred/

Създаване на синдикални и партийни здравни каси е вариант за нов модел

Според здравния министър Кирил Ананиев в момента се анализират всички модели в ЕС и ще бъде предложен български, съобразен с местните особености

Десислава Николова

Синдикатите и политическите партии да имат частни здравни каси. Този модел, който съществува в Белгия, се е обсъждал от работна група в здравното министерство, стана ясно след среща на синдикатите, работодателите и представители на правителството в здравния сектор. Новината е била поднесена от заместник-министъра на здравеопазването д-р Бойко Пенков на участващите в срещата, като представителите на синдикатите не са отrekli, нито са се обявили против.

В момента действащото законодателство забранява на политическите партии да извършват стопанска дейност. Самите синдикати обаче се занимават с такава и през годините са били основатели на пенсионни и приватизационни фондове, а до съвсем скоро една от организациите имаше застрахователна компания, която заобикаляше всички изисквания за останалите застрахователи.

Здравният министър Кирил Ананиев обеща през месец юни да представи вижданията си за промени в здравноосигурителния модел. Според програмите на повечето политически партии през следващите години ще започне процесът на демонополизация на здравната каса и тя ще се конкурира за част от вноските или цялата здравна вноска с частни фондове. До момента се предполагаше, че това ще бъдат застрахователните дружества, които и в момента застраховат около половин милион души за заболяване и злополука. Ако бъде приет белгийският модел обаче, допълнителните вноски за здраве ще бъдат управлявани и от компании на политическите партии и синдикатите. Самият министър потвърди по време на пресконференция, че е поискал анализ на всички модели на здравната система в останалите 27 европейски страни и в момента те се анализират, като той смята да предложи чисто български модел, адаптиран към особеностите на българския здравен сектор.

"Имаме собствена визия, искаме да видим действащите модели и ще направим наш национален модел", обяви министър Ананиев.

Как работи белгийският модел

Социалното осигуряване в Белгия, което включва покриване на рискове от болест и пенсионно осигуряване, е с модел от 19-и век. Според сайта на една от най-големите европейски финансови групи ING обществените фондове, в които гражданите се осигуряват за здраве (mutuelle), в основата си са собственост на синдикати и на белгийските политически партии и така съществуват фондове, които са например филиал на социалистическата или либералната партия.

Отделно от това работят и частни застрахователи, които предлагат различни пакети, които покриват доплащането за различни здравни услуги.

Защо не е добре моделът да се повтаря в България

Само здравната каса в момента плаща здравни услуги за 3.8 млрд. лв., отделно от това гражданите доплащат за здраве същата сума по изчисления на Световната банка. Така в здравеопазването има плащания за лечение, лекарства, медицински услуги и др. в размер на 8-10 млрд. лв.

Промяната в модела цели да намали доплащането за здраве и да изсветли парите, които се дават извън здравната каса. До момента идеята винаги е била да има три стълба в здравния сектор по подобие на пенсионната система – основен, свързан със здравната каса, допълнителен задължителен чрез здравноосигурителни или здравнозастрахователни фондове, и доброволен.

Въпросът при предишни дискусии за промяна в модела на финансиране на здравните услуги е бил вторият и третият стълб да бъдат стабилни. Именно като подготовка за това бяха поставени високи изисквания към всички около 30 застрахователя, които сключват медицински застраховки, независимо дали в общото или в животозастраховането.

Като начало ще изглежда странно компании с традиции в здравното застраховане да започнат да бъдат поставени в конкуренция с партиите и синдикалните дружества. Това обаче ще се случи, ако част или цялата здравна вноска под някаква форма започне да се разпределя към здравни каси на политическите партии и синдикатите.

Специално моделът в Белгия е наследен от 19-и век и в известна степен архаичен. В България на последните избори бяха регистрирани общо 27 политически партии и коалиции, като броят на действащите партии е около 200.

Според действащия закон те нямат право да извършват стопанска дейност, да учредяват и участват в търговски дружества и кооперации. Партиите имат право да се издържат от членски внос, собствени недвижими имоти, дарения от физически лица, лихви по депозити и доходи от ценни книжа, издателска дейност, авторски права и продажба на материални с партийно-пропагандно съдържание. Заплащането на здравни услуги категорично не попада в тези клаузи.

Разбира се, законът би могъл да бъде променен, но ако има здравна каса към съответната политическа партия, стои въпросът дали това няма да наруши тайната на вота. Освен това въпросът е на какъв принцип ще бъде управлявана една такава здравна каса, ще могат ли партиите по региони, както е в Белгия, да излъчат достатъчно грамотни директори, или ще се наложи те да бъдат избирани и да им бъдат възлагани договори за управление. Дискусията дали партиите да имат контрол върху здравните вноски би могла да тече по оста дали част от болниците и лекарите няма да бъдат принуждавани да сключват договори за много по-малко пари с касата на управляващата партия например. Злочестият опит със синдикатите

Синдикатите за разлика от партиите през годините са били собственици на различни търговски дружества – като приватизационни и пенсионни фондове, стопанисвали са почивни станции, обекти за търговия и т.н., като в повечето случаи са се разделяли със собствеността си, защото не са имали капацитет да я управляват.

Последната авантюра на синдикатите, чието дружество беше третирано по съвсем различен начин от останалите застрахователи, беше Синдикалната взаимоспомагателна каса (или СИВЗК), свързана с КНСБ, която предлагаше широк спектър от застраховки злополука, заболяване и дори живот.

Към края на 2017 г. тя държеше пазарен дял от 4.6% в животозастраховането с натрупан премиен приход в размер на 20.5 млн. лв. Близко 20-годишната ѝ история обаче приключи при европейската проверка на балансите в сектора, когато се видя, че моделът ѝ на работа не се припокрива много със застрахователния и я обрича да е вечно губеща, което "пряко застрашава интересите на ползвателите на застрахователни услуги и финансовата стабилност на застрахователя".

В цифри проверката се натъкна на съществено разминаване между финансовите ангажименти, поети от СИВЗК, и сумата на активите. Дефицитът към 30.06.2016 г. бе изчислен на 2.7 млн. лв., като според одиторите, за да покрие минималните капиталови изисквания, бяха необходими малко над 10 млн. лв. свежи средства. Въпреки че председателят на кооперацията Борис Георгиев предложи да внесе 15 млн. лв. за

увеличение на капитала, мярката не бе приета от регулатора, тъй като се установи, че това няма да бъдат собствени средства и на практика инжекцията няма да доведе до промяна на модела на работа на СИВЗК. Освен това според КФН дружеството е затруднявало проверката и не е съдействало в пълна степен за анализиране на реалното му финансово състояние, поради което през юни миналата година назначи квестор, а през декември отне и лиценза на СИВЗК.

www.bnr.bg, 13.04.2018 г.

<http://bnr.bg/sofia/post/100958390/ekspertiza>

В МЗ стигнаха до консенсус за реформата относно медицинската експертиза

След над 3-часови преговори ръководството на Министерството на здравеопазването и национално представените организации на хората с увреждания в България постигнаха консенсус за готвената реформа в системата, която изкара хората с увреждания на национален протест (в сряда). В разговорите участва и вицепремиерът Валери Симеонов.

Вчера след преговори с протестиращите социалното министерство замрази концепцията за експертиза работоспособността. Днес тема на разговорите бе медицинската експертиза.

По време на разговорите са обсъждани предложенията за промени в правилника за организация на органите за медицинска експертиза и самата наредба за медицинската експертиза.

До 23 април МЗ ще предостави на организациите информация за промяната между старата и проекта на новата наредба, по отношение т.нар Приложение 1 или определянето на групите и степени на отделните заболявания, съобщи министър Кирил Ананиев.

Все още има спорни моменти - един от тях е медицинската експертиза на хората с множество тежки заболявания (или т.нар. Приложение 2). Този въпрос беше сред основните, предизвикал недоволството на хората с увреждания, тъй като се опасяват, че ще изгубят правото на личен асистент и пълна инвалидна пенсия.

Адриана Стоименова - зам.-председател на Националния съвет за интеграция на хората с увреждания, заяви, че ще настояват хората с множество увреждания да не бъдат ощетявани.

Предстои анализ на новите предложения на МЗ.

www.zdrave.net, 13.04.2018 г.

<http://www.zdrave.net/-/n5834>

Боян Бойчев: Електронна рецепта и досие ще спомогнат за овладяване на преразхода за лекарства

Преразходът, свързан с лекарствата, за които заплаща НЗОК, може да бъде овладян чрез няколко механизма. Това мнение изрази през Zdrave.net представителят на Асоциацията на индустриалния капитал (АИКБ) в Надзорния съвет на НЗОК Боян Бойчев, запитан за това как ще се справи касата с очертаващия се преразход в перото за лекарствени средства.

Според него е нужно да се въведе електронна рецепта за домашна терапия при онкологични и онкохематологични заболявания. Също така е нужно унифициране

изискването за медицинската документация на онкоболните и създаване и водене на „онкодосие“, с което може да бъде проследено цялостното лечение и проведени изследвания на пациента, смята Бойчев. При електронното отчитане на лекарствените продукти, да се отбелязва за кой курс и коя линия и коя линия химиотерапия са отчетени, препоръчва още той. Според него е нужна и оптимизация на предварителния контрол, като се зложат контроли в електронната система на НЗОК, свързани с лекарствените продукти в областта на онкологията и онкохематологията. Нужно е още при електронното отчитане на лекарствените продукти да се отбелязва за кой курс и за коя линия на химиотерапия са отчетени.

Според него основната причина, която води до преразход на лекарства, е броят на лекарствените продукти, които НЗОК заплаща. Навлизането на лекарства, принадлежащи към нови международни непатентни наименования е една от другите причини, пояснитой. Ежегодно се отчита и нарастване на здравноосигурените лица, които се обръщат към касата, поради различните диагнози. Ръст се наблюдава и в броя на хората с редки заболявания, обърнали се към системата - ежегодно се отчита ръст на здравноосигурените с почти всички редки диагнози, в резултат на научния прогрес и увеличените възможности на диагностиката, демографските и други процеси, посочи той.

Бойчев коментира и проблема със задълженията на НЗОК за лечение на българи в чужбина.

„Задълженията на НЗОК за лечения на български здравноосигурени лица в ЕС се увеличават вследствие на нарастването на броя на постъпващите заявления на граждани, кандидатстващи за разрешение за провеждане на планово лечение в държава членка на ЕС, и съответно – на броя на получените разрешения и формуляри S2“, заяви той, като посочи, че самите разрешения зависят от медицинската преценка на състоянието на всеки отделен пациент. „Оценката на всяко конкретно заявление и състояние се извършва от националните консултанти към Министъра на здравеопазването и от председателите на съответните медицински научни дружества по специалности“, посочи Бойчев.

„При свободното движение на хора в ЕС е възможно на гражданите да се налага да ползват спешна и необходима медицинска помощ при временен престой в друга държава-членка, които не подлежат на контрол от НЗОК“, заяви представителят на работодателите в НС на НЗОК. „Работещо решение е активно управление на разходите чрез инвестиции в компетенции на лечение на най-разходните клинични пътеки, извършвани за лечение на български пациенти в ЕС и европейска регулация на минималните стандарти и документиране на спешната помощ, която ще позволи контрол върху разходите“, коментира още той.

24 часа 15.04.2018 г., с. 5

**Доплащаме 75% от хапчето за сърце, в ЕС - средно 17%
11% ръст на фармацевтичния ни пазар за 2017 г.**

ЛЮБОМИРА НИКОЛАЕВА

Здравната каса у нас реимбурсира лекарствата за сърдечносъдови заболявания с нищожен процент на фона на европейските практики. Пациентът плаща от джоба си средно 75%, а тези диагнози са водеща причина за смъртността у нас, предупредиха от БГФарМА - асоциацията на българските и чуждестранните генерични производители.

Генерични са лекарствата, произвеждани след отпадането на патента им за научно изобретение. Това дава възможност цените да са в пъти по-ниски от тези на оригиналните. Над 2,5 млн. българи се лекуват с генерични терапии, като голямата част от тях са пенсионери, съобщи на дискусия за неизползваните възможности на генеричните лекарства д-р Евгени Тасовски, директор на БГФарМА.

При възрастните хора обикновено се натрупват няколко заболявания, което по груби оценки предполага поне 70-80 лв. месечно доплащане за лекарства. Политика за 100% реимбурсация на основните продукти за лечение на социално значимите болести дори икономически е по-изгодно за държавата. Около това мнение се обединиха участниците в обсъждането.

Лошо е човек да бъде повален от животозастрашаващо заболяване, за чието лечение се отделят повече публични средства, но социално значимите болести също са животозастрашаващи, просто рискът е отложен във времето. Не-лекуваната хипертония е потенциален инсулт или инфаркт, допълни д-р Тасовски. Той цитира данни, че процентът на реимбурсация на лекарствата за сърдечносъдови заболявания, които са водеща причина за смърт у нас, е средно едва 25% при 83% за Европа.

„Цените у нас изглеждат сравнително съпоставими с тези в други държави само поради високия ДДС върху медикаментите у нас“, обясниха участници в дискусията. Те дадоха пример, че данъкът върху медикаменти единствено в Унгария е 20% като у нас, навсякъде е по-нисък.

Политически консенсус за доктрина по въпросите на здравеопазването ще фокусира усилията за подобряване на здравето на нацията и лечението, ще създаде предвидимост и за бизнеса. Тя обаче трябва да стъпи на информационна система, която ще създаде възможности за прозрачност и контрол на процесите, изтъкна Николай Хаджидончев, председател на управителния съвет на БГФарМА. Той смята, че е уместно и създаването към президента на консултативен съвет по здравеопазването, което е елемент на националната сигурност.

Ръст от 11 % отбелязва комбинираният лекарствен пазар у нас през 2017 г. Най-голямо е увеличението при иновативните продукти и в най-голям процент за имунология и онкология.

През 2017 иновативните лекарства бележат устойчив ръст от 14,2% в стойност и 1,4% в опаковки. Прогнозата за 2018 г. е, че ръстът ще се запази, както и вътрешното разпределение между иновативни лекарства, генерици и хранителни добавки.

Основни източници на ръст са хранителните добавки и иновативните медикаменти, съобщи д-р Иван Георгиев, управител на IQVIA България. Той обясни, че ръстът в повечето страни е поравно разпределен между иновативни и генерични лекарства, за разлика от Унгария и България. В държави като Румъния и Словакия водещо е увеличението на пазарния дял на генеричните продукти, а у нас и в Унгария - на патентно защитените лекарства.

www.zdrave.net, 14.04.2018 г.

<http://www.zdrave.net/-/n5838>

90 фармацевти се дипломират в МУ-Пловдив

90 студенти от "Факултета по фармация" на Медицински университет – Пловдив ще получат своите дипломи за висше образование на образователно-квалификационна степен „Магистър“ с професионална квалификация „магистър-фармацевт“. Изпращането на десетия випуск ще се състои в понеделник, 16 април, на тържествена промоция, съобщиха от учебното заведение.

От всички дипломанти 60 са български граждани и 30 – чуждестранни. С отличен успех от следването и от държавните изпити са петима студенти. Средният успех от следването за целия випуск е добър 4.22, а от държавните изпити – добър 4.32.

Тържествената церемония ще се води от декана на факултета – проф. д-р Людмил Пейчев. Промотор ще бъде проф. Росица Манчева - дългогодишен преподавател в МУ-Пловдив.

Според Националната рейтингова система на висшите училища в България възпитаниците на Фармацевтичен факултет на МУ-Пловдив намират почти 100% професионална реализация.

www.zdrave.net, 14.04.2018 г.
<http://www.zdrave.net/-/n5837>

Д-р Венцислав Грозев:

Ще предприемем мерки, ако НЗОК плати на болниците по-малко от уговорената сума за април

„Никога не сме били против контрола и против това системата да се финансира по най-разумен начин, така че да не се стига до преразход или до разхищение на финансови средства. В предложението от МЗ „Единен стандарт за финансово управление на държавните лечебни заведения“ обаче има положения, с които изобщо не можем да бъдем съгласни“. Това заяви председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев пред Zdrave.net по повод предложението от министъра на здравеопазването в единния стандарт за финансовото управление на държавните болници.

Ако се приеме, стандартът ще бъде неразделна част от договора за възлагане на управлението, с който на всеки ръководител на лечебно заведение с над 50% държавна собственост ще бъде вменено задължението да го спазва, като ще се предвидят и съответни санкции при неизпълнението му.

„Не можем да се съгласим, че болници, които имат просрочени задължения, не могат да дават допълнително материално стимулиране. На практика така се изземват всички възможности за прилагане на знания, а защо не и на творчество, от болнични мениджъри, а трябва да се движат по някакви схеми“, каза д-р Грозев.

Председателят на лекарския съюз заяви, че стандартът не е обсъждан с никого преди да бъде представен на депутатите. „Какво значи стандарт на управление? Това ще го наложат силово ли, ще го наложат по административен начин ли? И какво ще се случи - ще стане абсолютен крах. Може ли да се говори за рационално управление, след като години наред не мърдат цени на клинични пътеки, а в същото време цените на лекарства, на консумативи, на енергоизточници и на всичко се повишават. И кой е тоя изключителен мениджър, едва ли не господ, който при намаляване на приходите и увеличаване на разходите, ще води ефективно управление, ще задържи персонална и най-вече ще увеличи качеството на медицинската услуга? Това е абсолютен нон сенс“, каза още д-р Грозев.

Пред Zdrave.net той подчерта, че с НРД 2018 е поставено началото на решаването на проблема с лимитите на болниците. „Доколкото знам за последните три месеца - декември, януари и февруари е в рамките на около 4 млн. лева, което е значително по-малко сравнено с 2017 г. за същия период. Коя система обаче работи в такъв дух на лимитиране? Коя система има изработена, отчетена и незаплатена дейност? Какво значи лимит? И то лимит в условията на спешност?“, попита д-р Грозев.

Той заяви, че БЛС ще предприеме мерки, ако НЗОК плати на лечебните заведения по-малко от уговорената сума от 155, 3 млн. лева за април. За това алармира преди дни зам.-председателят на съюза д-р Галинка Павлова.

16.04.2018 г., с. 7

ПО ФИНАНСОВИ ПРИЧИНИ

1 млн. болни от сърце не си пият хапчетата

Лекарствата у нас сред най-евтините в ЕС, но пациентите най-често ги плащат от джоба си

МАРИЯ ВАСИЛЕВА

Всеки втори българин със социално значимо заболяване, като например хипертония, не си пие редовно лекарства. Оказва се, че причината за това е финансова. Данните бяха изнесени от Управителния съвет на асоциацията БГ Фарма.

Хората с хипертония у нас са най-голямата група от пациенти - почти 2 млн. души се оплакват от високо кръвно налягане, като повечето от тях са над 50 години. Проблемът е, че когато това състояние не се контролира, в рамките на 4-5 години човек може да попадне в болница заради инфаркт или инсулт. Лечението на тези две диагнози гълта сериозни средства, защото се налага здравната каса да плаща за много по-скъпо струваща терапия, обясниха експертите.

Данните на Световната здравна организация показват твърде обезпокоителен ръст на сърдечносъдовите заболявания у нас. Те се потвърждават и от европейската статистика. А инсултите и инфарктите са предотвратими. „България е една от държавите с най-ниски обществени разходи за здраве в Европа, а в същото време размерът на преките плащания от пациенти е трикратно по-голям от този в ЕС - 48% у нас, при 15% средно за Европа", посочи д-р Евгени Тасовски, изпълнителен директор на БГ Фарма.

Средно около 8 млрд. лв. са нужни за нормално функциониране на здравната система в България на този етап. Държавата осигурява около 51% от тези средства. Високият процент доплащане от страна на пациентите на практика компрометира идеята за достъпност до качествена терапия, коментираха и останалите членове на БГ Фарма.

От асоциацията призоваха за баланс в здравеопазването. От една страна, пациентите да имат достъп до иновативни лекарства, но от друга да се осигури лечение и за най-масовите социално значими заболявания. В момента е налице тежка диспропорция в осигуряването на равен достъп до здравеопазване, тъй като хората, нуждаещи се от иновативни терапии у нас са около 250 хил., а тези със сърдечносъдови - осем пъти повече. В Страните от ЕС лекарствата за тези заболявания се поемат от здравните каси като средният процент на реимбурсиране е 83%. У нас той е една 25%, което води до високо доплащане от страна на пациентите. Така се получава намален до липсващ достъп до лечение по финансови причини, особено на хората в пенсионна възраст.