

ПРЕСКЛИПИНГ

19 юли 2019 г., петък

VINF 10:47:[01_18-07-2019](#)_МН1045VI.005
БЛС - проект на здравен модел - становище

В проекта за нов здравен модел липсват реални разчети, прогнози, оценка на риска според Лекарския съюз

София, 18 юли /Десислава Пеева, БТА/

В проекта за нов здравноосигурителен модел, представен от министъра на здравеопазването Кирил Ананиев на 15 юли, липсват реални разчети, както и прогнози, оценка на риска, оценка на въздействието и др. Това се посочва в становище на Българския лекарски съюз /БЛС/. Моделът предвижда частни застрахователни фондове да се конкурират с НЗОК, като всеки човек може сам да избира къде да бъдат внасяни 8-те процента здравна вноска.

От съсловната организация изразяват безпокойство, тъй като се предвижда да се оперира със същите средства, с които разполага в момента системата, предлагайки обаче те да се разпределят между няколко платци. БЛС очакваше концепцията да надгради съществуващия модел, създавайки условия за реална конкуренция, се посочва в становището.

Недопустимо е правото на пациента да избира кой да го лекува да бъде изместено от избора кой да финансира лечението му, допълват още от съсловната организация.

БЛС е категоричен, че ако предложената концепция влезе в сила, основният пакет от медицински дейности трябва да бъде придружен с рамково договаряне за основни минимални цени, които трябва да бъдат гарантирани на доставчиците на медицински услуги. Според модела цените ще се договарят между фондовете и лечебните заведения. Съсловната организация остро възразява срещу идеята лекарите да се договарят с много по-мощни от тях структури, каквито са застрахователните фондове.

Новият модел няма да реши проблемите, свързани с кадровия дефицит и неравномерното разпределение на здравни услуги в страната, се допълва още в становището и се подчертава, че отново не се предлага решение на проблема с големия брой неосигурени пациенти.

Да се въведе Национална здравна информационна система и действащо електронно досие на пациента, реално да се остойността всички медицински дейности и труда на лекарите и специалистите по здравни грижи, да се дефинират дейности в допълнителен пакет, заплащан от застрахователи, предлагат от БЛС.

www.bgonair.bg , 18.07.2019 г. TC "www.bgonair.bg" \f C \l "1"
<https://bgonair.bg/a/2-bulgaria/170187-bls-iska-uvetchenie-na-zdravnata-vnoska>

БЛС срещу модела "Ананиев": Играете си с нервите на медиците

Недопустимо било пациентът да избира кой да финансира лечението му
Елена Несторова

Управляващите си играят с нервите на медиците и няма как да има качество на услугите в сектора без да се повишават цените, без да се увеличава вноската, без да се свива основният пакет, без да се заплаща цялата извършена вече дейност.

Това се казва в становище на БЛС относно концепцията на здравното министерство за нов модел, който предвижда частни застрахователни фондове да се конкурират със Здравната каса за основния пакет на лечение.

Той се покрива от задължителната здравноосигурителна вноска, която е в размер на 8%. В становището си от Лекарския съюз приветстват опитите за реформа на здравните власти, но отбелязват, че са закъснели. Според лекарите в концепцията липсват реални разчети, прогнози, оценка на риска и на въздействието.

Критиките им са насочени към това, че се предвижда да се оперира със същите средства, с които разполага в момента системата у нас, предлагайки обаче те да се разпределят между няколко платци.

"Недопустимо е правото на пациента да избира кой да го лекува, да бъде изместено от избора кой да финансира лечението му. Неоспоримо предимство на здравната система у нас е бързият и лесен достъп на пациентите до здравни грижи – предимство, което предложената концепция отнема безалтернативно, пише в становището на съюза", се казва в съобщението.

Съсловната организация възразява срещу идеята отделни лекари – общопрактикуващи, лекари от специализираната медицинска помощ и отделни болници да се договарят самостоятелно с много по-мощни от тях структури, каквито са застрахователните фондове.

Според БЛС демонополизация на НЗОК чрез разпределяне на равни вноски от общественения ресурс между отделните платци за всеки записан здравноосигурен гражданин без прилагане на механизъм за изравняване на риска, няма да доведе до равнопоставеност и конкуренция, а до нови дисбаланси в системата.

www.bnt.bg, 18.07.2019 г. ТС "www.bnt.bg" \f C \l "1"

<http://news.bnt.bg/bg/a/aptekari-sa-protiv-reglamentiraneto-na-zadlzhitelni-noshchni-dezhurstva>

Аптекари са против регламентирането на задължителни нощни дежурства

Ирина Николова

От регионалната фармацевтична колегия в Благоевград се обявиха против нощните дежурства в аптеките. Такива се предвиждат, съгласно промените в закона за лекарствата. Притесненията са, че допълнително ще бъде утежнено финансовото състояние на аптеките, които на много места в областта нямат необходимост да работят нощем. Темата беше коментирана в Сутрешния блок на БНТ.

В пряко включване от Петрич пред репортера Ирина Николова председателят на регионалната фармацевтична колегия Константин Качулев каза, че са против регламентираното въвеждане в закона на нощни дежурства и предвиденото наказание при отказ.

Константин Качулев: През февруари, когато искахме помощ от министър Ананиев, да подпомогне верификацията в аптеките, той каза, че държавата не може да подпомага частни обекти, защото ще нарушим договорите на ЕС.

По думите на Константин Качулев сега насилствено се вкарва през закона аптеките да направят разходи, които няма как да покрият. Едно нощно дежурство винаги работи на загуба, каза още той.

Според него, ако аптеката може да си донесе плюс в приходите през дневната смяна, тя покрива нощното дежурство.

Евгени Антов, който има аптека, каза, че е спрял нощна смяна, тъй като не е рентабилно.

Евгени Антов: Нощната слава е за чест и слава, да отговорим на нуждите на населението, на правото на хората да имат достъп до здравеопазване.

www.news.bg ТС "www.news.bg" \f C \l "1", 18.07.2019 г.

<https://news.bg/health/blagoevgradskite-farmatsevti-sa-protiv-noshtnite-dezhurstva-v-aptekite.html>

Благоевградските фармацевти са против нощните дежурства в аптеките

Фармацевтите в Благоевград се обявиха против нощните дежурства в аптеките. Подобни смени се предвиждат, съгласно промените в закона за лекарствата, съобщиха от БНТ.

Фармацевтите се притесняват, че допълнително ще бъде утежнено финансовото състояние на аптеките, които на много места в областта нямат необходимост да работят нощем.

Според председателя на регионалната фармацевтична колегия Константин Качулев аптекарите са против регламентираното въвеждане в закона на нощни дежурства и предвиденото наказание при отказ.

"През февруари, когато искахме помощ от министър Ананиев, да подпомогне верификацията в аптеките, той каза, че държавата не може да подпомага частни обекти, защото ще нарушим договорите на ЕС", заяви Качулев.

Припомняме, от 9 февруари започна да работи системата за верификация на аптеките. Около 40% от аптеките са извън тази система.

Към момента под 1% са денонощните аптеки в България. Няма точен брой, защото не се води регистър.

Според председателя на Благоевградската фармацевтична колегия сега насилствено се вкарва през закона аптеките да направят разходи, които няма как да покрият. Едно нощно дежурство винаги работи на загуба, допълни Качулев.

По думите му, ако аптеката може да си донесе плюс в приходите през дневната смяна, тя покрива нощното дежурство.

Един от собствениците на аптеки - Евгени Антов, каза, че е спрял нощна смяна, тъй като не е рентабилно. "Нощната (смяна в аптеките - б.р.) е за чест и слава, да отговорим на нуждите на населението, на правото на хората да имат достъп до здравеопазване.

www.clinica.bg, 18.07.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"

<https://clinica.bg/8940->

Модел за богати държави

Убеден съм, че ние нямаме условия и възможности да реализираме този модел, каза проф. д-р Григор Димитров

Гергана ДОБРЕВА

Здравният министър Кирил Ананиев представи официално визията си за новия здравноосигурителен модел. Той предвижда демонополизация на НЗОК, която ще се конкурира с частни фондове. За коментар по темата потърсихме проф. д-р Григор Димитров, член на Надзорния съвет на НЗОК, главен директор в БСК и преподавател във ВУЗФ.

Предложението на Ананиев, което беше представено, качествено не се различава от представените вече идеи за реформи в здравеопазването през миналата година. Новото

е, че се пренася, без да се отчетат нашите условия и възможности, модел основан на най добрите практики на страните от ЕС. В предложението, на абстрактно равнище, се синтезира най-доброто от практиката на двете държави с качествено здравно обслужване - Германия и Холандия. Убеден съм, че ние нямаме условия и възможности да реализираме този модел. Струва ми се, че след около 10 -15 години могат да се създадат нужните условия за прилагането му. Този модел могат да си го позволят държави с голям икономически и финансов потенциал.

Германия и Холандия са страни, които отделят значителен финансов ресурс за здраве. БВП на Германия е 3 трильона и 250 милиона евро. Те отделят 14 на сто от БВП за здравеопазване, което означава 360 милиарда евро. Този ресурс осигурява около 4 900 евро за здраве на човек от населението. В Холандия, с население от 16,5 милиона души, се отделят за здравеопазване 10% от БВП - 75 милиарда евро или по 4300 евро на човек за здраве. Освен във вид на субсидии за осигуряване здравното обслужване на определени групи от населението – инвалиди, хора с тежки заболявания, за групите с ниски доходи и др. допълнително се предоставят целево около 12 милиарда евро. България отделя публичен ресурс за здравеопазване, не повече от 4,5 % от БВП - около 2 милиарда и половина евро или средно на човек, без доплащанията се отделят 375 евро на човек за здравеопазване. Можем ли, след като разполагаме с такъв незначителен финансов ресурс и най- ниските доходи в ЕС да пренесем механично системата на здравеопазване на богатите държави. Отговорът е, че ще можем само, когато разполагаме с икономически и финансов потенциал да постигнем тази цел.

Не са нужни особени разчети, за да се обоснове, че всяко прилагане на подобни модели, е свързано с значително увеличаване на разходите за такси, резерви и за административно и друго обслужване на участниците в системата. Това ще доведе до пренасочване за други цели и без това недостатъчният финансов ресурс, с който разполага сега системата. Така на практика ресурсът отделян за здраве, който е формиран от 8 % здравна вноска ще намалее, защото част от него ще отиде в друга посока, а не за медицинско обслужване. А надхвърлилото всякакви разумни граници доплащане ще се увеличи. В резултат със същия ресурс ще се отделят реално по малко средства за здравни грижи. Това логично следва от представената концепция.

Отново се представи здравен модел, без да бъдат направени някои важни предварителни стъпки, за които се говори и при предното представяне на модела. Първо, нямаме оценка на това каква част от основния здравен пакет се гарантира финансово с разполаганите публични средства. Не се предлага какъв ще е неговия обхват и кой ще има задължението да го гарантира. Без подобен разчет не може да се върви напред. Можем ли да направим здравна реформа без електронизация на системата. Министър Ананиев има идея това да се случи до 2021 година, което означава, че до тогава нищо съществено в тази посока не може да се направи. Не е възможно да изградим система от здравни фондове, без да имаме електронизация на системата. Друг голям и нерешен проблем е остойносттаването на лекарския труд и кадровото осигуряване на здравната система. Предлага се да се изгради нова система, което е свързано с привличане на нови кадри, които да я обслужват, а в същото време изпитваме остра нужда от лекари и медицински сестри. Мисля, че посочените проблеми, както и липсата на обосновка и финансов анализ, породихи хиляди въпроси в оперативния план, които създават обстановка на недоверие към модела.

Забравя се и по- скоро се подценява, че реформата в здравеопазването е сложен процес, който засяга интересите на всички субекти в здравната система и изисква радикални промени в организацията и управление на цялата здравна система. Подобна отговорна и изключително рискована дейност изисква много сериозна предварителна подготовка на обществото, привличане на голям брой експерти, с помощта на които да се определи

философията и стъпките, по които следва да се осъществи целия процес на демонополизация.

Основната цел на здравната реформа в България следва е създаването на либерализирана и икономически стабилна здравна система, изградена на принципа на солидарността, която да бъде ориентирана към пациента. Очакванията на обществото са за здравна система, която е изградена върху приемлив баланс между обществена регулация от държавата и пазарните отношения в нея. По тези причини считаме, че следва преди да се пристъпи към реформиране на здравното осигуряване трябва да се дискутира цялостния модел на здравната система, част от която е тази на здравното осигуряване.

Ключов момент е да се определи ролята на държавата в организацията, управлението и финансирането на здравната система. Да не се забравя, че сме социална държава и държавата носи отговорност за здравето на нацията. Основната мисия и задължение на държавата е да регулира и управлява процесите в здравната система с помощта на система от механизми и конкретни инструменти, с цел защита и гарантиране интересите на населението, за получаване на качествено и достъпно здравно обслужване. След като се определи ролята на държавата може да се пристъпи към определяне на обхвата, правата, задълженията и отговорностите на осигурителната система и на участниците в нея. Предлага се да реформиране една част от здравната система - здравното осигуряване, без концепция за това как ще се промени цялата система на здравеопазване. Логично е първо да е ясна концепцията за промяна на цялата система на здравеопазване и тогава, на тази основа, логично ще стигнем до модела на здравното осигуряване. Ако спазваме тази логика, ще можем да дадем ясен отговор на въпросите кой и как ще се грижи за онкоболните, за инвалидите и хронично болните, за децата и за пенсионерите. Следвайки подобна логика ще търсим решения за териториалните диспропорции за достъп до медицинско обслужване, диспропорциите в болничната помощ, за издигане на ролята на извънболничната помощ, за лекарствената политика, за позитивните списъци и т.н.. Дали това ще бъде дело на фондовете или ще е отговорност на държавата. Само по този начин ще се преодолее усещането, че държавата се отказва от грижата за здравето на хората и предава тази отговорност на икономически субекти.

Считам, че е време за каузата на доброто здравеопазване, за здравето на нацията трябва да привлекат ключови и изтъкнати експерти, да обединят усилията им и в партньорство с тях да се подготви и проведе реформата. По тези причини от особена важност е постигане на консенсус между политическите сили за осигуряване на приемственост и последователност в разработването и изпълнението на здравната политика. За да подкрепи тази реформа, всеки един от нас, както и обществото като цяло, трябва да бъде информиран за това какви промени се предлагат, каква ще е цената им и каква ще е ползата от тях за всеки български гражданин.

www.clinica.bg, 18.07.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/8941->

Питат Ананиев за верификацията

На 9 август изтича преходният период за включване на аптеките в системата за разпознаване на фалшивите лекарства

**Лили
 ВОЙНОВА**

На 9 август изтича гратисният период за въвеждане на системата за верификация на лекарствата в България. Тя има за цел да засича фалшивите медикаменти и по този начин

да предпази гражданите на Европа. По този повод депутатът Георги Гъоков (БСП) задава въпрос на здравният министър Кирил Ананиев на какъв етап е въвеждането на системата в българските аптеки и как ще се изпълни точното прилагането на директивата на Европейския парламент.

Директивата задължава всички производители да поставят уникален код на лекарствата, а аптеките да ги регистрират и проверяват чрез системата. Във въпроса си за парламентарния контрол в петък, Гъоков цитира данни, според които между 1 и 4% са фалшивите медикаменти в Европа. „В България няма статистика, но със сигурност този процент е много по-висок," категоричен е той.

Деян Денев, председател на Българската организация за верификация на лекарства обясни, че Европейският регламент въвежда задължения за всички участници във веригата. На първо място това са производителите на лекарства, които трябва на всичко, което излиза на пазара след 10 февруари 2019 г., да поставят уникален код. „Има компании, които пуснаха партиди с такъв код доброволно, преди този срок. Има и такива, които изчакаха. Така че сега на пазара има голямо количество опаковки, които все още не носят този уникален код. Задължението на аптеките е от 10 февруари всяка опаковка, която носи такъв код, да бъде регистрирана и проверена към системата. То произтича от регламентите, като в тях преходен период няма. Т. е. задължението за аптеките е от 10 февруари тази година. Всички държави обаче дадоха т. нар. стабилизационен период. В него инспекторите в цяла Европа не проверяват и не санкционират аптеките", обясни Деян Денев.

У нас е въведен същият гратисен срок, който изтича на 9 август. Кога ИАЛ ще започне да проверява аптеките, и след като го направи, дали директно ще ги санкционира или ще им направи само предписание, шефът на Агенцията не се нае да прогнозира. Той само информира, че към момента над 60% от аптеките са включени в системата, като непрекъснато се увеличава броят им. „За съжаление България и Румъния все още изоставаме значително спрямо останалите държави в ЕС. Така че наистина е въпрос на налагане на законодателството, което изисква контрол от страна на компетентните органи", каза Деян Денев. И допълни, че в Българската организация за верификация на лекарствата системата е отворена. „Ако аптеката днес поиска да се свърже, утре това ще бъде факт", допълни той.

За да се включат в системата аптеките трябва да разполагат със специален софтуер и баркод четец. Някои от тях не го правят, защото не разполагат и с програмата и трябва да си я купят. Около 1500 аптеки още не са се включили. Очакванията са министър Ананиев да удължи срока или пък ИАЛ да продължи да не глобява аптеките, които са извън системата. Деян Денев обаче уточни, че когато една аптека започне да прилага верификацията, в около 6% от случаите се получават грешки. Затова е по-добре да започнат да прилагат верификацията колкото се може по-рано и да свикнат, преди ИАЛ да започне да осъществява строг контрол и да налага санкции.

Системата за верификация на лекарствата засече в началото на юли 4 опаковки фалшиви медикаменти, изнесени от България за Холандия и показа че работи.

Друг проблем, който ще разгледат депутатите, но в парламентарната здравна комисия, е предложението за намаляване на ДДС върху лекарствата.

www.nova.bg, 18.07.2019 г. ТС "www.nova.bg" \f C \l "1"
<https://nova.bg/news/view/2019/07/18/257261/>

Ще бъде ли намалено ДДС върху лекарствата?

Предложенията на БСП ще бъдат обсъдени на здравна комисия

Депутатите от Комисията по здравеопазване обсъждат дали да се намали Данък добавена стойност върху някои основни храни и лекарствата.

Предложението е на БСП, а решението изглежда предизвестено. Още преди месец идеята на опозицията беше отхвърлена на Тристранния съвет между държавата, бизнеса и синдикатите.

От БСП предлагат данъкът върху лекарствата да е 9%, а върху брашно, изделия от брашно, месо мляко и яйца да е 5%. Така според социалистите ще се насърчи българското земеделие.

Според държавата и бизнеса обаче не може да се правят данъчни промени преди членството ни в Евронзоната. Освен това с по-ниски данъци били възможни и повече измами.

www.clinica.bg, 18.07.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/8954->

Отхвърлиха намалението на ДДС за лекарствата

С 11 въздържали се, 8 “за” и 1 глас против здравната комисия не прие поправките, предложени от БСП

**Мила
МИШЕВА**

Здравната комисия не прие на първо четене намаляването на ДДС върху лекарствата. С 8 гласа "за", 1 против и 11 въздържали се беше отхвърлено предложението на БСП за промени в Закона за ДДС, чрез които данъкът върху медикаментите да спадне до 9%.

Вносителите обясниха, че целта им е по този начин да се отвори врата за намаляване на цените на лекарствата и така да се облекат разходите на българите по това перо. От 2007-ма година се поставя темата за намаление на ДДС върху лекарствата, но не може да се оцени ефектът върху крайния потребител, обясни председателят на здравната комисия д-р Даниела Дариткова.

Подобряването на достъпа до лекарства трябва да се осъществи по други механизми, а не през данъчни закони, категорична бе тя. Зам.-председателят на комисията Георги Колев от "Обединени патриоти" също изрази позиция, че няма гаранции, че намалената ставка ще се отрази върху пряко върху най-уязвимите групи.

www.bnr.bg, 18.07.2019 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"
<http://bnr.bg/vidin/post/101145736/gotovi-li-sme-za-noviatzdravnoosiguriteln-model>

Готови ли сме за новия здравноосигурителен модел?

Здравният министър предлага частни каси и основен медицински пакет по договаряне

Красимир Каменов, Антония Каменова

Преди дни Министърът на здравеопазването Кирил Ананиев представи предложението на екипа си за нов здравноосигурителен модел по време на кръгла маса в НДК, посветена на състоянието на системата на здравеопазването в България. Новият здравен модел предвижда частни каси и основен медицински пакет по договаряне. Пациентите ще доплащат за дейностите извън основния пакет.

"Няма да се допуска фонвете да правят подбор на лица по определен признак или здравен статус. Записването ще е напълно доброволно, включително и за лицата, които ги осигурява държавата. Лицата ще могат да сменят фонда и не по-често от веднъж годишно... Ще отчете всички рискове и предложения, за да внесе в парламента най-добрия модел за пациента и здравната система." - обяви министър Ананиев.

Фондовете ще имат за задължение да вложат първоначален капитал, както и да имат оперативен резерв и печалба. Новият здравноосигурителен модел запазва солидарния модел, който дава право на избор на пациента кой да управлява здравните му вноски, къде да се лекува и да има контрол върху качеството на услугите. Здравните фондове и Здравната каса ще се конкурират, а Министерството на здравеопазването ще провежда централизирани обществени поръчки за лекарствата в болниците.

Лекарският съюз и пациентските организации не останаха доволни от предложението за промяна в здравноосигурителния модел. Според д-р Мими Виткова от Асоциацията на частните застрахователни фондове най-големият проблем е, че ще бъде въведена осреднена вноска, което ще намали парите в здравеопазването:

"Това предложение не е ново. То е от миналата година. Те бяха две предложение, които се дискутираха в продължение на два месеца, в няколко работни групи... Според мен вноската се запазва осем процента и трябва отсега да е ясно, че тези 8% в системата ще влязат по-малко пари, отколкото в момента, тъй като от тях трябва да се заделят пари за национален гаранционен фонд. От тях, всяка една от компаниите трябва да задели технически резерви, за да може да покрива непредвидени разходи. На практика няма 8% процента от реалния доход на всеки от нас да отидат там, където той е избрал. Ще има една осреднена вноска, която ще се прави от Националната агенция по приходите. Ще има такава осреднена вноска за всички нас..."

Цените на дейностите в основния пакет ще подлежат на договаряне между фондовете и изпълнителите на медицинска и дентална помощ. Отстъпките за лекарства и медицински изделия ще се договарят от фондовете. За някои дейности Министерството на здравеопазването може да определя пределни цени, съгласувано със съсловните организации, са сред предложенията на Ананиев. Според новия модел НАП, както досега, ще събира вноските на всички здравноосигурени лица от 8%. Всеки гражданин доброволно, до определена дата, ще избира в кой фонд да се запише - НЗОК или друг фонд. Лицата, които в рамките на определения период не изберат друг фонд, остават в НЗОК.

Д-р Владимир Вълчев - директор на РЗОК - Видин счита, че трябва да се работи в насока за нов здравен модел, но тези, които трябва да се включат от фондовете сега се колебаят: "Аз лично подкрепям търсенето на решение, защото съм свидетел как преди повече от 20 години не бяхме доволни от бюджетното заплащане и се надявахме здравноосигурителния модел да бъде панацея и да реши проблемите и на лекари, и на пациенти. Мисля, че това се случи. Но през тези 20 години се видяха и някои слабости, на които трябва да се търси решение..."

Според д-р Емил Мушанов - общопрактикуващ лекар във Видин и председател на Сдружението на общопрактикуващите лекари за региона реформата е добра, но още не са ясни как и по какъв начин ще се случат нещата:

"Този въпрос аз лично съм го засягал още преди седем години. Говорим за така наречената демонополизация на НЗОК и въвеждането на конкурентни частни здравни фондове. От една страна намирам за добре, като положителен сигнал, че най-накрая се намери политик и то министъра на здравеопазването, който да говори открито за този тип модел. От друга страна обаче при така направената презентация на мен ми е много трудно да коментирам и анализирам нещо, което е изключително повърхностно и няма обосновка и поставена финансова рамка... Няма яснота как ще работят тези частни

фондове. Парите остават същите, а в същото време ще бъдат разпределени в повече фондове. Има доста въпросителни..."

Предложението на министъра предвижда средствата от здравни вноски ежемесечно да се разпределят към здравните фондове от НАП. Размерът на средствата ще е равен на броя записани във всеки фонд осигурени лица, умножен по осреднения размер на здравната вноска за всички здравноосигурени лица. Няма да има значение кой е платещт на вноската и за чия сметка се осигуряват лицата. Всеки фонд ще получи еднакъв осреднен размер средства за едно лице, разликата ще е единствено в броя записани лица. Наша анкета показва, че хората се вълнуват от евентуалната промяна на модела на здравеопазването:

Всичко по темата можете да чуete в звуковия файл.

www.dnevnik.bg ТС "www.dnevnik.bg" \f C \l "1", 18.07.2019 г.

https://www.dnevnik.bg/analizi/2019/07/18/3939616_bolnici_na_samotek_shte_im_pomogne_li_noviiat_model_na/

Болници на самотек. Ще им помогне ли новият модел на Ананиев?

Мария Чернева

Мария Чернева е биохимик и микробиолог по образование и журналист по професия. Близо 30 години следи проблемите на здравеопазването и социалната сфера за БНТ. От 2013 до 2018 г. е член на общественения съвет на Фонда за лечение на деца. Статията ѝ е препечатана от "[Свободна Европа](#)".

Р. К. е на 47 години от Кула. Един ден тя получава тежък кръвоизлив и силни болки, очевидно става дума за гинекологичен проблем. Близките ѝ бързо я откарват до най-близката болница – тази във Видин. Там я приемат, тя лежи три дни, диагностицират я, но не я лекуват. Препоръчали са операция, но неясно защо не я правят. Изписват я неизлекувана.

Само след два дни жената отново е с болки и кръвоизлив. И отново близките ѝ тичат към Видинската болница. Там отказват да я приемат повторно. Обясненията са мъгляви – от "нямаме кръв", през "изчерпана клинична пътека", до "няма кой".

Хората са принудени да отидат в болницата в Монтана. Там оперират жената веднага. Историята приключва с хепи енд.

Или не съвсем "хепи". Стига да има избор, следващият път стресираното семейство от Кула ще подмине видинската болница. Където определено са си усвоили парите по клинична пътека, вместо да я насочат към Монтана още първият път.

За какво говори този случай

Въпросът, който възниква, съвсем не е в това защо са изписали пациент без да е излекуван. Отговорът и във видинската, и във врачанската, и в добричката, и в софийските болници би бил един и същ – изписали са я, защото могат да го направят. Системата им го позволява. По-скоро – не ги санкционира.

НЗОК ще плати за този пациент, независимо от това дали на изхода той е излекуван или не. Това прави случаи като този на К. Р. от Кула системен. Национално представителен. Друг е въпросът, че точно Видин не може да си позволи да губи пациенти. Операцията не е от сложните, няма да вкара в дълг болницата. Но по всяка вероятност наистина не е имало кой да оперира в онзи момент жената.

В АГ отделението на МБАЛ "Св. Петка" има трима лекари, като само един от тях може да оперира. "Три лекари" определено е факт, който поставя под съмнение пълноценната работа на АГ отделението. И останалите числа го потвърждават.

От 600 новородени във Видин миналата година само 300 са родени в местната болница. Тази година вероятно ще е още по-зле, защото за първите 6 месеца родените в "Св. Петка" са едва 100. Изглежда видинчани бавно и методично дават вот на недоверие на собствената си болница. Дори председателят на общинския съвет покрай протестите там призна, че внуците му са родени в София.

Така приключва този пример за отделение, което ще се закрие от само себе си, ако сестрите и акушерките, които са подали колективни оставки, изпълнят закана си. Като нищо.

Затвореният кръг: хората, заплатите, демографията

"Св. Петка" няма особено добра перспектива. Няма кадри. Не се задържат, защото заплатите са ниски. Заплатите са ниски, защото няма приходи. А няма приходи, защото няма пациенти. Не че видинчани са по-малко болни. Просто хората са малко – има-няма 20 хиляди.

Това е една от малкото болници, която не може да усвои парите, които касата по лимит е готова да й даде. От 900 хиляди на месец болницата успява да си изработи 700 хиляди. И заплатите няма как да отлепят от повече от обидните 600 лева.

Оставена сама на себе си, болницата постепенно загива. Повечето от работещите са пенсионери, има цели дейности и отделения, които отпадат. При това положение протестите на сестрите дори са закъснели.

Но каквото и да мислим за състоянието на "Св. Петка", важната новина е, че протестната вълна излезе от бутилката. Пък и хората за толкова години се научиха, че пред приближаващи избори протестите имат значително по-добри шансове за успех. Така че опозицията получава нещата наготово. И бърза да "подкрепя" сестринските протести.

Може ли проекторекреформата на Ананиев да реши проблем като този

Има ли шанс видинската болница? Дали пък той не е в демонополизацията на здравното осигуряване по модела на Ананиев? Да видим.

Нека приемем условно, че на полето излизат трима нови играчи в лицето на частни здравни фондове (освен НЗОК). Тъй като те са задължени да имат национално покритие, ще се наложи и четирите фонда да преговарят за здравни услуги със "Св. Петка". Просто защото няма друга болница в района. И понеже Видинската болница е в ролята на монополист, можем да си помислим, че тя най-после ще си вдигне цената и ще може да привлече мечтаните кадри.

При толкова скъпи здравни услуги обаче, фондовете ще трябва да вложат доста усилия да контролират харча. Да контролират и качеството. Да не плащат за един пациент по няколко пъти. Или накратко: да направят така, че Р.К. от Кула да не се връща пак. Звучи чудесно! Но не и за частния фонд. Той трябва да изгради гигантска администрация навсякъде. Да назначава хора, да администрира харчовете, да отделя за резерв. И ето я тежката скъпа администрация на НОЗК, умножена по четири. Като прибавим и това, че ще си имат работа и с други "монополисти", като добричката, врачанската и десетки други болници Кой застраховател ще се навие да се хване на това хоро?

То и в "Св. Петка" нещо не бързат да се радват. И те трябва да умножат по четири издръжката на администрацията, която сега се занимава с бумагите към НЗОК. И дали ще им остане нещо за лекарите и сестрите, дето трябва да се примамват с по-големи заплати?

Общината, която се сети, че е акционер в болницата

Покрай протестите сега в общината са се сетили, че са акционери в болницата. С 10 процента. И под натиска на общинските съветници на БСП взели, та гласували 150 хиляди за по-високи заплати. Нищо, че май парите ги нямало, нищо че май е незаконно и че кметът щял да оспорва в съда това решение. Пък и директорът на "Св. Петка" д-р

Цветан Василев твърди, че няма да вдигне заплатите. Каква е гаранцията, че ще има тези пари и догодина?

Изглежда болницата ще си върви към затихване от само себе си. Но ако ражданията може да се прехвърлят по-безболезнено в Монтана и София, какво да се прави със спешните инфаркти и инсулти? Пътят до Монтана е все пак дълъг, опасен.

Колкото и да е невероятно, шанс за решение на въпроса дават местните избори. "Невероятно", защото именно местните избори години наред са били причина всяка реформа да буксува. Просто оздравителните мерки са непопулярни и не печелят избори. Но сега за първи път здравеопазването влезе в силно политическо обръщение. А и търпението на електората, който се състои от пациенти, взе да се изчерпва. Така че кандидатите с работещи обещания има шанс да спечелят. Общината във Видин има какво да направи, за да привлече лекари. Общините в Добрич, Силистра и Враца също.

И когато здравното министерство се умори от словесни упражнения за "нов здравноосигурителен модел", може да се заеме с пробойните. С контрола на харча, качеството, с регулацията на цените и добрите практики. Настоящият здравноосигурителен модел не е изчерпан. Той просто е изкривен до неузнаваемост.

www.mediapool.bg, 18.07.2019 г. ТС "www.mediapool.bg" \f C \l "1"

<https://www.mediapool.bg/farmaindustriyata-e-platila-nad-30-mln-leva-za-obucheniya-i-honorari-na-lekari-news295857.html>

Фармаиндустрията е платила над 30 млн. лева за обучения и хонорари на лекари

Половината пари за участие в конгреси и консултантски услуги отиват в малицинството медици, които не желаят публичност

Мартина Бозукова

Фармацевтичната индустрия е финансирала български лекари и здравни организации с над 30 млн. лева през 2018 година за участието им в конгреси и за предоставянето на консултантски услуги.

Това показват данните от годишното оповестяване на данните за взаимоотношенията между фармацевтичната индустрия и медицинското съсловие.

Финансирането включва спонсорство за участие в конгреси и други образователни събития, за които фармацевтичните компании поемат път, настаняване и регистрационни такси, както и хонорари за консултантски услуги от лекарите.

По данни на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители (ARPharM), която обединява най-големите световни фармацевтични компании и оповестява данни за четвърта година, финансирането към лекари и здравни организации през 2018 година е на стойност 29 млн. Като се прибавят и плащанията от страна на някои генерични компании, които също оповестяват взаимоотношенията си с медицинското съсловие вече втора година, сумата достига около 32 млн. лева.

Застой във финансирането за медицинското съсловие

Като цяло финансирането от индустрията към лекари и здравни организации бележи застой през 2018 година спрямо предходните три, когато имаше ръст от по около 3-4 млн. лева годишно. При иновативните компании, които са финансирани здравни организации и лекари с 29 млн. лева през 2018 година ръстът е само с 1 млн. лева спрямо предходната. От общото финансиране от 29 млн. лева през 2018 г. 17.2 млн. лв. са предоставени директно на лекари, а 11.4 млн. лв. на здравни организации – медицински дружества по отделните специалности, съсловни организации, болници, университети. Директното

финансиране към лекари бележи спад с около 100 хил. лева спрямо предходната година, а финансирането на дружества и други организации е с ръст от около 1.2 млн. лева.

При генеричната индустрия има дори спад в предоставените средства за лекари и здравни организации. Най-голямата компания "Актавис" е финансирала медицински специалисти с 1.4 млн. лева през 2018 г. при 2 млн. лева през предходната. Спонсорството за здравни организации също бележи лек спад от около 940 000 лв. през 2017 г. на около 850 000 през 2018 г.

Половината пари отиват в 35% от лекарите, които отказват прозрачност

Данните на ARPharM показват, че 65% от лекарите, които са във взаимоотношения с индустрията са дали съгласието си те да бъдат оповестени, а останалите - не. Това, според организацията, показва подкрепата на медицинското съсловие за инициативата.

Когато лекар откаже името му да бъде публикувано, фармацевтичната компания включва спонсорството и хонорарите за него в обобщеното оповестяване на сумите. Оказва се обаче, че почти половината от общото финансиране отива в малцинството лекари от 35%, които не желаят връзките им с индустрията да бъдат публични.

От общо 17.2 млн. лева, с които иновативните компании са финансирали обучения и хонорари за лекари през миналата година, малко над половината – 9 млн. лева са отишли при лекарите, които са се съгласили имената им и сумите, които са получили, да бъдат публикувани. В същото време малцинството лекари, които не са дали съгласието си за оповестяване на отношенията им с индустрията, са финансирани с 8 млн. лева. Не е ясно точно колко медици индустрията спонсорира за участия в конгреси или им плаща хонорари за консултантски услуги, но при първото оповестяване беше съобщено за около една трета от общия брой лекари в страната или около 10 000 души.

Разходите за пътуване и настаняване варират от няколко стотин лева до няколко хиляди, достигайки и 10 000 лева за един лекар.

Хонорарите за консултантска дейност за един лекар също варират от няколко стотин до няколко хиляди лева, като отделни лекари са получили хонорари от по 5 [000-7000](#) лева, обикновено по-изявени медицински специалисти в своята област.

Лекарите обикновено получават хонорари от фармацевтичните компании за подготовката и изнасянето на лекции в рамките на дадено научно събитие или за консултантски услуги в рамките на по-мощни проекти, където се ползва експертизата им в съответната терапевтична област.

Очевидно обаче по-сOLIDните възнаграждения се падат на по-малкия брой лекари, които отказват оповестяване на данните.

При здравните организации се запазва тенденцията от последните години индустрията да инвестира най-сериозни суми от по няколко десетки хиляди до няколко стотин хиляди лева в медицински дружества и организации в специалностите, в които през последните години има нови открития и разработки. Това са онкологията, кардиологията, белодробните болести, ревматологията, неврологията, ендокринологията. Спонсорството на индустрията към здравните организации (медицински дружества, болници, университети и др.) може да бъде използвано за организирането на научни събития като конгреси и конференции с всички разходи по тях, събиране на данни за лечението на пациенти или друг вид наблюдения и проучвания в дадена терапевтична област, повишаване квалификацията на лекари, организиране на безплатни прегледи за пациенти и др.

Според етичните кодекси на индустрията спонсорството на компаниите не е обвързано с предписването на техни продукти и медицинските специалисти взимат решението да предпишат на пациентите един или друг продукт "единствено въз основа на своите знания и опит". Повече инвестиции в проучвания и изпитвания

През 2018 година 24-те компании, членуващи в ARPharM, са инвестирали за научноизследователска дейност в България (клинични изпитвания, медицински научни изследвания, неинтервенционални проучвания) чрез местните структури на компаниите близо 39 млн. лв, което е увеличение с над 9 милиона лв. спрямо 2017 г.

Общите преки инвестиции на фармацевтичните компании в клинични изпитвания у нас надхвърлят 150 милиона лв. годишно.

Каква част от тях обаче е за възнаграждения на ангажираните в тях медицински специалисти не е ясно.

www.bnt.bg , 18.07.2019 г. ТС "www.bnt.bg" \f C \l "1"
<http://news.bnt.bg/bg/a/d-r-decho-dechev-nzok>

Д-р Дечев: Касата трябва да се промени, защото е оплетена в бюрократични окови

Управителят на НЗОК д-р Дечо Дечев заяви в студиото на "Още от деня", че винаги е бил за демонополизацията на Здравната каса. Тя трябва да се промени, защото в момента е оплетена в бюрократични окови, каза Дечев. Той обаче изрази опасения, че за един частен осигурител контингентът от хора, които живеят на прага на бедността, ще бъде нежелан.

Винаги съм бил за демонополизацията на Здравната каса и съм привърженик на това, което се изнесе в медиите. Но всички промени, които бяха направени в първоначалния формат на осигурителния модел, доведоха националната каса в един вид, в който повече не може да функционира. Това, което виждате в момента, няма нищо общо с това, което беше заложено, каза д-р Дечев.

Той призова националната каса да бъде обществена институция, а не филиал на някое министерство и чрез нея някой да решава свои политически или корпоративни интереси. Д-р Дечо Дечев: Публична тайна е, че касата на практика се одържави - т.е държавата въпреки, че внася около една трета от вноските в бюджета на касата, на практика контролира изцяло ръководството като кадри, ръководителите на районните каси, политиката, която се провежда. Искате или не искате не можете да провеждате чисто експертни решения.

Той даде пример с град с родилно отделение, в което за 18 месеца има отчетени 39 раждания - по едно на месец. Това противоречи на каквито искате правила - каза д-р Дечев. Защото персоналят, който работи в това отделение, за да поддържа квалификация има определен брой раждания като минимум, които трябва да се провеждат в едно такова отделение. За акушерската помощ е преценено, че те не трябва да са по-малко от 300 на година.

Д-р Дечо Дечев: Ако тръгнете да прилагате експертното решение и да прекратите договора за тази дейност в това градче, ще се каже че в този район беше прекратена дейността, хората остават без помощ, а персоналят без работа. Когато искаме да наложим експертните правила, в които се движи медицината в 21 век, влизат в противоречие с чисто политическите интереси в този град да няма напрежение, персоналят да получава високо възнаграждение, а той няма откъде да го получи поради простата причина, че ние плащаме за дейност. Не може да се подsigури дейност примерно за град Видин, когато е планирана дейността на тази болница, в областта населението е било четири пъти повече отколкото сега.

В предложенията на здравния министър д-р Дечев вижда позитив, защото националната каса в този вид ще престане да съществува.

"Тя трябва да се промени, защото в момента е оплетена в бюрократични окови и всичките действия, които трябва да направи един частен фонд, който ще вземе едно решение за три дни, в момента касата го взема за 30 дни", каза управителят на НЗОК.

То не отрече, че има определени сфери, в които са постигнати успехи и то много добри, но все още не са решени генерални проблеми и то основни.

"Още повече, че министърът обяви, че националната каса ще бъде абсолютно равнопоставена спрямо другите фондове. Т.е ако те могат да избират с кой да сключват договори би трябвало бъдещата каса също да може да си избира, което в момента е огромна пречка", каза д-р Дечев.

По думите му от 6,5 млн осигурени лица има около 3-3,5 млн, които живеят на прага на бедността и под него. Т.е един частен осигурител, който влезе в този бизнес, за да печели, за него този контингент ще бъде нежелан.

Д-р Дечо Дечев: Но държавата не може да абдикира от този контингент от хора и тя трябва да им подсури достъп от здравеопазване. В най-скоро време трябва да се предприемат мерки и да се променят текстове от закони, които да облекчат работата на касата, да осигурят достъп на тези хора до здраве, да осигурят съществуване на лечебни заведения, които в момента са изхвърлени тотално от системата - общински болници и някои областни болници.

Според него е илюзия, че медицинското съсловие ще продължава да работи при такова заплащане и напрежението, което в последните месеци се получи в едно съсловие - медицинските сестри, рано или късно ще се прояви и при лекарите.

Има илюзия в обществото също, че в пъти по-малко средства може да получим качество на държави, които влагат значителен по-голям ресурс в този сектор.



ТС "В. Стандарт" \f C \l "1"

19.07.2019 г., с. 33

Задължават аптеки да дежурят денонощно

Фармацевти може да карат по 24 часа дежурства, ако са в областен град

Държавата задължава със закон аптеките в областните градове да дават денонощни дежурства. Към момента те са твърде малко. Има населени места, където през нощта човек няма откъде да си купи лекарство, заяви заместник-министър Жени Начева. Идеята на здравното министерство е графиците за денонощните дежурства да се изготвят за тримесечен период от регионалните здравни инспекции.

Предлага се и глоба за неспазване на графиците. Ако инспектор установи, че е затворено въпреки дежурството, управителят ще отнесе глоба от 1000 до 3000 лева в случай, че собственикът е едноличен търговец. Санкцията се увеличава от 2000 до 6000 лева, ако е юридическо лице.

3600 са аптеките в страната към момента, показват данни на Българския фармацевтичен съюз. От тях обаче само около 30 са тези, които работят нон-стоп. Те са в големите градове и най-вече в столицата. Оказва се, че нашата страна е сред водещите в Европейския съюз по брой на аптеки на глава от населението. В същото време обаче те са отворени само в светлата част на денонощието. Най-невралгични и без лекарствена помощ са градовете Враца, Видин, Търговище, Смолян и Разград, в които въобще няма работеща нощем аптека. Затова МЗ предлага и създаването на Национална аптечна карта по подобие на Националната здравна карта. От Сдружението на аптечните организации обаче не са съгласни с искането на министерството. Според неговия лидер Антон Вълев,

в него не е отчетено, че дори и малка аптека в областен град може да има само един магистър фармацевт, който при това положение трябва да кара 24-часова смяна, за да отговори на изискванията на министерството. В същото време хората в малките населени места отново няма да имат достъп до областната аптека, защото няма да могат да достигнат до нея.

Един пресен пример - таксиметровите шофьори на община Горна Оряховица, където няма нито една аптека, чакат точно пред аптеките привечер, за да закарат пациента до Велико Търново, където може да си купи необходимото лекарство. Така за хапчета за 5 лева пациентът може да плати 30 лв. за отиване и връщане от аптеката, ако трябва да го закупи спешно.

Антон Вълев от Сдружението на аптекарите заяви, че по този начин в Силистра, където има много еднолични магистър-фармацевти, те трябва да покриват 24-часови смени. В същото време в закона никъде не е написано как държавата ще покрива техните разходи. По неговите думи хора, които живеят в общинските центрове, пак няма да имат равен достъп до медикаменти.

"Ние бяхме предложили съвсем друг проект - човек първо да разкрива една аптека в по-голям град, втора в друг областен, третата да е денонощна, а едва четвъртата да е в малко селище", коментира Вълев. "Не виждаме своите предложения в този проект. Освен това проектозаконът предлага да се отворят още 12 закона, за да се направят промени в техните преходни и заключителни разпоредби", допълва той. По неговите думи, част от промените са можели да се направят с наредби - например колко лева заплаща държавата за изпълнение на безплатни рецепти. "Сега в закона е записано, че са 2 лева на рецепта. Но дали всеки път при инфлацията трябва да се търси депутатско мнозинство, за да се променя законът", пита Вълев. По неговите думи денонощните дежурства на аптекарите са нерентабилни, но човек, поел риска да открие две аптеки, би трябвало да може да покрие разликата за трета, която е денонощна. Освен това в София е пренаселено откъм аптеки за сметка на други населени места, смята тяхната организация.

Междувременно от Сдружението за развитие на българското здравеопазване настояха категорично за намаляване на ДДС-то върху лекарствата, медицинските изделия и диетичните храни. От там предложението вече е изпратено в Народното събрание и до министъра на финансите. "Независимо от факта, че България е най-бедната страна в Европейския съюз, намалените ставки и освободените от ДДС стоки и услуги са много малко. ДДС е данък, който се плаща от крайния потребител - в случая с лекарствата това са пациентите или НЗОК, ако те са реимбурсирани", се казва в писмото.

От сдружението предлагат ставката да е 5 на сто. "Така ще се освободи ресурс от 134 млн. лв. от бюджета на НЗОК за лекарства, който за 2019 г. е в размер на 1,126 млрд. лв., тъй като в момента тя плаща лекарствата с включено ДДС. Това би дало възможност да се реимбурсират повече лекарства или сумите да се пренасочат за други нужди в здравеопазването. От ежедневните скандали в последните месеци става ясно, че нуждите от тези пари са огромни", заявява председателят на сдружението Боряна Ботева. Тя посочва, че по данни на Европейската комисия намалени ставки за лекарства не се прилагат само в България, Германия и Дания, а в четири от страните членки - Ирландия, Великобритания, Малта и Швеция, тя е нулева.

Голяма част от лекарствата в България са платени директно от пациента -60%, и това на фона на факта, че България е на последно място в Европейския съюз по БВП на глава от населението. По изчисления на сдружението намаляването на ставката за ДДС на 5 процента би довела до намаляване на цените на тези лекарства с 13 процента. Същата сума ще спестяват и болниците за лекарствата, които закупуват за собствена сметка.

Не на последно място трябва да се обърне внимание и на изделията за хора с увреждания - това включва помощни средства (колички, верикализатори, ортези) и медицински

изделия (имплантируеми изделия). В България освободени от ДДС са само тези изделия, които са част от услуга - т.е. ако протезата е изработена в самостоятелна медико-техническа лаборатория, но не и ако е внесена директно от чужбина и закупена от специализиран магазин. Не са освободени от ДДС и медицинските изделия, които се налага българският пациент да заплаща при различни операции, като сумите варират от 2000 до 20 000 лева.

Стела СТОЯНОВА



ТС "В. Труд" \f C \l "1" 19.07.2019 г., с. 20

Здравната комисия гласува „против“

Отхвърлиха намаляване на ДДС върху лекарствата

Трудно е да се оцени ефектът върху крайния потребител

Вносителите на предложението са социалистите

Парламентарната здравна комисия отхвърли на първо четене направеното от БСП предложение за намаляване на ДДС върху лекарствата до 9%. Това стана в четвъртък с 8 гласа „за“, 1 „против“ и 11 „въздържали се“.

Според вносителите намалената ставка върху медикаментите ще облекчат разходите по това перо на българите, които доплащат най-много в Европа за здраве -около 50%. Предложението на социалистите още преди месец беше отхвърлено на Тристранния съвет между държавата, бизнеса и синдикатите.

От БСП предлагат данъкът върху лекарствата да бъде намален с 11 %, а върху брашно, изделия от брашно, месо мляко и яйца - с 15%, за да се насърчи българското земеделие.

Според държавата и бизнеса обаче не може да се правят данъчни промени преди членството ни в Еврозоната. Освен това с по-ниски данъци били възможни и повече измами.

От 2007-а година стои въпросът за намаление на данък добавена стойност върху лекарствата, но на практика е трудно да се оцени ефектът върху крайния потребител, посочи председателят на парламентарната здравна комисия д-р Даниела Дариткова.

Георги Михайлов от БСП заяви, че все още не може да се даде категоричен отговор с колко при намаляване на ДДС би се понижила цената, но за лекарствата, плащани от НЗОК, може да се постигне добър ефект. С унифицираната политика на ДДС страната ни се нарежда до Дания, но разликата в Брутния вътрешен продукт е несъизмерима с България, каза той. Намаляването на ДДС би подпомогнало и лечебните заведения, посочи Валентина Найденова от БСП и допълни, че ако ставката се намали на 9%, би се освободил ресурс в размер на 30-38 млн. лв. годишно, който те да могат да ползват.

Според Георги Колев от „Обединени патриоти“ дори и да се гласува намаляването на данъка, то няма да достигне до уязвимите групи граждани, а трябва да се помисли върху въпроса защо в съседни на България страни цените на лекарствата са по-ниски.