

ПРЕСКЛИПИНГ

21-27 декември 2018

www.investor.bg, 21.12.2018 г.

<https://www.investor.bg/ikonomika-i-politika/332/a/nzok-pak-zatiaga-pravilata-za-zaplashtane-na-inovativni-lekarstva-274120/>

НЗОК пак затяга правилата за заплащане на иновативни лекарства Фондът ще плаща за новите иновативни медикаменти след отчитане на резултата от терапията

Новите оригинални медикаменти, включени в Позитивния лекарствен списък, ще се заплащат от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) след отчитане на резултата от терапията. Това е заложено в проект на Наредба 10, публикувани на сайта на Министерството на здравеопазването и за обществено обсъждане. То ще продължи 30, а не 14 дни, както е обичайно.

В мотивите към проекта се посочва, че за лекарствени продукти, за които не са представени доказателства за терапевтична ефективност и/или съотношението разход-резултат е стойностно неефективно, заплащането ще е след отчитане на резултата от терапията. Това е механизъм, при който се цели средствата от бюджета на НЗОК за определени лекарствени продукти да се разходват само при наличие на резултат, т.е. заплащането да се предпоставя от установена чрез измерими критерии ефективност и ефикасност на лекарствената терапия.

Промените въвеждат и механизъм, който дава възможност на притежателите на разрешение за употреба да предоставят на НЗОК отстъпка за частично реимбурсираните медикаменти, която да се разпределя изцяло в полза на здравноосигуреното лице с оглед компенсиране на доплащането.

Регламентира се възможност при нова оценка на здравните технологии за дадено лекарство НЗОК да предоговори отстъпката за него, както и за предоговаряне или договаряне на отстъпки за други медикаменти със същите или сходни терапевтични показания с оглед сравнителната им терапевтична ефективност съгласно оценката.

С друга поправка се въвежда заплащане от страна на НЗОК на лекарства, прилагани при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии.

Предлага се и друг механизъм за контрол на разходите на касата за лекарства. Според предложението механизмът ще гарантира предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК. Целта е разходите на НЗОК да не надвишават заложените средства за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти в Закона за бюджета на НЗОК за съответната година. Цели се и осигуряване на ефективно и качествено лечение на по-голям брой здравноосигурени лица в рамките на установения бюджет за лекарствени продукти, посочват от МЗ и уточняват, че механизмът ще се прилага само при обективно установяване на надвишение на заложените средства в съответния бюджетен параграф.

В проект липсва обещаната поправка, според която няма да се отнемат стимулите за аптеките да отпускат скъпоструващи лекарства.

www.investor.bg, 21.12.2018 г.

<https://www.investor.bg/analizi/85/a/modeli-na-finansirane-na-zdraveopazvaneto-vvzmojnostite-za-bylgariia-274133/>

**Моделите на финансиране на здравеопазването: Възможностите за България
ИПИИ предоставя сравнително изследване на добрите практики за финансиране на
здравната система**

Здравните системи по света са в постоянно състояние на реформа, като при страните с по-ефективни и по-ефикасни здравни системи тези реформи се базират на доказателства. В България процесът на реформа често е критикуван като лишен от цялост, непоследователен и характеризиращ се с противоречиви мерки. Нещо повече – резултатите от работата на системата се влошават въпреки постоянното увеличение на разходите за здравеопазване. Това води до напрежение както в обществото, така и в самия сектор.

Анализ на института за пазарна икономика (ИПИИ) предоставя сравнително изследване на добрите практики за финансиране на здравната система. Анализът обхваща четирите основни модела на финансиране – бюджетно, здравноосигурително, здравнозастрахователно и чрез система от лични сметки, като представя силните и слабите им страни и прави предложения за реформи в България.

(1) Системи на бюджетно финансиране: данъчно финансираните модели на здравеопазване са онези модели, при които над 50% от общите публични разходи за финансиране на здравеопазването се базират на общи данъци. За разлика от здравноосигурителните модели, в данъчно базираните липсва пряка връзка между приходите от данъци и правото на здравно обслужване. Те се характеризират с пълно покритие, финансиране на здравните услуги чрез общи данъци, управление на предоставянето на здравни услуги от държавата и относително ниски административни разходи. Налице са неравновесия в предлагането на услугите, които често водят до формиране на листи на чакащите. В анализа по-подробно са представени системите на Великобритания, Дания и Швеция.

(2) Системи на здравно осигуряване: здравното осигуряване е форма на финансиране и управление на здравните разходи чрез здравноосигурителни вноски въз основа на обединяване на риска. Здравното осигуряване противодейства както на финансовия риск като осигурява достъп до скъпоструващо лечение, което е непосилно за отделни лица, така и на здравния риск, като балансира между осигуряващите се и тези, които ползват здравните услуги. По този начин се осигурява едновременно финансова защита на здравноосигурените лица и сравнително справедлив начин за финансиране на здравните разходи, който позволява широк достъп до здравни стоки и услуги. Въпреки това приложението му не е лесно или праволинейно и редица страни с ниски доходи или слабо развити институции изпитват затруднения с управлението му, включително финансовото му управление, от една страна, и осигуряването на универсален достъп до здравни стоки и услуги, от друга. В ЕС най-известните здравноосигурителни модели от този тип са тези във Франция, Германия и Холандия, затова те са представени по-подробно.

(3) Системи на здравно застраховане: здравните системи, базирани на доброволно рисково застраховане, също могат да се срещнат в някои страни, макар и почти никъде в чист вид. В Европа те не са популярни като системи за пълно финансиране на здравеопазването. Основният принцип при тях е, че всеки пациент сам преценява дали да се застрахова здравно и за какъв пакет услуги. Разходите под формата на рисковата премия са индивидуални (съответно различни) и в повечето случаи зависят от

здравословното състояние на пациента. При тях в общия случай покритието не е универсално, рисковото управление е децентрализирано, административните разходи са относително високи, типична е свръхупотребата на ресурси и високият общ разход за здравеопазване. В анализа са представени по-подробно системите на САЩ и Швейцария.

(4) Системи от лични здравни сметки: единственият представител на такава система е Сингапур. Там системата за финансиране на здравните разходи представлява комбинация от лична отговорност за здравето на осигурените лица чрез лична спестовна сметка за здраве и държавна подкрепа (под формата на държавни субсидии) за нискодоходните групи от населението. Освен задължение за здравно осигуряване, пациентите са задължени да доплащат и част от медицинските разходи над определена сума. Натрупаните средства по личната сметка на здравноосигуреното лице могат да бъдат използвани както от него, така и от членове на семейството му за покриване на разходи, свързани с хоспитализации, амбулаторна хирургия и някои извънболнични разходи, както и за разходи за здравно застраховане. Съществуват също така фондове за катастрофична застраховка, за медицинска социална защита и за дългосрочни грижи. За системата е типична високата лична отговорност за здравето и високата финансова култура, която позволява добро управление на ресурсите.

Анализът включва също така представяне на няколко класации и оценки на здравните системи по света, които могат да се използват за преценка на тяхното качество в сравнителен план. Тези класации ползват разнообразни методологии, отнасят се за различни периоди и включват различен набор от държави. Въпреки това, от тях може да се придобие обща представа за мястото на здравната система на България в сравнение със системите на други държави. Основният извод е, че в почти всички класации България заема ниска позиция, като слабото представяне се свързва повече с ниско качество на здравните услуги и слаби здравни резултати, отколкото с конкретния модел на финансиране на здравната система. В същото време правят впечатление добрите позиции на осигурителните модели, в които е налице конкурентен пазар.

На база на направения преглед анализът прави подробни препоръки за това какво трябва да включва една бъдеща реформа в модела на финансиране на здравната система в България:

Събиране и предоставяне в унифициран формат, позволяващ машинно обработване, на подробна информация за работата на всички нива в системата;

Изготвяне на ясно дефиниран основен здравен пакет (ОЗП) от стоки и услуги, които се покриват от задължителното здравно осигуряване на база на анализа на предоставената информация и актюерски разчети;

Оценяване на необходимите средства за покриване на разходите, свързани с ОЗП, както и приходоизточниците за финансирането им, включително задължителни здравноосигурителни и/или застрахователни вноски, финансиране от бюджета за групите, които се осигуряват за негова сметка, доплащания от здравноосигурените лица, социални плащания от бюджета за хора в неравностойно положение и т.н.;

Създаване на условия за конкуренция при предоставянето на ОЗП в рамките на задължителното здравно осигуряване;

Въвеждане на медицински и финансови стандарти, съгласувани със заинтересованите страни;

Изграждане на цялостна информационна система, която да осигури прозрачност и възможност за контрол на работата на здравната система; за целта

Ограничаване на ролята на държавата до изготвяне на рамката за работа на сектора.

www.zdrave.net, 21.12.2018 г.
<https://www.zdrave.net/-/n8171>

Д-р Калин Поповски:

Ако искаме повече пари за здравеопазване, трябва да увеличим здравната вноска

Би трябвало да се усетят повечето пари за здраве. Това са нови 400 млн. лв. над онези 3,8 млрд. лв. от миналата година. Това каза депутатът от "Обединени патриоти" д-р Калин Поповски пред Bulgaria ON AIR.

„Такива са възможностите на 8-процентната здравна вноска. Ако ние увеличим бюджета колкото трябва да бъде - 8% от БВП, докато сега е 4%, то трябва да се увеличи и здравната вноска. Великобритания е с 12% вноска, Германия - 15% вноска от онези заплати, които те получават. Ние, с 8-процентната вноска, можем да направим това. Въпросът е тези 4,3 млрд. лв., които имаме в момента, да бъдат адекватно разпределени“, уточни д-р Поповски.

Според него най-важно е да се обърне внимание на общинските и особено на 65-те държавни болници, които, по думите му, са гръбнака на здравеопазването ни. „Може би занапред за държавните болници ще трябва да мислим за някакво допълнително финансиране, защото пътеките са недофинансирани, а тези болници не могат да се финансират само от НЗОК, както е в момента“, каза още д-р Поповски.

По думите му новият модел на здравеопазването е особено важен, особено ако се приеме поетапната демонополизация на Здравната каса, защото това ще позволи да бъдат оценени клиничните пътеки спрямо тяхната себестойност. „Ако това не се случи, ние винаги ще залагаме тези дефицити при държавните болници. Тях ги има и вече фалираха две областни болници - Враца и Ловеч“, посочи депутатът.

Огромна е броят на хоспитализациите у нас, подчерта още той. „Българинът постъпва в болница, за да се изследва. Това в нормалния свят става в амбулаториите. Има изследвания, които могат да бъдат превени в поликлиниките и пак да ги заплати Касата. Много често обаче семейните лекари нямат направления за специалисти, а тъй като направленията за хоспитализации са безлимитни, за там винаги има“, заяви д-р Поповски.

По отношение на детската болница той беше категоричен, че няма да може да стане готова за шест месеца. Въпреки това е възможно да бъде довършен строежът в двора на "Александровска" болница и това може да се случи до средата на 2020 година, смята депутатът.

„Най-подходящото място е именно дворът на болница "Александровска". Това каре е уникално, защото когато се налага спешна бърза консултация, в Александровска болница има всякакви консултанти-специалисти“, каза д-р Поповски.

www.news.bg, 21.12.2018 г.
<https://news.bg/health/lekarite-iskat-premahvane-na-monopola-na-nzok.html>

Лекарите искат премахване на монопола на НЗОК

Премахването на монопола на НЗОК е сред първите 5 неща, които българските лекари посочват като важно да се случат в предстоящия голям дебат за новия финансов модел на здравеопазването. Това сочи онлайн допитването, проведено от Българския лекарски

съюз, за да се установят нагласите на гилдията за параметрите на Анекса към Националния рамков договор.

Другите важни за лекарите неща са: остойностяване и достойно заплащане на лекарския труд, съобразяване на прегледите в специализирана извънболнична медицинска помощ с инфлацията, прекратяване на порочната практика за прехвърлянето на средства от едно перо на друго.

Освен това лекарите са се обединили и около искането за разширяване възможността за специализация и квалификация на по-младите лекари и развиване на системата за продължаващо медицинско обучение; Защита на труда и заплащането на специалистите по здравни грижи (сестри и акушерки); по-пълноценни дебати между институции и с лекарското съсловие с цел да бъде чул гласа му и позицията му да се вземе предвид при управленските решения. На последно място лекарите поставят все пак нуждата от увеличаване на потребителската такса съобразно ръста на минималната заплата.

Председателят на УС на БЛС д-р Иван Маджаров уверява, че мнението на съсловието ще бъде взето предвид по време на преговорите с МЗ и НЗОК. Той подчерта, че е постигнато немалко при условията на строго дефиниран и гласуван бюджет, но не е възможно всичко да бъде договорено така, че удовлетворението да е 100%.

Припомняме, БЛС вече се договори в бюджета на НЗОК за 2019 г. неусвоените средства да не се прехвърлят от един параграф в друг. Това ще реши един огромен проблем с досегашния начин на финансиране, при който определените от бюджета средства по един или друг начин се отклоняваха за заплащане на преразход в други пера, а не за медицински дейности.

Важно постижение за БЛС е и че бюджетите на лечебните заведения да важат за по-дълъг период - в рамките на 9 месеца, а не за тримесечие като до момента. Договорени са също и някои промени в таблиците с цени и обеми.

[www.bnr.bg](http://bnr.bg), 23.12.2018 г.

<http://bnr.bg/horizont/post/101061212/godinata-na-barzi-oboroti-protesti-i-reformi-v-zdraveopazvaneto-belazaha-2018-a>

Годината на бързи обороти: Протести и реформи в здравеопазването белязаха 2018-а

През изминалата година редица болници в страната останаха на ръба на оцеляването, а десетки лекари живяха в несигурност.

Над 20 общински болници излязоха на национален протест, недоволни от липсата на адекватни мерки на държавата за спасяване на общинското здравеопазване.

Бяха представени и два проектомодела за реформа в здравеопазването.

Управляващите узакониха няколко резки сливания - Фонда за лечение на деца и Комисията за лечение в чужбина преминаха към Здравната каса, а Агенцията за трансплантации и Агенцията за медицински одит се сляха в мегаагенция. От БСП се обявиха против сливанията.

Правителството обеща да построи детска болница до края на 2020 г., а болница "Лозенец" беше прехвърля към СУ.

www.nova.bg, 24.12.2018 г.

<https://nova.bg/news/view/2018/12/24/235711/>

Половината от аптеките у нас ще останат затворени по празниците
Двойно повече лекари ще дежурят в регионалните центрове за спешна помощ

Двойно повече лекари ще дежурят в регионалните центрове за спешна помощ по време на коледните празници. За сметка на това обаче половината от аптеките в страната ще останат затворени. У нас в над 200 населени места няма аптеки. Без достъп до лекарства са повече от 50 хиляди българи. Това показват данни на Българския фармацевтичен съюз. Намалжава и броят на денонощните аптеки. Има и големи градове, където няма денонощна аптека. Например в Бургас, Трявна, Чирпан, Карлово, Лъки. В данните фигурира и град Клисурса, където живеят повече от 1000 души. Те са предимно възрастни и самотни хора. Животът на 73-годишната Иванка Нешева зависи от лекарствата. Страда от няколко заболявания, за които всеки месец личния ѝ лекар предписва различни медикаменти. За да ги купи, трябва да измине близо 70 километра до Карлово, където е най-близката аптека.

„Това е наказание, особено за възрастните, за неподвижните, за тежко болните. Това е изключително трудно”, споделя Иванка.

Иванка, която живее с пенсия от 250 лева, пресмята, че снабдяването с медикаменти ѝ излиза солено. Тя и повечето възрастни, които имат личен асистент, обикновено ги молят да им купуват лекарствата. За целта им плащат разходите по пътуването.

В града живеят и млади семейства с малки деца. При спешност най-близката денонощна аптека е в Пловдив. Отиването до там излиза скъпо.

„Много е трудно. Ние пак сме болни. Сега като няма как да се купят лекарства. Пълен абсурд е просто”, каза Таня Шерова.

Кметът на Клисурса е готов да предостави безвъзмездно общинско помещение, но желаещи да разкрият аптека няма.

„Ще отправя апел към държавата да дотира малките населени места, аптеките в малките населени места, за да не бъдат хората откъснати от спешна лекарска и лекарствена помощ”, каза кметът на Клисурса Генка Тодорова.

Причината в повечето малки населени места да няма аптеки е, че регионите са непривлекателни. Таксите за откриване на обект са по-ниски, но по-малко са и живеещите.

„Там една аптека не би могла да финансира своето съществуване. Наблюдава се изключително неравномерно разпределение на аптеките в България. За 2016 година на територията на град Пловдив са открити повече аптеки, отколкото в държавата Холандия”, обясни заместник-председателят на Българския Фармацевтичен съюз Димитрия Стайкова.

За да се реши проблемът, фармацевтичният съюз е предложил на Здравната каса да изготви стимули за откриване на аптеки в неблагоприятните райони, такива каквито вече има за лекарските практики.

www.bnr.bg, 26.12.2018 г.

<http://bnr.bg/horizont/post/101061599/dnes-e-kulminaciata-na-iniciativata-balgarskata-koleda>

Два млн. лв. събра „Българската Коледа“ за месец

Група „Фондацията“, Графа и Михаела Филева на традиционния благотворителен спектакъл „Българската Коледа“ в Народния театър „Иван Вазов“. Снимка: БТА

Два милиона лева достигна набраната сума за 16-ото издание на кампанията „Българската Коледа“ след края на благотворителния спектакъл, който се състоя навръх Коледа в Народния театър „Иван Вазов“.

Към момента са изпратени 560 000 дарителски есемеса на номер 1117 и гласови обаждания на 0900 1117 от началото на кампанията, обявена от президента Румен Радев в края на ноември.

Дарения за благотворителната инициатива в подкрепа на децата с тежки заболявания и увреждания могат да се правят целогодишно, се посочва в съобщението на прессекретариата на държавния глава.

На коледния благотворителен спектакъл „Българската Коледа“ присъстваха президентът Румен Радев и неговата съпруга Десислава Радева, председателят на Народното събрание Цвета Караянчева, както и дарители, посланици на кампанията и деца, на които „Българската Коледа“ помага.

От сцената изяви български музиканти, танцьори, спортисти, актьори и журналисти подкрепиха благородната кауза.

Сред тях бяха Михаела Филева, група "Фондацията", Графа, Миро, Орлин Павлов, Тони Димитрова и Орлин Горанов, детският радиохор на БНР, възпитаниците на националното училище за танцови изкуства в София, детска вокална група "Бон Бон" и хорът към Националния фолклорен ансамбъл "Филип Кутев".

За 15 години в рамките на благотворителната инициатива на президента „Българската коледа“ са събрани 32 764 780 лв. За това време са подпомогнати над 4388 деца и 281 лечебни заведения.

Всяка година хиляди българи са съпричастни с каузата на благотворителната инициатива. Това може да направите и вие с есемес на номер 1117, да се обадите на номер 0900 11 17 или да преведете средства по банковата сметка на "Българската Коледа".

Анкета показва, че хората с готовност подкрепят подобни инициативи.

www.nova.bg, 26.12.2018 г.

<https://nova.bg/news/view/2018/12/26/235846>

Нови мерки срещу търговията с фалшиви лекарства

Евродиректива ще се бори с търговията им в аптечната мрежа

Марина Малашева

Нови мерки срещу търговията с фалшиви лекарства в аптеките. От догодина влиза в сила нова евродиректива, която ще гарантира, че всеки медикамент, който стига до пациентите, е истински.

Съвсем скоро всяко лекарство, което купуваме с рецепта, ще бъде проверявано преди да бъде продадено. Медикаментите ще имат уникален номер, който ще показва дали са фалшиви.

За целта обаче е нужно аптеката да разполага с компютър, интернет и четец, който да сканира баркода.

Между 1 и 4% от лекарствата в Европа са фалшиви. Измами се правят най-често със съдържанието на медикаментите. Често се подправя и информацията, която дават опаковката и листовката.

Евродирективата ще се опита да спре именно тези злоупотреби. Т.нар. верификация на лекарствени продукти ще е задължителна за всички страни-членки на Европейския съюз.

Новите правила няма да се отразят на цените. Разходи обаче ще има за аптеките, които ще трябва да инвестират в четци за сканиране на баркодовете. Собственичка на аптека изчислява, че за внедряването на системата ще са нужни минимум 500 лева. Някои фармацевти дори предупреждават за фалит на аптеки.

Промяната няма да важи за лекарствата, които се отпускат без рецепта. Новите правила ще важат за аптеките от 10 февруари 2019 г.

<https://dariknews.bg/novini/bylgariia/novi-merki-sreshtu-tyrgoviiata-s-falshivi-lekarstva-video-2139224>

Нови мерки срещу търговията с фалшиви лекарства

Измами се правят най-често със съдържанието на медикаментите

Елена Банкова

Нови мерки срещу търговията с фалшиви лекарства в аптеките. От догодина влиза в сила нова евродиректива, която ще гарантира, че всеки медикамент, който стига до пациентите, е истински.

Съвсем скоро всяко лекарство, което купуваме с рецепта, ще бъде проверявано преди да бъде продадено. Медикаментите ще имат уникален номер, който ще показва дали са фалшиви. За целта обаче е нужно аптеката да разполага с компютър, интернет и четец, който да сканира баркода, съобщава NOVA.

Между 1 и 4% от лекарствата в Европа са фалшиви. Измами се правят най-често със съдържанието на медикаментите. Често се подправя и информацията, която дават опаковката и листовката. Новата евродиректива ще опита да спре именно тези злоупотреби. Т.нар. верификация на лекарствени продукти ще е задължителна за всички страни членки на Европейския съюз.

Новите правила няма да се отразят на цените. Разходи обаче ще има за аптеките, които ще трябва да инвестират в четци за сканиране на баркодовете. Собственичка на аптека изчислява, че за внедряването на системата ще са нужни минимум 500 лева. Някои фармацевти дори предупреждават за фалит на аптеки.

Промяната няма да важи за лекарствата, които се отпускат без рецепта. Новите правила ще важат за аптеките от 10 февруари 2019 г.