

ПРЕСКЛИПИНГ

23 юли 2019 г., вторник

www.clinica.bg, 22.07.2019г. TC "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/8977->

ПРЕПОРЪКИ ЗА ЛЕКАРСТВА В ОЩЕ 4 СПЕЦИАЛНОСТИ

МЗ публикува нови фармако-терапевтични ръководства за обществено обсъждане

Четири нови фармако-терапевтични ръководства е публикувало за обсъждане здравното министерство. Те съдържат препоръки за лечение в областите пневмология и фтизиатрия, медицинска паразитология, използване на антимикробни лекарства и за лечение на имуномедирирани болести.

Ведомството навакхва усилено с броя на изготвените наръчници, въпреки че все още има специалности, в които те не са готови. Причините за разработване на проектите са свързани с необходимостта от определяне на лекарствената терапия за съответното заболявания, на критериите за оценка на резултата от лечението и алгоритмите за включване на лекарствените продукти, пише в мотивите на министерството.

Проектът за Фармако-терапевтично ръководство по пневмология и фтизиатрия съдържа терапевтични схеми и алгоритми на лечение на белодробните заболявания с лекарствени продукти. То е част от терапевтичната стратегия, гарантирана от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, с цел прилагането на единен терапевтичен подход при аналогични клинични случаи, пише в него. По това ръководство и правила за добра клинична практика ще се лекуват бронхиална астма, белодробен тромбоемболизъм, ХОББ, Хронични гнойни болести на белия дроб, кистична фиброза (муковисцидоза), идиопатична белодробна фиброза, пневмонии, дихателна недостатъчност др.

Второто ръководство цели изготвянето на правила, по които да се диагностицират и лекуват всички пациенти с паразитози. Ръководството съдържа терапевтични схеми и алгоритми на лечение с лекарствени продукти. Изградено е на базата на най-новите теоретични познания за биологията на патологичния процес при отделните нозологични единици, съвременните диагностични възможности и терапевтични подходи.

Следващото разглежда антибиотичната политика и антимикробната лекарствена резистентност. Документт е изработен на базата на консенсуси между различните клиницисти в отделенията на болницата, микробиологичната лаборатория, болничната аптека, Комисията по инфекции, свързани с медицинското обслужване (ВБИ) и Комисията по лекарствена политика, пише в мотивите. Целта е да се намали антибиотичната резистентност, като се постигне рационална употреба на антимикробни средства.

Последното терапевтично ръководство разписва схемите и алгоритми на лечение на имуномедирирани заболявания с лекарствени продукти - първични имунни дефицити и имуномедирирани репродуктивни неуспехи.

От МЗ уточняват, че проектите не са съгласувани с експертен съвет по медицинските специалности и това ще стане в периода за обществено обсъждане, който е до 21 август.

www.mediapool.bg, 22.07.2019г. TC "www.mediapool.bg" \f C \l "1"
<https://www.mediapool.bg/segashniyat-paket-meditsinski-uslugi-shte-se-zapazi-i-pri-nov-zdraven-model-news295998.html>

Сегашният пакет медицински услуги ще се запази и при нов здравен модел

Според МЗ парите са достатъчно, но се харчат неефективно

При смяната в здравния модел няма да има промяна в основния пакет медицински услуги, които в момента НЗОК плаща и за които МЗ предлага в бъдеще общественят фонд да се конкурира с частни фондове. Това съобщи зам.-министърът на здравеопазването Жени Начева пред БНР в опит да доизясни спорни моменти от представената миналия понеделник визия за промяна в здравния модел.

Основните критики, които се чува при представянето и по-късно през седмицата, бяха, че липсва остойностяване на медицинските услуги от основния пакет, че с предлаганата концепция парите в системата реално ще станат по-малко, че основният пакет с медицински услуги, който се покрива с 8% вноски вероятно ще бъде намален, че доплащането за пациентите ще се увеличи.

Нов модел, нови цени, същия пакет медицински услуги

Според Начева обаче парите, които сега се събират в системата са достатъчно, но се харчат неефективно.

“Категорично няма да променяме основния пакет. Здравноосигурените лица няма да бъдат лишени от което и да е от правата, които имат в момента, в широкия спектър здравноосигурителни дейности, които НЗОК заплаща...”, каза Начева.

Тя посочи, че в МЗ работят по остойностяването на медицинските услуги, но според нея дори след промяната в цените им, това няма да доведе до редуциране на основния пакет. Срещу сегашните цени на клиничните пътеки от години има недоволство, тъй като в повечето от тях не е включена цената на лекарския труд, а много дейности са недофинансирани.

“Ние не считаме, че остойностяването на дейностите ще доведе до намаляване на основния пакет, напротив. Ние считаме, че остойностяването на дейностите ще даде най-после една прозрачност и яснота върху толкова дебатирания момент достатъчни или не са тези здравни вноски“, посочи Начева.

Тя припомни, че всяка година има ръст в бюджета на НЗОК и отделно от това преизпълнение на приходите от здравни вноски.

Мит е, че държавата не плаща здравни вноски

“Митът, че държавата не плаща здравните вноски, е некоректен... Минаха времената, когато държавата плащаше половината от минималния осигурителния доход за осигуряваните от нея лица. В момента единствено децата и социално слабите се осигуряват на 70% от минималния осигурителен доход и в средносрочен план ще осигурява в пълен размер и тази категория лица. Вноските за пенсионерите, държавните служители и безработните е върху размера на доходите, които получават“, каза Начева.

Приходната част не е проблем

“Не е проблем приходната част и 8% здравна вноска, а ефективността на разпределение и изразходване на разходите. Преди да започнем дебата за приходната част, която в момента е уредена, трябва да започнем дебата как се разпределя балансът в разходите. И другият важен момент са средствата, които отиват извън здравните вноски в здравната система – как те да се изсветлят и да се въведе ред в техния обем, обхват, вид и стойности, които се заплащат от хората“, заяви още тя.

www.zdrave.net, 22.07.2019г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n10108>

Жени Начева: Пари в системата има достатъчно, но се разходват неефективно

Болните са принудени да плащат огромни суми, смята проф. Радослав Гайдарски

В момента не е проблем приходната част и 8-те процента здравна вноски, която се плаща, а по-скоро ефективността на разпределение и на разходване на разходите. Това каза зам.-министърът на здравеопазването Жени Начева пред БНР по повод предложението за нов здравноосигурителен модел.

„Сектор здравеопазване е секторът с най-голям ръст на средствата всяка фискална година спрямо предходната, с над 6 до 10 процента има ръст в приходната част на бюджета и преди да започнем дебата за приходната част, трябва да започнем дебата върху това как се разпределят разходите и баланса в разходите. Другият важен момент е средствата, които се влизат извън здравните вноски в здравната система, да се изсветлят и да се въведе ред в техния обем, обхват, вид и стойности, които се заплащат от хората“, каза Начева.

По думите ѝ най-голям е делът на доплащанията при разходите за лекарства, които не се финансират на 100%, някои медицински изделия, както услуги и дейности, които болниците включват в ценоразписите си. Именно този фрагмент ние желаем да изсветлим. „Остойностяването на дейностите ще даде най-послед прозрачност и яснота върху толкова дебатирания момент – достатъчни или не са тези здравни вноски. Защото ефективността на системата преди всичко трябва да започне от преценка на разходите и баланса в разходите между отделните направления на медицината, които се заплащат. Обхватът на дейностите планираме да бъде същия, които в момента се заплащат от НЗОК, ние ще направим прецизен анализ на основния пакет с всички наши партньори в системата, с които работим и в момента“, каза Начева, но уточни, че основният пакет няма да бъде променян, така че здравноосигурените лица дори при нов модел да бъдат лишени от което и да е от правата, които в момента имат в широкия спектър на здравноосигурителни дейности, които касата заплаща.

Хората трябва да знаят точно какво получават срещу тези 8 процента здравна вноска. „Като казвам основния пакет, имам предвид всички видове дейности, които Касата финансира в областта на първичната медицинска помощ. Досега говорихме само за болнична медицинска помощ, но тя е само 50 процента от общите разходи. В тях влизат още лекарствата, европейските плащания, медицинските изделия, всички сегменти на здравноосигурителните плащания, както и това, което хората дават, било то срещу заплащане или чрез настоящите застрахователни дружества също да се знае за какво се дава и да има регламент в тези средства.

В отговор на думите на зам.-министъра, бившият здравен министър проф. Радослав Гайдарски заяви, че здравната ни система разполага с недостатъчно средства. „Зам.-министър Начева каза, че парите горе-долу засега стигат, но вие виждате, че почти 40-50 процента има доплащания. Следователно явно е, че парите не достигат. И второто нещо, от което аз най-много се страхувам е слабия контрол за разходване на средствата. Защото дори тези малко пари, които има държавата, с които разполага НЗОК не се разходват по правилен начин. Всяка една болница си измисля някакви критерии, по които може да натовари съответния пациент. И накрая се получава една огромна сума, която всеки болен трябва да заплати“, каза той.

„Преди да говорим за размера на парите, които в момента са достатъчни, тъй като здравеопазването е сектор, който е приоритетен от гледна точка на публичните финанси,

ние трябва да говорим за ефективност на разходване на тези средства. Затова професор Гайдарски изключително резонно и правилно поставя и втория въпрос за контрола в системата. Този контрол в няколко аспекта може да бъде елиминиран и той отбелязва един от тях. Единият от тях е контрол върху работата на лечебните заведения, който минава както през правила и стандарти, които ние въведохме за финансово управление и елиминиране на практиките за трупане на просрочия, които няма кой да покрие във времето. Другият минава през националната здравна карта, медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика, които в момента разработваме също с подкрепата на цялото лекарско съсловие и професионалистите в тази сфера. Това ще даде гаранция на пациентите, че на територията на цялата страна лечебните заведения отговарят на правилата за най-добро медицинско лечение или лечението такова, каквото трябва да бъде. И третият аспект, по който работим, е Националната здравна информационна система. Там частично имаме подобрения, казвам частично, защото част от поръчките са с европейски средства, които стартирахме, вече по тях сме сключили договори и започваме работа, по други аспекти все още спазваме процедурите на Закона за обществените поръчки“, отговори Жени Начева.

Тя допълни, че преостойността на клиничните пътеки също е нещо необходимо и задължително, което вече се прави. „По всички тези въпроси работим още сега и не чакаме новия модел, за да коригираме стойностите на медицинските дейности в по-добра, по-оптимална, посока в рамките на възможностите, които имаме и при спазване на новите медицински стандарти, които ще разработим“, каза тя.

Жени Начева коментира и ситуацията с личните лекари при предложението здравноосигурителен модел. „Най-големия проблем при тях е недостигът на кадри на територията на цялата страна по ред причини, предимно демографски и ние се опитваме в сферата на първичната медицинска помощ да преодолеем именно този проблем, в това число и с политиката по специализация и бъдещо обучение на кадри в медицината. А що се отнася до бъдещите фондове мисля, че там водещ ще бъде изборът на пациентите, които ще изберат съответния фонд. Не считам, че фондовете ще допуснат да изпаднат в противоречие с техните клиенти или лица, които са ги избрали, защото не са направили съответния подбор на общопрактикуващи лекари. Те са дефицитни и ние ще анализираме много внимателно механизмите за сключване на договори именно на ниво първична медицинска помощ“, каза тя.

www.clinica.bg, 22.07.2019г. ТС "www.clinica.bg" № С ІІ "1"
<https://clinica.bg/8964->

СЕСТРИТЕ СИ ПРАВЯТ ЗДРАВЕН СИНДИКАТ

Протестите в Сливен са отложени, на 24 юли ще се решава дали ще има стачка

Медицинските сестри ще регистрират свой синдикат по подобие на този на учителите. В него ще могат да се запишат всички, които работят в здравната сфера – от санитарите, през професионалистите по здравни грижи и лекарите. „Очакваме да се разработят секции по места и да наберем 50 000 членове, за да може профсъюзът да ни представлява в договарянето на работните заплати на национално ниво“, каза Надежда Маргенова от МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ в Сливен.

„За разлика от учителите, ние в момента нямаме такъв синдикат, който да представлява бранша“, допълни тя. Сестра Маргенова обясни, че стачката в областната болница в Сливен не е отменена, а само е отложена. „Виждаме, че директорът д-р Васислав Петров иска да ни увеличи заплатите, но все още не е ясно колко пари допълнително ще влязат

в лечебното заведение от повишените клинични пътеки. Затова той ни помоли да изчакаме, за да се направят разчетите", каза тя. И поясни, че на този етап са договорили специалистите по здравни грижи и лекарите да получат със 100 лв. повече.

„Два пъти сме разговаряли с ръководството на болницата. Имаме нова среща на 24 юли, след това ще направим събрание, за да обясним на колегите, за какво сме се договорили и те да ни кажат дали са съгласни. Ако не са, няма да подпишем споразумението и ще задействаме процедурата за стачка", разясни ситуацията сестра Маргенова. Тя допълни, че са изпратили писмо до министър Кирил Ананиев с настояване за среща. „Имаме определени искания и държим да ги споделим с него. Така че само изчакаме, не знам защо в някои медии се тиражира, че сме се отказали от протестите", категорична е тя.

Специалистите по здравни грижи са поискали

да се вдигне и нощният труд. В момента той е 1 лв. на час. „Заложили сме 3 лв., но се предвижда увеличение с 50 ст. В нашата болница, още преди 10 години ръководството е решило да има две групи, като разликата в заплатите е 30 лв. В първа група влизат отделенията с най-голямо натоварване. В момента водим преговори да се разшири този кръг и диференцията да стане 50 лв.", обясни сестрата. По думите ѝ в момента във втората група специалистите по здравни грижи взимат 710 лв. като след повишението заплатите им ще станат 810 лв. За групата с по-високи възнаграждения заплащането може да стигне до 890 лв. на месец. „Целта е заплатите максимално да се доближат до записаните в Колективния трудов договор 950 лв.", информира Маргенова.

Тя обаче заяви, че тези договорености са само временни. На национално ниво няма да спрем. Знаете, че сме поискали две минимални заплати като стартово възнаграждение, премахване статута на болниците като търговски дружества и други важни неща, за да има специалисти по здравни грижи в България", категорична е Маргенова. В противен случай недостигът на сестри ще стане още по-сериозен, защото няма желаещи да работят за тези ниски възнаграждения.

„В продължение на 10 години нищо не е правено, затова се задействаха тези недоволства и протести. Но вече съсловието ни започна да се събужда, да осъзнаваме, че сме фактор, така че няма да спрем, заключи сестрата.

Преди няколко дни д-р Васислав Петров, директор на МБАЛ „Д-р Иван Селимински" Сливен обяви, че вдигат заплатите на медицинските сестри с по 100 лв. „Стачката засега се отложи, ние изчислявайки възможностите на болницата в момента можем да вдигнем заплатите на медицинските сестри и лекарите с по 100 лв. Надяваме се чрез увеличението на парите по някои от клиничните пътеки в Здравната каса ние да имаме възможност да им изплатим по-високите заплати без болницата да изпадне в неплатежоспособност", коментира тогава той.

www.clinica.bg, 22.07.2019г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"

<https://clinica.bg/8967->

СИТУАЦИЯТА С НОВИЯ МОДЕЛ Е ПАРАГРАФ 22

Оптимист съм за здравната реформа, но не през следващите 2-3 години, може би до 10 ще има стъпка напред, казва Аркади Шарков

Здравният министър Кирил Ананиев представи официално визията си за новия здравноосигурителен модел. Той предвижда демонополизация на НЗОК, която ще се конкурира с частни фондове. Какви проблеми би решил новият модел, какви са рисковете и алтернативите, попитахме Аркади Шарков, здравен експерт в ЕКИП.

- Г-н Шарков, удачен ли е за България предложеният вариант за нов здравноосигурителен модел и какви проблеми би решил?

- Позитивно е, че се говори за реформа. Дали това е най-добрият модел тепърва ще се обсъжда, но пак е стъпка напред, въвличане на участници в системата да дадат становището си. Това е за предпочитане пред стагнация в здравеопазването. Предложеният вариант е много теоретичен, не бяха представени достатъчно данни, изчисления и разчети. Така че на теория е удачен, на практика трябва да си зададем въпроса доколко сме готови да го въведем, при положение, че има изключително много проблеми, които не касаят финансовата част, а реформи в самата здравна система свързани с лекарствата, извънболничната и болничната помощ. Те са наложителни преди да се премине към каквато и да е промяна на метода на финансиране.

- Има критики, че моделът не дава отговор как в системата ще влязат повече приходи, така че да има качествени медицински услуги. Основателни ли са според вас?

- В дългосрочен план в последните 20-25 години разходите за здравеопазване в целия свят се повишават като дял от БВП. Ако през 90-те години са се отделяли 8% в световен аспект, сега вече са към 10%. Това се дължи на навлизащите технологии и нови лекарства и методи за лечение, в следствие на което има покачване на средната продължителност на живота. Като цяло можем да кажем, че повече приходи в системата могат да навлязат и сега – ако държавата започне да плаща пълния процент за 9-те групи, които осигурява и ако се намери решение за осигуряване на 720 хил. човека без здравни осигуровки. Колкото до самия въпрос – повече пари не означава по-добро качество. Нужен е баланс в системата – някои специалности са с преференции за сметка на други. Същото важи и за пациентите.

- Както се изразихте, при така теоретично представените идеи за нов осигурителен модел, доколко здравеопазването ще бъде достъпно за най-уязвимите групи?

- Това остава под въпрос. Когато говорим за смяна на модела, трябва да мислим какво ще се случи с тези групи, които държавата осигурява. Към кой застраховател ще бъдат насочени и кой застраховател би приел да застрахова хора, които в рисковата възраст - над 65 години, при положение, че дружествата нямат право да определят цената на своята застраховка, защото тя ще бъде централно разпределена. И начина, по който се създават паралелни каси е просто разхвърляне на ресурс от НЗОК към още няколко дружества, защото същевременно им се забранява да бъдат реални частници на пазара - да формират пари на своите премии. Пак казвам, че предложението държавата да определя пакет, в който всичко да бъде заплатено и след това доплащането и формирането на цени да бъде отделно и договаряно между болници и застрахователи звучи твърде непълно и теоретично.

- Има ли риск да бъдат оцетени социално слаби и пенсионери, ако бъде редуциран този основен пакет?

- Има риск. Но създаването на основен пакет със сигурност ще намали диспропорциите едни да получават най-люксовото лечение, а друго – минимума. Нека не забравяме, че има пътеки с цени по 15-20 хил. лв. при сърдечно - съдови заболявания, а неврологичните са около 3500 лв., като сложността на операциите не е по-малко. Така че има диспропорции и при клиничните пакети, което се отразява и на самите пациенти. Едните са лекувани по-добре, спрямо други. И това е проблем, който трябва да бъде решен чрез остойностяването. Идеята да има основен пакет беше добра. Но, ако помните Конституционният съд върна промяната в закона, именно затова, че много трудно се прави анализ върху това какво трябва да включва основният пакет. И затова всеки, който се заеме с този въпрос ще бъде атакуван защо дадено заболяване не влиза в него, след като за определен пациент то е основно. Така че това е много сложен въпрос, но е нещо, което трябва да бъде създадено, за да има златен стандарт. В Сингапур има основен пакет, както и в много държави. Но тук трябва силна политическа воля и добра аргументация. Но тези девет групи, които сега държавата осигурява ще останат към

НЗОК. Няма логика те да бъдат при застрахователна компания. Зад НЗОК стои държавата, която социално би трябвало да се погрижи за тези хора, а не да ги остави на пазара. Защото не може един пенсионер, който 30 години е свикнал с една система, изведнъж да бъде включен в съвсем различна, която реално има и риска да изпадне.

- При този сценарий в НЗОК ще останат основно пенсионери, деца

- Да и тогава тя ще се превърне в социален фонд, а не в реален осигурител. Това е и рискът. Но, ако всички ние се замислим като пациенти къде бихме се записали, няма как да не ни мине мисълта, че каквото и да стане, знаем, че бюджетът на НЗОК ще бъде актуализиран в края на годината. Докато частният фонд може и да фалира. Но пациентът трябва да знае какви възможности има, за да може да направи информиран избор.

- Значи ли това, че вероятно НЗОК ще остана най-сигурният избор за гражданите?

Зависи от кой ъгъл се погледне. От една страна зад НЗОК стои Министерство на финансите, което ежегодно актуализира бюджета. От друга – зад застрахователните дружества ще съществува Гаранционен фонд, който ще ги „пази“ от фалит. Въпросът в случая по-скоро е – къде ще бъде предлагана по-качествена услуга за същите пари. Отговорът е многостранен, тъй като все още дори нямаме пилотен опит със застрахователни дружества, които да предлагат основен пакет от медицински дейности.

- Този модел би ли довел до намаление на доплащането или точно обратното?

- В България най-много се доплаща за лекарства - между 65-70%, след което за извънболнична помощ - 20%, а за болнична-10%. Тук говорим за регламентирани плащания, а не за тези под масата. Т.е. при тази разбивка, трябва да се замислим доколко един застраховател би покрил на по-висока степен част от доплащането за лекарства, за кой тип лечение би поел премия и до каква степен. Самото доплащане е полезно да съществува, но трябва да влезе в рамките на средноевропейското - до 25%. Проблемът е, че у нас средно е около 50%. Дали този показател ще се подобри с формирането на цени и пазарът ще го уравни, при положение, че съществува толкова много правила за самия застраховател, не е ясно. Защото дружествата едновременно могат да формират печалба, но не могат да отказват пациенти. Представете си един онкоболен, чието лечение струва около 20-30 хил. лв. на година и друг пациент, за който ще трябва 500 лв., застрахователят няма да има право да определи рискът. Той задължително трябва да плати тези 30 хил., но до каква степен е събрал тези пари и доколко той ще може едновременно да излезе на печалба, да не фалира и съответно да задоволи нуждите на всеки. Така че пазарът хем се отваря, хем се създават регулации, които го затварят. Ситуацията е малко параграф 22.

- Ще имат ли тогава застрахователите изобщо някаква реална възможност да формират печалба, при така зададените условия?

- При така зададените условия, това е доста съмнително. Но всяко едно дружество знае най-добре как да управлява активите си. Регулацията им казва, че могат да формират печалба, но и поставя и 20 условия, които на практика оръзват тази възможност. Основното е, че не могат да формират цена на пакета, който предлагат на пациента, защото те са застрахователи и работят на база риск. В зависимост от това колко си болен, колко си здрав, колко си млад или стар, цената ти се качва или сваля. Това е част и от формирането на печалбата и след като това се забранява, остава въпросът откъде ще дойде тя.

- Лични лекари и болниците ще могат сами да договарят цени с фондовете. Това не отваря ли врата за увеличение на медицинските услуги?

- И в момента има цени, които всяка една болница си договаря като избор на екип и т.н. Не бих казал, че ще има оскъпяване, но, за да се случи неоскъпяването трябва да има абсолютна прозрачност на цените в самата болнична помощ. Задължително е да има публична информация за услугите в различните лечебни заведения, така че хората да

могат да сравняват и да правят информиран избор. Тогава реално цените ще спаднат. Но, когато болниците определят тези суми и те са неясни за пациентите, а са ясни само за лечебните заведения и фондовете, тогава навярно ще има оскъпяване. Ценовата конкуренция трябва да е абсолютно прозрачна, така че всеки да има възможността да си прави сметката.

- Доколко привлекателни биха били малките болници в критично финансово състояние за частните фондове?

- Въпросът с кого фондовете ще имат право да сключват договор не е добре уточнен. Ако на всеки застраховател се позволи да се договаря, с който реши, нищо не пречи да посочи от 7 до 8 болници, с които реално да оперира, а всички останали да започнат да отпадат, защото реално нямат приходи. Това е един от рисковете, който се вижда при този вариант. Затова една от опциите е регионализация на самите застрахователни дружества. Това означава да нямат право да оперират свободно в страната, подобно на моделът в енергетиката с регионалните дружества. Другата опция е дружествата да се задължат да сключват договор с всички болници. Това ще е много сериозен проблем, защото отново ще се насочат много приходи към болници, които не са толкова ефективни, отново заради политически или икономически въпроси. И пак опираме до това, че докато няма реална паралелна реформа в лекарствената политика, доболничната и болничната помощ, няма смисъл да се променя само и единствено здравноосигурителният модел. А, дали малките болници може да фалират? Ако нямат достатъчно приходи от застраховки и добра възможност да останат на пазара, заради недобро качество, то тогава - да, ще фалират. Но, не това е начинът да се разчисти пазара. Държавата трябва да се погрижи да няма неефективни болници както държавни, така и общински и чак тогава да се въведе нов модел. Иначе ще има щети за самите пациенти.

- Заложено е 3% от приходите да отиват за издръжка на здравните фондове. Ще им бъдат ли достатъчни и тези разходи няма ли да намалят парите за здравни услуги?

- И НЗОК ползва около 1-1.5% от бюджета си за административна дейност и за самоиздръжка. На фондовете са им дадени 3%. Но това залагане на условия на частни дружества звучи странно, защото всяка една организация би трябвало да има право да преразпределя финансите си така, както прецени. Тези константни 3% може да бъдат заложени командно, но е възможно да не стигнат, както е и съвсем възможно парите за лечение да се намалят. А дори и тези 3% да стигнат, остава под въпрос качеството на услугите, които ще получават пациентите. Но пак нека не забравяме, че НЗОК извън тези 1.5% получава и средства от държавата, при актуализация на бюджета. А при дружеството подобен механизъм ще може да бъде приложен през гаранционния фонд, който да го изкара от фалит или по-точно пациентите да бъдат пренасочени към друго дружество. Но, зад НЗОК стои държавата, а зад другите играчи – един функционален гаранционен фонд, който не е толкова сигурен. Имаме лоши примери с Чехия и Унгария, в които много дружества фалираха вследствие на недобре проведена здравна политика. И това е въпросът. Дали сме готови за този път и дали властта ще поеме този риск до края на мандата си.

- Реално се оформя пазар в здравеопазването с много регулации. Доколко е осъществимо това?

- Не е нормално. Те казват, че ще има пазар, но напротив създава се т.н. квази-пазар и най-накрая ще играят дружества на „добри познати наши хора“. Отделно не сме сигурни доколко Комисията за финансов надзор (КФН) ще може да регулира пазара, след като виждаме, че на пазара на застраховките има катастрофа и няколко представителя подават оставки.

- Има ли българинът достатъчно финансова и застрахователна култура, за да осмисли една подобна реформа и да направи информиран избор?

- Към момента тази култура не е на особено добро ниво. Пример за това е аграрният сектор, при който всяка година продукцията търпи поражения заради градушки и продължават да не застраховат. Но, ако погледнем сектора на автомобилите, виждаме, че там застраховките са силно застъпени и в крайна сметка....автомобилът да не излезе по-важен от здравето. Затова зависи от кой ъгъл се погледне. Но, този тип култура трябва да се обучава у гражданите, за да разберат, че освен държавата и те самите са отговорни за здравето си.

- Опитваме се да заимстваме модели отвън. Доколко е готова страната ни за резки промени, предвид икономическите и демографските показатели?

- Трябва да вземем предвид всичко и икономическите и демографските особености. Не можем да сравняваме България с други държави, поради остри различия по отношение на БВП, структура на населението, смъртност, раждаемост, заболяемост. Изключително много аспекти са важни и затова не можем просто схематично да вземем отвън някакъв модел и да кажем - това е правилният. Затова трябва да изковем един, който е най-добър точно за България. Дали той минава през абсолютна демонополизация, остава да видим. Другият въпрос, на който трябва да обърнем внимание е, че идват избори. Този кабинет не показва достатъчно желание за реформа в здравеопазването. Беше заявено, че болници няма да се закриват и единственият начин, по който властта се опитва да решава проблеми е като налива ресурс към звената, които започнат да се оплакват.

- В крайна сметка с толкова много неизвестни около новия модел, се получава едно оплитане в хипотези. Оптимист ли сте, че реформа все пак ще има?

- Ще дам пример с Холандия. 40 години се опитват да променят модела и чак 2002 г. успяват. Това е сектор, който не се реформира бързо и лесно, защото е много деликатен. Отделно има и поколенчески проблеми. Голяма част от лекарите са свикнали на един метод на работа и сега това ново договаряне е рязко за тях и затова се парира от страна на гилдията. Оптимист съм, но не за следващите две-три години, може би през следващите 10 ще има стъпка в правилната посока. Стига да се даде възможност на всички участници да имат достъп до информация - чисто статистическите данни, за да могат да се анализират, защото и това е голям проблем. Затова се правят теоретични промени или такива, които са подбудени от различни финансови интереси, но не са подплатени със съответните емпирични аргументи.

Мила МИШЕВА

www.btv.bg, 22.07.2019 г. TC "www.btv.bg" \f C \l "1"

<https://btvnovinite.bg/predavania/lice-v-lice/prof-ivo-petrov-solidarnijat-zdraven-model-e-totalno-razrushen.html>

Проф. Иво Петров: Солидарният здравен модел е тотално разрушен

Високотехнологичната медицина е най-несправедлива за най-социално слабите, тези, които би трябвало да ползват солидарния модел

Високотехнологичната медицина трябва да бъде достъпна за повече пациенти и да бъде справедлива за тях. Тя е най-несправедлива за най-социално слабите. Това каза в предаването „Лице в лице” проф. Иво Петров.

По думите му, тя е най-несправедлива за тези, които би трябвало да могат да ползват солидарния модел.

„Защото много често се налага всички ние, като пациенти и като роднини на пациенти, да вадим пари и да доплащаме. Това хаотично безумно доплащане от джоб е възможно най-социално несправедливо и солидарният модел е тотално разрушен.

Има закостенялост в системата на здравеопазването, която се държи от хора, които нямат интерес тя да бъде променена. Напоследък се създава впечатлението, че целта е да се изхарчат едни пари, а не да се излекуват едни пациенти. Докато не се постави пациентът в акцента на здравеопазването, нещата няма да се получат, допълни проф. Иво Петров. По думите му, най-важният въпрос е „защо“ да направим реформата.

„Здравеопазването трябва да бъде по-достъпно, по-предвидимо и по-справедливо. Принципът на солидарност в момента е нарушен, така се води на книга, но от повечето европейски страни, в България е най-несолидарно.

В България има относително малко средства в сравнение със страни като Германия, Белгия, Франция. Лечението при тях е значително по-добре финансирано, разликите стигат до 10 пъти, допълни проф. Петров.

"Има прекалено много здравни заведения и така принципно добрата медицинска услуга се развива на добра на средно ниво. Но това, което касае пациентите със сложна патология, която изисква голям професионализъм и сложни технологии, дефицитът там е много голям и затова пътуват в чужбина. Харчим много за малките неща, и не харчим за големите.

Трябва да преценим на кои лечебни заведения каква функция им се пада, каква функция биха имали като най-необходими на местното население. Не можем да очакваме от една общинска болница с 40 операции на година да прави сложна хирургия. Тези, които имат своята социална функция, те да останат с такава функция, а високотехнологичната функция да бъде пренесена към университетските центрове".

Според проф. Петров трябва да се вземат големите стратегически решение и тогава конкретиката ще бъде изяснена.

„Ако има допълнителни фондове, разрушаване на монополния модел, сигурен съм, че допълнителните здравни фондове ще направят всичко възможно така, че ефикасна медицинска помощ да има за всеки пациент, който е осигурен при тях. Има една медицинска група в момента, която има и организиран транспорт. Щом държавата не го осигурява, хората, и занимаващите се със здравеопазване успяват да го осигурят.

Оперираният по спешност анестезиолог е много добре, съобщи проф. Петров.

"Това е потенциално фатално състояние, особено в неговата масивна и субмасивна форма, както беше при колегата. Това е един случай, който добре илюстрира как трябва да се случват нещата – той беше незабавно транспортиран с наш медицински екип и получи интервенцията не повече от 20 минути след като беше приет. Скъсиха се няколко отстъпки".

Университетските болници имат мисията да направят обучението на високо ниво, а здравната система има мисията да направи тази услуга на разположение на повече хора, а не на единици, допълни проф. Петров.

www.clinica.bg, 22.07.2019г. ТС "www.clinica.bg" № С \ I "1"
<https://clinica.bg/8971->

РАЙОННИ КОЛЕГИИ ПОДКРЕПИХА БЛС ЗА НОВИЯ МОДЕЛА

Лекари от София, Хасково и Кюстендил изразиха съгласие с опасенията на съсловната организация за предложената реформа

Три районни колегии на БЛС изразиха подкрепата си към позицията на Управителния съвет съсловната организация за новия здравен модел. Становища в знак на съгласие са изпратили от София, Кюстендил и Хасково.

В официалната си позиция БЛС категорично се противопоставя на опитите съсловната организация да бъде извадена от процесите на договаряне на здравни политики. Лекарският съюз остро възрази и 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.

Също така смятат за недопустимо

„правото на пациента да избира кой да го лекува да бъде изместено от избора кой да финансира лечението му“. „Изразяваме абсолютно съгласие с маркираните опасения в Становището на УС на БЛС и споделяме тревогата си, че така направените предложения крият значително повече опасности и въпроси, отколкото да дават решения на наболели и натрупващи се проблеми в системата на здравеопазване в страната“, казват от Районната колегия в Хасково. „Надяваме се, че диалогът тепърва предстои“, допълват оттам.

www.redmedia.bg, 22.07.2019г. ТС "www.redmedia.bg" \f C \l "1"

<http://www.redmedia.bg/statii/v-24-chasa-i-chastnite-fondove-shte-rabotvat-v-tsyalata-strana-kakto-zdravnata-kasa-6304>

В. "24 ЧАСА": И ЧАСТНИТЕ ФОНДОВЕ ЩЕ РАБОТЯТ В ЦЯЛАТА СТРАНА КАКТО ЗДРАВНАТА КАСА

Частните здравноосигурителни фондове, чието създаване предложи министърът на здравеопазването Кирил Ананиев, ще трябва да работят на територията на цялата страна, както това прави и Националната здравноосигурителна каса. Това обяви зам.-министърката на здравеопазването Жени Начева, пише в днешния си брой "24 часа".

„Категорично няма да променяме основния пакет. Здравноосигурените лица няма да бъдат лишени от което и да е от правата, които имат в момента, в широкия спектър здравноосигурителни дейности, които касата заплаща... Едно от задължителните искания, които ще бъдат отправени към фондовете, ще бъде да имат териториален обхват и диверсификация на територията на цялата страна“, каза тя пред БНР.

Още през тази година ще започне промяна в цените на клиничните пътеки, а министерството ще изследва защо в различните болници цените са различни.

www.vesti.bg, 22.07.2019г. ТС "www.vesti.bg" \f C \l "1"

<https://www.vesti.bg/tehnologii/telenor-demonstrira-lekarski-pregled-prez-5g-mrezha-6097872>

Telenor демонстрира лекарски преглед през 5G мрежа

Телекомът започва поредица от тестове на технологията в най-различни условия

Мартин Дешев

Мобилният оператор Telenor обяви, че започва практическите тестове на мрежата си от пето поколение (5G) в България. Телекомът направи и демонстрация на възможностите, които ще предложи 5G, като чрез нея беше извършен първия медицински преглед от разстояние.

Прегледът беше проведен от проф. д-р Асен Балтов, изпълнителен директор на УМБАЛСМ "Н. И. Пирогов". Той беше централата на Теленор в София, а проф. д-р Диян Енчев, който е началник "Травматологичен комплекс" в болницата, беше в кабинета си. Те извършиха преглед на пациент, като проф. Балтов използваше очила за виртуална реалност, за да "влезе" в кабинета. „Благодарение на тази технология, достъпът до експертна медицинска помощ ще бъде по-лесен дори за онези пациенти, които са на труднодостъпни места“, казва проф. Балтов

"Вярваме, че инвестициите в развитието на 5G мрежа е стратегическа стъпка към напредъка на е-обществото в България. Тя ще окаже положително влияние върху дигиталната трансформация и бъдещето на бизнеса. С появата на тази технология от ново поколение ще положим основата за създаването на напълно нови услуги и бизнес модели, от които да се възползват нашите клиенти“, каза Джейсън Кинг, главен изпълнителен директор на Telenor.

Компанията демонстрира и първия разговор през 5G мрежа в страната. Компанията, както и другите два телекома, има разрешително да използва тестов спектър за шест месеца, който ѝ позволява да тества в реални условия възможностите на технологията, както и потенциални бъдещи услуги. Telenor предвижда да извършва тестове на различни места в страната, като ще извършва и поредица от демонстрации, които ще показват възможностите на 5G мрежата при работата ѝ с виртуална реалност, стрийминг на видео и игри и др.

Демонстрациите ще са публични и ще могат да се посещават от хората безплатно, като компанията ще публикува графика за тях скоро. Операторът използва оборудване на Huawei за своята 5G мрежа, което включва и мобилна базова станция, която позволява да бъде транспортирана.

Навлизането на 5G ще отнеме време, като мрежата ще се изгражда поетапно. За сега телекомът не посочва конкретни срокове, като първо ще се съсредоточи върху тестовите и разработката на новите технологии и услуги.

www.zdrave.net, 22.07.2019 г. TC "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n10115>

Фармако-терапевтично ръководство бори антибиотичната резистентност

МЗ публикува за обществено обсъждане проектите на още три ръководства

Надежда Ненова

Фармако-терапевтично ръководство ще се бори с нарастващата антибиотичната резистентност, става ясно от публикувания днес проект на сайта на Министерството на здравеопазването.

„Антимикробната лекарствена резистентност (АМР) отразява способността на бактериите или медицински значимите гъбички да продължават съществуването си в присъствието на антибактериално или антимикотично лекарствено средство, дори в доза, по-висока от терапевтичната. Водеща причина за бързото развитие и широкото разпространение на резистентността е нерационалното прилагане на антибиотиците и антимикробните химиотерапевтици без необходимите индикации, неправилен избор на антимикробно средство, несъобразяване с локалната резистентност на микробите в лечебното заведение, приложение в неадекватен терапевтичен режим“, пише в проекта. Там е уточнено още, че антимикробната лекарствена резистентност компрометираща терапията, удължава болничния престой на пациентите, води до трайно инвалидизиране и повишава разходите за лечение.

„С проекта на Фармако-терапевтично ръководство се цели да се създаде правна регламентация на терапевтичния подход при лечение на вирусни и бактериални инфекции, както и на критериите за оценка на ефективността на прилаганата терапия. Основна цел е гарантиране достъп на пациентите до съответстващо на европейските стандарти лечение с лекарствени продукти и осигуряване на ефективен механизъм за системно и планирано оценяване, наблюдение и непрекъснато подобряване на качеството на медицинските услуги“, допълват от МЗ.

Припомняме, че антибиотичната резистентност се смята за отговорна за близо 33 000 смъртни случая в ЕС годишно, а в световен мащаб те са 700 000. В България употребата на цефалоспорици в лечебните заведения е сред най-проблематичните казуси.

Още три проекта на фармако-терапевтични ръководства публикува за обществено обсъждане днес МЗ - по пневмология и фтизиатрия, по медицинска паразитология и за лечение на имуномедиирани болести.

Проектът на фармако-терапевтично по пневмология и фтизиатрия предлага на единен терапевтичен подход при лечението на бронхиална астма, правила за добра клинична практика при белодробен тромбоемболизъм при лица над 18 годишна възраст, характеристика и епидемиология на заболяването ХОББ, хронични гнойни болести на белия дроб (CSLD) и бронхиектази и хронични болести на белия дроб, при муковисцидоза при лица над 18 годишна възраст, идиопатична белодробна фиброза, пневмонии при лица над 18 годишна възраст и при дихателна недостатъчност.

Проектът на „Фармако-терапевтично ръководство по медицинска паразитология“ предлага алгоритъм за терапевтично поведение за малария и лайшманиози и препоръчителното лечение по клинични пътеки – паразитози. „С проекта се цели да се създаде правна регламентация на терапевтичния подход при лечение на паразитните заболявания, както и на критериите за оценка на ефективността на прилаганата терапия. Основна цел е гарантиране достъп на пациентите до съответстващо на европейските стандарти лечение с лекарствени продукти и осигуряване на ефективен механизъм за системно и планирано оценяване, наблюдение и непрекъснато подобряване на качеството на медицинските услуги“, пише в мотивите към него.

Проектът на фармако-терапевтично ръководство за лечение на имуномедиирани болести обхваща първични имунни дефицити (ПИД) и предлага единни фармако-терапевтични насоки, които са отнасят за нелекарствената терапия, лекарствената терапия, вкл. терапии, базирани на протеини, лекарствена терапия и профилактика, базирана на антимикробни средства и фармако-терапевтични насоки при имуномедиирани репродуктивни неуспехи.

Очакваният резултат от четирите фармако-терапевтични ръководства е въвеждането на единен терапевтичен подход при предписването и прилагането на лекарствените продукти, което да гарантира оптимален ефект при лечението на пациентите.

Проекта на Фармако-терапевтично ръководство по пневмология и фтизиатрия може да видите [ТУК](#).

Проекта на Фармако-терапевтично ръководство по медицинска паразитология може да видите [ТУК](#).

Проекта на Фармако-терапевтично ръководство за използване на антимикробни лекарства може да видите [ТУК](#).

Проекта на Фармако-терапевтично ръководство за лечение на имуномедиирани болести може да видите [ТУК](#).