ПРЕСКЛИПИНГ

26 юли 2018, четвъртък

www.clinica.bg , 25.07.2018 г.
https://clinica.bg/5679-

БЧК ДАВА 3000 ЕВРО ЗА ГЪРЦИЯ

Българският Червен кръст ще даде 3000 евро в помощ на пострадалите от бедствията в Гърция. След двудневни пожари в южната ни съседка загинаха 80 души, а над 30 се водят за изчезнали. Пострадалите са 164, сред които 23 деца. Сред ранените има и една българка, която е настанена в болница.
„Присъединяваме се към тридневния траур, обявен в страната, и изказа съболезнования на ГЧК и на гръцкото посолството в България. В израз на международна солидарност, ще преведем парична помощ в размер на 3000 (три хиляди) евро по обявената банкова сметка на ГЧК за подпомагане усилията на националното дружество да окаже помощ на нуждаещите се", казаха днес от БЧК.
Гръцкият Червен кръст подпомага
държавните институции и осъществява предимно дейности по оказване на първа долекарска помощ, психо-социална подкрепа и хуманитарно подпомагане. Звеното за мениджмънт на бедствията следи ситуацията и координира действията си с общинските, държавните и други структури на гражданската защита. В планината Герания, община Мегара и в Рафина, ГЧК е мобилизирал спасители - самаритани, които са разгърнали пунктове за първа долекарска помощ. В Рафина те са три – един в спортната зала на община Неа Макри, един пред кметството и един - на пристанището.
Повече информация, може да намерите
на следния линк: http://www.ifrc.org/docs/Appeals/18/IB_Greece_Wildfires_24072018.pdf
В случай на необходимост, българските граждани в Гърция могат да потърсят съдействие на обявения от българското посолство телефон: +30 6937 096 220.
За допълнителна информация, може да посетите страницата на Министерство на външните работи на Република България, Ситуационен център:
https://www.mfa.bg/bg/situationcenter

www.clinica.bg , 25.07.2018 г.
https://clinica.bg/5680-

ПРОЗРАЧНОСТТА ВЪВ ФИНАНСИРАНЕТО Е ЗАДЪЛЖИТЕЛНА

"Галъп интернешънъл" и clinica.bg организираха дебат на тема „Прозрачност и здравеопазване". Повод за него бе създаването на първия „Индекс на болниците". Защо системата ни буксува, кое е лекарството за нея, вижте мнението на Станимир Хасърджиев, председател на НПО, част от Европейския пациентски форум (ЕПФ) и лектор на събитието.
Пазарът на здравно застраховане у нас вероятно няма, но пазар в здравеопазването категорично има. Ако нямаше пазар, нямаше да има постоянно роящи се болници, всяка от които бърза да сключи веднага договор със здравната каса. Това означава, че не е чак толкова неефективно да се работи с нея. Пазар има много сериозен и в сферата

на лекарствата. Затова ще се опитам да покажа някои европейски принципи за осигуряване на прозрачност, когато става дума за изразходване на публични средства.

Прозрачност чрез обществен контрол

Механизмите тук са два - пряк контрол чрез гражданите и чрез организациите, които представляват определен сектор. Много е важно как дефинираме легитимността на тези организации и как осигуряваме тяхната прозрачност, която трябва да подсигури прозрачността на разходването на публичния ресурс. Няма по-добър измислен модел към настоящия момент за контрол освен чрез тези организации. Едни от тях са пациентските.

Какво създава една организация

На първо място това е нейната репрезентативност – доколко тя представлява определена група от обществото. Обикновено това се случва чрез нейната членска маса или чрез нейните членски организации. Така се представлява обществото и в географски аспект и като експертиза, например по различните заболявания.

Другото е управлението й. Тук отново имаме проблеми при много от тях. Европейските принципи казват - членовете са тези, които трябва да управляват една организация. Те правят това чрез избиране на легитимни органи, чрез текущ контрол, планов контрол, общи събрания. Решенията не могат да бъдат взети еднолични, а трябва да бъдат колективни и да отразяват вижданията на всички членове.

Един много важен проблем, който е и при болниците

Лечебните заведения, бивайки търговски дружества (ТД) многократно правят опити да не казват какво харчат като публичен ресурс, какви са им приходите им от кешови плащания. Когато ги попитаме, винаги получаваме един и същ отговор - това е търговска тайна. Как може употребата на публични средства да е търговска тайна. Винаги съм задавал този въпрос. Не е търговска тайна колко се харчи за лекарства, но е търговска тайна откъде са основните приходи в болниците, дали са на печалба или загуба, а в същото време те ползват огромен публичен ресурс. Един добре регулиран пазар е лекарственият, в него се знае всичко, освен тези отстъпките. Но има огромен брой ЛЗ, където отиват над 50% от парите на НЗОК, там е най-голямото доплащане и няма никаква прозрачност. Управлението им е непрозрачно - собственикът назначава някакви представители в бордовете, които никой не знае. А западните модели показват, че трябва да има добър обществен контрол, който наблюдава какво се случва в ЛЗ. Има огромни средства, които минават през обществени процедури в болниците и никой не знае какво става там, където потъва най-големият финансов ресурс. Затова прозрачността при финансирането, включително и при пациентските организации, е изключително важна.

Ние спазваме европейските принципи

Финансирането трябва да е подсигурено от различни източници. Не може една организация да получава финансиране от 40 компании и някой да твърди, че тя лобира за дадено лекарство – за кое точно, след като всички компании са преки конкуренти. Освен това държавата не е подсигурила никакви други възможности за финансиране за пациентските организации, които участват във взимането на решения за обществото. В Европа тези организации получават обществено финансиране, за да е сигурно, че решенията, които вземат ще са в полза на обществото. Тук такава опция нямаме. И когато хора, които умират и нямат достъп до дадено лекарство излизат на улицата е лесно да кажеш, че те лобират. Докато не се изчисти въпроса с финансирането, ще го има този момент.

Избягване на конфликт на интереси

Публичните организации, които са в Надзора на касата, би следвало да осъществяват някаква форма на обществен контрол, въпреки че сега не се получава точно така.

Съвсем нормално е тези хора да са работили другаде, да са получавали хонорари някъде, затова е изключително важно да декларират конфликт на интереси. В ЕМА всички са длъжни да декларират доходите си, защото е налице най-голямото съмнение, че са повлияни от фарма индустрията. Ние сме възприели тази практика в ЕПФ, редно е това да става и тук. Не винаги декларирането, че си бил в борд означава, че имаш конфликт на интереси. Но трябва да кажеш къде си работил, за да е ясно какво те е довело до едно конкретно решение.

СЕГА 26.07.2018 г., с. 9-10

Пари има! Здравеопазване няма! Няма и да има!

Проблемът не е колко и как плащаме, а на какъв принцип. Сегашният - на парче, е вреден

Янина Здравкова

През февруари здравният министър Кирил Ананиев обяви, че ще представи изцяло нов модел на финансиране и управление на здравната система, защото настоящият е напълно изчерпан. Оттогава той уверява, че се работи, дори по два или цели три варианта, които ще се представят за широко обсъждане, за да се избере най-подходящият. До ден днешен Ананиев не е представил официално нищо, макар че вече текат сбирки по въпроса сред управляващите.

Изненадващо обаче вместо него се изказа шефът на здравната комисия в парламента Даниела Дариткова от ГЕРБ и сподели, че според нея вариантите за развитие са два - стимулиране на допълнително здравно застраховане, което да покрива услуги, които здравната каса не плаща, или демонополизация на НЗОК, т.е. повече каси да могат да предоставят основния пакет, а гражданите (вероятно) да могат да избират между тях. Самата Дариткова даде да се разбере, че предпочита варианта с т.нар. надграждане - задължителна вноска в НЗОК и доброволна допълнителна в частен фонд.

Доколко тези идеи са част от очакваните предложения от Ананиев, не е ясно. Дали Дариткова си позволи да говори по невнимание, или обратното - за да обяви публично каква е правата линия - не е важно. Дебатът за промяна в здравния модел започна, преди той дори да е представен, а в него побърза да се включи и новият управител на НЗОК Дечо Дечев, който доразви идеята в най-очакваната посока - да се остойности пакетът на здравната каса, да се сравни с наличните средства и ако е нужно, да се свие, така че

да се отвори пазар на допълнителните фондове,

а касата да плаща само за това, за което реално има пари. Тази заявка се чува от почти всеки нов шеф на касата, министър и депутат в последните 15 години и още никой не е остойностил нищо. Продължаваме да даваме все повече пари за нещо, за което не знаем колко струва, нито пък каква част от това, което плащаме, е чиста кражба. Но и това е детайл. Основното е, че евентуално въвеждане на допълнителни вноски не е нито нов модел, нито алтернатива на сегашната напълно изчерпана система, а част от настоящото статукво.

Тази топка ГЕРБ и коалиционните им партньори я тупкаха съвсем наскоро - в предишния кабинет "Борисов 2". Тогавашният здравен министър Петър Москов почти успя за раздели пакета на здравната каса на основен и допълнителен именно с идеята за допълнителния да се плаща допълнително.

ГЕРБ приеха поправката с видимо отвращение,
а след като тя катастрофира в Конституционния съд, макар и по формални причини, а не защото противоречи на философията на основния закон, я забравиха. Сега разговорът започва отново - дали и колко да намалим това, което плаща НЗОК, за да се поеме останалото от допълнителни фондове или кеш от гражданите, които така или иначе и сега вадят от джоба си половината от разходите за здравеопазване. Но дори и това да стане, то няма да промени нищо по същество - освен че ще предизвика недоволство и ще отвори широки възможности да пострадат по-бедните. Защото ще продължим да финансираме сбъркана и извратена система, просто парите ще минават по малко по-различен път и вероятно ще са още повече.
Това, което трябва да се промени, е философията, а по този въпрос още не сме чули нищо конкретно. Най-големият проблем на здравеопазването в България е
начинът на плащане, а не самите суми
От близо 20 години у нас се плаща за отчетена дейност, преминал пациент, прегледан болен и т.н. На парче, без резултатът да има значение. Това моментално доведе до свръхраздута болнична мрежа, която отчита хоспитализации като бясна, до лекуване на болест, а не на пациент, до количество за сметка на качество, до селектиране на болни - тежките случаи не ги иска никой, а болниците са пълни със здрави хора. Подобна среда е идеална за крадене, "бизнес" и пълнене на партийни каси, затова и не се нанасят и минимални корекции - профилактиката и превенцията на хроничните заболявания не съществуват, извънболничната помощ, въпреки че е далеч по-евтина, е оставена на доизживяване и представлява единствено подстъп към болничната -
хората се обръщат към нея за направление, а не за лечение
Свръхразвито е активното лечение, и то при добре платени специалности като инвазивна кардиология и онкология, а с продължително лечение и долекуване не желае да се занимава никой. Дали дадена болница е успешна, се определя по това дали има или няма дългове, и на никой не му и хрумва да оценява по показатели като смъртност, продължителност на престой, рехоспитализации, вътреболнични инфекции, удовлетвореност на пациенти и т.н. критерии за качество. Възнагражденията на работещите в нея пък зависят от броя приети болни и разходите по тях,
а не от това как са си свършили работата
И те - за да могат да получават заплати, приемат здрави хора и пестят от изследвания или манипулации. Не е чудно, че по-първосигналните пациенти все по-често им посягат.
Докато здравната каса - или каси, продължават да плащат на парче, за отчетена клинична пътека в настоящия й вид, без болницата да има стимул да се интересува от пациента преди и след изписването, от придружаващите му заболявания, от крайния резултат от лечението, нищо хубаво не ни очаква. Затова и докато тази философия е водеща, е без значение кой ще плати пътеката и как - проблемът си остава. Разходите за здравеопазване ще растат, недоволството - също, а здравните показатели на нацията ще си стоят на дъното.
Управляващите знаят това. Знаят и че по света отдавна са установили, че плащането на парче не води до добри резултати, и търсят нови модели. Знаят и какво са открили. Дали ще ни го демонстрират - предстои да видим. Първите заявки изобщо не са обнадеждаващи.

24 часа 26.07.2018 г., с. 4

За здраве да не плаща само касата, одобриха ГЕРБ и патриотите

Министър Ананиев има още малко да изчислява, преди да представи официално промените

Виктор Иванов
Различни модели за здравна реформа и промяна на осигурителния модел представи вчера министър Кирил Ананиев на коалиционен съвет на ГЕРБ и „Обединени патриоти".
Съветът бе свикан от премиера Бойко Борисов. Участваха тримата лидери на патриотите Валери Симеонов, Волен Сидеров и Красимир Каракачанов,председателят на депутатите от ГЕРБ Цветан Цветанов, шефките на парламентарната здравна комисия Даниела Дариткова и на финансовата Менда Стоянова и финансовият министър Владислав Горанов.
Говорено е по няколко варианта за демонополизация на Националната здравноосигурителна каса, но единственото сигурно до момента е, че ще има и частни каси, разказаха пред „24 часа" участници. Целта била по-скоро различните варианти, предлагани от здравния министър, да се изложат пред патриотите и да получат тяхното принципно одобрение.
Все още стоят варианти както за допълнително задължително осигуряване, така и за доброволни здравни фондове. При всички случаи сегашният модел ще се надгражда с някакъв вид доплащане.
След като изложил вариантите, министър Ананиев е поискал още малко време за изчисления и допълнения. Той пое ангажимент в края на юли да ги представи на обществено обсъждане, така че наесен да се създаде законодателната рамка на новия здравен модел.

труд 26.07.2018 г., с. 4

На среща в Министерски съвет

Властта обсъди два модела за здравна реформа

Големият дебат е през септември

Електронното здравеопазване тръгва през 2019 година

Два модела за здравна реформа бяха обсъдени вчера в Министерски съвет. Здравният министър Кирил Ананиев обясни концепцията за промените пред премиера Бойко Борисов, финансовият министър Владислав Го р а н о в, представителите на коалиционните партньори както и председателите на парламентарните комисии по здравеопазване и бюджет и финанси д-р Даниела Дариткова и Менда Стоянова. Очакванията са чрез промените да се коригира финансирането на системата, като допълнителното осигуряване ще стане по-важно. Министърът на здравеопазването Кирил Ананиев вече заяви, че ще представи публично проекта през месец септември, но първо ще запознае с него народните представители. Единият вариант е да се

създадат повече здравни каси като чрез него се подходи към „разбиване монопола на Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК)".
Управляващите дадоха вече да се разбере, че общото решение ще клони към идеята доплащанията за допълнително здравно осигуряване на пациентите да става чрез застрахователните дружества. Един от аргументите в полза на втория вариант е, че за нови здравни каси ще бъде необходимо отново да се правят назначения и така в сектора ще увеличат чиновниците. А застрахователните дружества имат необходимия персонал за дейността. Припомняме, че в момента в НЗОК работят на щат близо 2500 служители.
В министерството на здравеопазването работят и по изграждането на електронната здравно-информационна система и в първите месеци на следващата година се очаква реално да заработи електронното здравеопазване.
Междувременно новоизбраният шеф на НЗОК д-р Дечо Дечев коментира преди дни, че въвеждането на нови правила при финансирането на медикаментите от НЗОК е един от механизмите, по които може да се пресекат големите харчове на касата. Промените, които предлагат в това отношение са при еднакъв ефект и полза за пациентите от две напълни идентични терапии с лекарства от НЗОК да се покриват на 100 процента по-евтината.
А ако болният пожелае по-скъпата - да си доплати.