

ПРЕСКЛИПИНГ

28 септември 2018, петък

<http://news.bnt.bg/bg/a/kiril-ananiev-vsichko-koeto-predlagame-e-za-podobryavane-na-zdraveopazvaneto>

Кирил Ананиев: Всичко, което предлагаме, е за подобряване на здравеопазването

Като министър на здравеопазването внесох вчера на национална кръгла маса и двата варианта - естествено, че имам своя приоритет - това е вторият вариант, в който има преходен период към пълната демонополизация на НЗОК. Това обясни в сутрешния блок на БНТ здравният министър Кирил Ананиев.

Още за двата варианта на здравноосигурителен модел в интервюто на министър Кирил Ананиев - гледайте във видеото.

И двата варианта имат положителни и отрицателни неща, обясни министър Ананиев. Но според мен системата на здравеопазването е доста консервативна система, тя има нужда от плавен преход към новия модел на финансиране, допълни още той.

Ананиев обясни, че основните послания на предложението за реформата са качествено нов контрол, конкуренция между финансиращите институции НЗОК и застрахователни дружества, модернизация на българското здравеопазване и премахване на нерегламентираните плащания.

Кирил Ананиев, министър на здравеопазването : Срещу тези 12 лева няма определен пакет, който да се финансира. Те са част от общия ресурс, който финансира основния пакет дейности. Това, което е важно да кажа, че с тези 12 лева ние не само ще осигурим финансирането на този основен пакет, а ще създадем възможност и за финансиране на нови дейности, които подобряват здравеопазването на българските граждани.

Застрахователите да влязат в здравеопазването, подобно на много здравни системи в Европа, стои в основата на предлаганата от здравния министър реформа...

Много от клиничните пътеки в момента имат нужда от преостойностяване, коментира здравният министър. По думите му, първото което ще се направи с ресурса, който ще влезе легално в системата на здравеопазването, е да преостойностим някои от клиничните пътеки, които са подценени.

Кирил Ананиев, министър на здравеопазването: Всичко, което предлагаме действително е за подобряване на здравеопазването и за повишаване качеството на лечение на българските граждани, включително и проследяване на терапията на това е лечение и резултатите от нея.

В основата на промяната, която предлагаме има две неща - конкуренция и силен контрол.

www.btv.bg, 27.09.2018 г. ТС "www.btv.bg" \f C |l "1"

<https://btvnovinite.bg/predavania/koj-variant-za-zdravna-reforma-podkrepjat-lekarite-i-pacientite.html>

Кой вариант за здравна реформа подкрепят лекарите и пациентите?

Предлага се или пълна демонополизация на касата, или въвеждане на задължителна здравна застраховка

Два варианта за реформа в здравноосигурителния модел предложи министърът на здравеопазването Кирил Ананиев. Те предвиждат пълна демонополизация на касата или въвеждане на задължителна здравна застраховка.

Първият вариант предвижда касата и застрахователите да се конкурират, а хората да избират при кого да отиде 8-процентната им осигуровка.

При втория вариант – 8-процентната осигуровка ще отива в касата, както е сега, но ще има и задължителна здравна застраховка – около 12 лв.

Бившият здравен министър Таня Андреева напомни, че и сега има доброволно допълнително здравно застраховане, но то е уредено по застрахователния кодекс. „Надявам се да има индивидуални партиди, защото в противен случай всички, които и в момента отговорно си плащаме здравните осигуровки и поемаме лечението на близо още 2 млн. души, ще трябва после да плащаме със задължителните си застраховки лечението на същите тези хора, които не си плащат”, коментира Андреева.

Според Пенка Георгиева от пациентска организация „Заедно с теб” по-скоро ще се стигне до консенсус за трети модел, в който ще се вземе най-доброто от предложените два варианта. Тя призова да не се противопоставят двата модела и да не се прави политика от това, а да се обсъждат експертно. Георгиева напомни, че в момента пациентите плащат много повече от 8-процентната здравна вноска.

Едно е сигурно – трябва да се вляят нови средства в здравеопазването, каза зам.-председателят на Българския лекарски съюз (БЛС) д-р Николай Брънзалов. По думите му и в двата предложени модела има много недостатъци и най-важни са детайлите.

www.econ.bg, 27.09.2018 г. ТС "www.econ.bg" \f C \l "1"
http://econ.bg/la_i.765312_at.1.html

Промени в Закона за местното самоуправление гледат депутатите на първо четене На второ четене народните представители ще обсъдят промени в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина

Звено в общината да отговаря за изпълнение на актовете на кмета и Общинския съвет по опазване на обществения ред, имуществото и организацията на движението по пътищата, това предвиждат промените в Закона за местното самоуправление, които днес депутатите ще разискват на първо четене.

Промените не задължават, а дават възможност за създаване на подобна структура. Служителите в новото общинско звено ще бъдат на пряко подчинение на кмета, но дейността им ще бъде координирана с МВР. Те ще преминават на обучение по специална програма, изготвена от ГД „Национална полиция”. Ще носят униформа и ще имат право да изискват документ за самоличност. Ако преценят, че лице, което извършва нарушение или с поведението си нарушава обществения ред и може да застраши своя или чужд живот, служителите могат да ограничат правото му на свободно придвижване до пристигането на полицейски орган.

В мотивите към законопроекта е записано, че създаването на новото звено се налага заради високата цена на издръжка на общинската полиция. Вносителите са заместник-председателят на НС Емил Христов и заместник-председателят на ПГ на „Обединени патриоти” Искрен Веселинов.

Втора точка в дневния ред е обсъждане на второ четене на промени в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

С поправките се създава правна възможност пациенти, които не са включени в клинични изпитания, да получат достъп до лечение, когато липсва терапевтична алтернатива, а продуктът не е разрешен за употреба в друга държава. Тези лекарства няма да се заплащат с обществени средства. Въвеждат се мерки за наблюдение на медикаменти от Позитивния лекарствен списък и ограничаване на износа им при наличие на липса или недостиг у нас.

www.clinica.bg, 27.09.2018 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/6170->

Е-РЕЦЕПТАТА ОСТАВА МЕЧТА ЗА НАС

Българите са с повече аптеки, отколкото европейците, но с по-малък достъп до услугата, коментира Венелин Сапунаров

Гергана ДОБРЕВА

Българските фармацевти свериха професионалния си часовник с колеги от над 100 страни по време на Световния конгрес по фармация и фармацевтични науки, проведен се преди броени дни в Глазгоу. Какви са изводите след срещата? За какво мечтаят българските фармацевти? И какви промени трябва да ес направят в сактора потитяхме Венелин Сапунаров, председател на Регионална Фармацевтична Колегия София-столична.

Съществуват драстични разлики между аптекарите по света. Това са част от изводите, които си направихме след форума в Глазгоу. Едно от основните неща е, че в България не се използва в достатъчна степен нашите познания. Често се налага да обясняваме, че сме медицински специалисти и че сме част от тази система, която е насочена към здравеното на хората. И че нашите знания са едно продължение на цялостното лечение.

Аптеки бол, но достъп труден

У нас в някои населени места хората има затруднен достъп до фармацевтична услуга. Въпреки, че в България на глава от населението аптеките са повече, отколкото са средно за Европа, продължава да има населени места, където няма достъп до аптеки. Това е един парадокс. Другите страни имат регулация. И тя така е направена, че пациентите да имат максимален достъп аптеките. Регулация за нови аптеки у нас няма. Те са концентрирани основно в големите градове.

Законът за лекарствата създаден с пропуски

В Закона за лекарствата в хуманната медицина още от създаването му не са предвидени такива ограничения. Тоест от една страна има регулация и изисквания към аптеките, към персонала, а от друга страна не е помислено за пациентите. Например в Европа е заложено дори какво да е отстоянието от аптека до аптека в метри. В България откриването на аптеки е търговска дейност.

Лекарства на тезгяха в селския магазин е недопустимо

Това не е в полза на хората, които ще получат тези лекарства. Защото голяма част от лекарствата имат определени изисквания за съхранение. На конгреса стана ясно значимата ролята на фармацевта. Той е нужен от създаването на молекулите до крайния клиент. И една от основните му роли е да може да бъде в помощ на пациента. Да обмени информация с него за нежелани реакции на лекарството, за нещо което не съответства на ефекта му, както и за някакви усложнения. В България обаче не е така.

Парите за лекарства в касата без обратна връзка

Ние нямаме електронно здравеопазване, нещо за което ние фармацевтите настояваме да стане час по-скоро. На конгреса в Глазгоу видяхме, дори приложения за електронна обработка на лекарствата от аптеки и от здравните системи. Аз лично не бих се наел да кажа има ли злоупотреби с парите за лекарства на Касата или не, защото просто няма обратна информация. Според мен никой не знае точно, само някои хора в Касата – кой пациент колко и какви лекарства пие. Дали няма пациенти, които не пият излишни лекарства или пък да пият по-малко отколкото са им необходими за заболяването. Мисля си, че тази информация я нямат и на най-високо ниво.

Прехвърлянето на плащания при аптеките всяка година

не е добре, но никой не ни пита. Тук парадоксът е следния, голяма част от лекарствата, реибурсирани над 80%, аптеката ги плаща, след което тя ги отпуска на пациента, след

което започва изчакването, за да се върнат парите. И как да кажа това е сваляне на колене, особено ако са по-дълги периодите.

Мечтаем за е-досие и е- рецепта

Това, което си пожелахме в Световния ден на фармацевта е електронна рецепта и електронно здравно досие. Ако това нещо се случи всеки специалист, който е вътре в системата ще може да анализира и да даде подходящото решение на проблемите. В момента тези данните са на база само изразходени средства. Нормално е отзад да стои пациент, забеляване, колко пъти и какво лекарство се пие. Ние за това си пожелаваме е-досие и е-рецепта, за да може да има някава полза за обществото и пациентите. Това дава информация. Например в Германия се знае далеч назад в годините един пациент какво лекарство и в какви дози е пил. Това помага и на лекарите в проследяването на лечението. В аптеките пък виждат информацията, дали има негативни експозиции, всичко това е отразено и спестява различни неудобство.

Войната в ценовия диапазон е нелоялната конкуренция

В България всички, които си правят гимнастика със здравеопазването се интересуват основно колко пари изразходва системата или колко пари плаща някой. Нелоялната конкуренция е до някъде войната в ценовия диапазон, но всъщност в цена на лекарства не стои само цената, а в нормалните страни отзад стоят и цялото обслужване. Това са такива общи примери, които тук не се случват.

VINF 13:45:[31 27-09-2018](#) GI1344VI.007 НЗОК - Надзорен съвет

Разходите на НЗОК за лечение на българите в чужбина и за лекарства нарастват

София, 27 септември /Десислава Пеева, БТА/

Разходите на НЗОК за лечение на българите в чужбина и за лекарства нарастват. Това каза председателят на Надзорния съвет на НЗОК Жени Нечева пред журналисти след заседание на надзорниците. Тенденцията за нарастване на сумите, по думите на Начева, няма да създаде опасност или проблем за изпълнението на бюджета за тази година, защото средствата, които ще се платят вече са договорени.

Начева не се ангажира с конкретни суми, свързани с нарастването на разходите за лекарства, но каза, че тенденциите в лекарствената сфера са твърде динамични. Тя допълни, че има различни възможности за "удържане на разходите". Начева поясни, че анализите в това направление продължават и уточни, че все още е рано да се говори за очакван дефицит на НЗОК. Рано е да се правят окончателни заключения за недостига на средства в Касата, но с отчета за изминалите 9 месеца, който ще се разгледа през октомври, ще има по-ясна информация за очакваното изпълнение на бюджета, допълни тя.

Увеличените разходи може би ще окажат влияние върху бюджета на Касата за следващата година, допълни още Начева.

www.investor.bg, 27.09.2018 г. ТС "www.investor.bg" \f C \l "1"

<https://www.investor.bg/analizi/85/a/noviiat-zdraven-model--po-skypo-ne-po-dobro-268962/>

Новият здравен модел – по-скъпо, не по-добро

Необходима е цялостна промяна в здравната система, а не фокус само върху финансирането и осигурителния механизъм, обединяват се експерти

Представените два варианта за нов здравен осигурителен модел не предлагат решение на най-болните проблеми в българското здравеопазване. На практика се иска допълнително финансиране от пациента срещу същата услуга и без гаранции за повече контрол и качество. Предлага се един нов финансов модел, търси се вариант за допълнителни приходи в системата, но липсват предложения по ключови наболели проблеми – точен анализ на разходите с предложения за оптимизация, мерки срещу злоупотребите, актуализиране на клиничните пътеки, остойностяване на лекарския труд и пр. Просто въвеждането на застрахователи като страна по плащанията няма да реши проблемите в системата, защото те не са в недостига на пари, а в липсата на адекватен контрол по плащанията.

Това са изводи от широката обществена дискусия през последните дни по предложенията на здравния министър Кирил Ананиев за нов модел на здравно осигуряване в България.

Като цяло представените варианти за промяна на здравноосигурителния модел не събраха стабилна подкрепа, бяха повече критикувани, отколкото одобрявани, а липсата на консенсус и достатъчно политическа воля за промяна на модела също бяха очевидни. Въпреки това представителите на болничния и фармацевтичния сектор, на съсловните и пациентските организации, експерти, политици и икономисти обявиха готовност за участие в бъдещи дискусии по проекта.

Слаба подкрепа получиха и двата предложени варианта за реформа на системата.

Основните критики са насочени към това, че предложенията са за промени единствено във финансирането на системата, остава проблемът с високия дял на доплащането от страна на пациента, няма гаранции за по-добра услуга в замяна на повишаване на здравната осигурителна тежест, не се гарантира по-добър контрол на средствата, но пък се гарантират повече плащания от осигурените.

Нито един от представените варианти за промяна на здравноосигурителния модел не може да заработи в абсолютен план. И в двата има полезни моменти, които да създадат трети модел, който да е по-благоприятен за системата, но това е въпрос на много дебати. Това коментира за Investor.bg икономистът Аркади Шарков от ЕКИП. Той смята, че едва ли още от следващата година ще видим преминаване към каквото и да е ново допълнително плащане в здравната система.

По отношение на първия модел - пълна демонополизация на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), икономистът каза, че подобно „шоково“ преминаване би навредило повече, отколкото да помогне.

„Преди да се премине през финансово пре моделиране на здравната система, първо трябва да се остойности лекарският труд и да се преразгледат клиничните пътеки“, посочи той. И подчерта, че пълна демонополизация не съществува никъде в Европа и в света. Винаги държавата държи минимален процент, с който поддържа системата за тези, които не могат да си позволят да плащат за здраве. В Холандия например е възприет смесен модел - с конкуренция, но държавата участва като база със своята социална роля, обясни икономистът. Според него има политически натрупан интерес да се приеме този модел, но въпросът е кои болници ще останат – кои ще са печеливши и кои губещи и дали няма да спечелят само частните спрямо държавните.

От друга страна – моделът с втора задължителна здравна вноска, е натрупан с много технически подробности, които са недообмислени – по отношение на определяне на премиум от здравното министерство за застраховане например, посочи Шарков.

„Централизираното определяне на премиум на пазар за застраховки няма как да се осъществи, защото не може да се отнеме ролята на застрахователя да изчислява собствения си риск спрямо пациента. Това би довело до диспропорции в определени области и вероятно ще има хора, които ще се застраховат нарочно на регионален

принцип поради по-благоприятни условия в даден регион, съответно ще взимат по-голям пакет от застраховката“, коментира икономистът.

„Това е финансов модел за повече пари в системата, не е обърнато внимание на проблемите с клиничните пътеки и реформи по други пера. Промените са преди всичко за болничната помощ, а за доболничната не се казва нищо, липсва и информация по отношение на лекарствата, където всъщност е най-големият преразход“, анализира Шарков.

По думите му липсва информация по основен проблем - как се преразпределят средствата, като се има предвид, че нито има здравна информационна система, нито здравна статистика, върху която да стъпват подобни опити за реформа.

„Всяко искане на допълнителни пари трябва да бъде обосновано с реформи вътре в системата, а това е реформа, обоснована единствено на бюджетната част. Докато липсва електронизация в системата, проблемите ще останат и само ще се увеличи събираемостта на осигуровки от работещите, дори не се споменава, че държавата ще плати въпросните 12 лева за групите, които осигурява“. Върху кого ще падне тази тежест и какво ще стане със здравно неосигурените, попита икономистът и предположи, че е възможно наред със здравно неосигурените да се появи и друга група – на здравно незастрахованите.

Не се споменава нищо и за реформата в спешната помощ, обърна внимание той. Защото много от неосигурените за здраве сега минават като спешни пациенти и за лечението им се плаща от бюджета.

Въпреки това Аркади Шарков подчерта, че предложенията на здравното министерство са полезен ход за сектора, тъй като поставят на масата проблеми, които тлеят от години. Когато се прави реформа, тя трябва да е отговор на някакъв проблем в системата, но какъв проблем решаваме с въвеждането на предлаганите два модела, попита Калоян Стайков от Института за пазарна икономика. Пред Investor.bg той поясни, че идеята на управляващите е да се намалят директните доплащания за здраве от гражданите. Проблемът обаче е, че нито един от двата модела не прави това, защото директните плащания са концентрирани в лекарствената сфера и извънболничната помощ, докато в болничната помощ доплащанията са минимални.

„Не виждам как предлаганите промени ще доведат до желаните резултат. Бих искал да видя актуализиране на клиничните пътеки, мерки да се намалят злоупотребите, да се види колко точно са разходите, как да се намалят и тогава да се търси вариант за допълнителни приходи“, каза икономистът. Първа стъпка следва да е държавата да започне да осигурява в пълна степен групите, за които е ангажирана и да стане коректен осигурител.

Идеята да се вкара трети участник – застраховател, е добра. Но не може да става в рамките на сегашния модел. Първо той трябва да се промени, за да може да се направи място за трети участник. Би трябвало застрахователите да участват и то с водеща роля, защото те правят актюерските разчети. Това трябва да стане в рамките на сегашната вноска от 8% без наливане на още пари преди сектора да бъде реформиран, каза Стайков. Просто въвеждането на застрахователи като страна по плащанията няма да реши проблемите в системата, защото те не са в недостига на пари, а в липсата на адекватен контрол по плащанията.

„Необходима е цялостна промяна в системата, а не фокус само върху болничната помощ, което се предлага, и то с генерална промяна на осигурителния модел, който си работи нормално към момента“, каза Стайков. За него фокусът на предложенията е сгрешен, той трябва да е лекарствата и извънболнична помощ.

Дори в системата да влязат повече пари, когато контролът е същият, тя продължава да работи по стария начин. И презумпцията на министерството е, че здравеопазването е недофинансирано, което не е вярно. Проблемът е, че има голям дял на директни

плащания и ниско качество. Като съберем държавните и частните плащания, нивото става колкото е средното в ЕС, а не може средното за ЕС да е недофинансирана система. Просто парите не се харчат както трябва. Не ни предлагат сериозен механизъм за контрол на средствата и повече услуги за същия ресурс.

Лошо впечатление направи поставянето на два модела с никаква възможност за избор на трети. Дискусията е ограничена до два варианта, очаквам малки модификации по тях, каза икономистът и допълни, че бъдещи дискусии почти се обезсмислят.

Здравната система се нуждае от сериозни реформи за постигане на качествено и достъпно здравеопазване, а не просто от промени, смята омбудсманът Мая Манолова. Тя отчете, че проектът на министъра се отнася единствено до приходната част в системата, като с предложените варианти със сигурност ще осигурят повече пари, но не е ясно как ще се подобрят качеството на здравната услуга, достъпът да здравеопазване, контролът на средствата, тоест основните проблеми на настоящия модел.

Повече пари в здравеопазването не означава по-добро здравеопазване, напомни общественият защитник. И обърна внимание, че едно от предложенията противоречи на Конституцията. Към момента тя не позволява задължително застраховане, каквото се предлага от здравното министерство. Няма и отговор на въпроса какво ще получат пациентите срещу новата задължителна вноска, която ще се изисква от осигурените.

Манолова изтъкна, че проблем е и доплащането за здраве, което на практика остава. По думите ѝ идеята да се включат пациентите и застрахователите в контрола на паричните потоци е добра, но механизмите са доста трудни.

Георги Михайлов, депутат от БСП и член на парламентарната здравна комисия, посочи, че на практика се предлага модел за дофинансиране на системата със същата конструкция. Той постави въпроса за липсата на остойностяване на медицинските дейности и консумативи с реални актюерски разчети, така че да не се правят модели върху нестабилни конструкции без реална оценка на сектора. За него моделът с пълната демонополизация на НЗОК не е реалистичен, защото едва ли ще се намери застраховател, който ще иска да покрива всички параметри на болничната помощ.

Вариантът с втора задължителна здравна застраховка по думите му заслужава внимание, но има риск от сериозна обществена съпротива, защото регламентира доплащането в системата, а това не се приема от гражданите. Михайлов призова за промени в основата на здравната система, а не само във финансирането ѝ.

Станимир Хасърджиев от Национална пациентска организация също посочи, че само реформа във финансовата част не би решила проблемите на сектора. Той изтъкна като основен проблем големият процент на доплащане за здравни услуги у нас и в тази връзка коментира, че си заслужава идеята за осигуряване на допълнителен ресурс в системата. В същото време според него основен недостатък при въвеждането на втора здравна вноска е, че не се знае какво точно допълнително ще получат пациентите и как ще се намалят преките доплащания при условие, че се залага болниците сами да калкулират цените на услугите си.

Светла Несторова от Асоциацията на българските застрахователи (АБЗ) отбеляза, че е правилен принципът за привличане на нови играчи като застрахователите в здравеопазването, така че пазарните механизми и принципите на конкуренцията да доведат до качествена промяна в тази инертна система.

Несторова заяви готовност застрахователите да участват в последващата разработка на идеите.

Според нея преди всякакви реформи е нужно да се каже ясно кое колко струва, да се остойности за какво е достатъчен публичният ресурс, кое ще купуват гражданите – да сме наясно с парите, за да знаем как да разпределяме риска, призова Несторова.

Не се дава решение на много важни проблеми в сектора, каза Димитър Манолов, президент на КТ „Подкрепа“. Представените модели поставят въпроса как да привлечем повече ресурс и как част от него да представим на частни икономически агенти, които работят за печалба, обобщавайки го. Да мислим как да решаваме въпросите организационно, а да говорим за застраховане в здравната система, точно когато гръмна компания от застрахователния сектор, не е най-добрият политически подход, допълни лидерът на синдиката.

Икономистът Ваня Григорова от синдиката коментира, че нито един от двата модела не гарантира по-добър контрол на средствата, но пък гарантира повече плащания от страна на пациента. Неофициалните доплащания стават официални, а пациентът се третира като клиент.

С въвеждането на застрахователите като нов играч в здравната система парите няма да станат повече, а ще се увеличат администраторите, отбеляза Радослав Билюков от КНСБ. Ще се появи и нова бумащина, кой ще гарантира, че застрахователите ще изплащат редовно, което им се полага. Не виждаме мерки за оставане на лекарите в България, предлаганите модели не ни убеждават, че хората трябва да плащат повече за нещо, без да знаят какво ще получат. Как ще ги убедим, че няма да платят например за леща пир катаракта или за пирони в ортопедията, попита той. Предлаганите два варианта не работят добре за българския пациент, обобщавайки го.

Моделът за пълна демонополизация на НЗОК е по-добър и по-лесен за прилагане от този с въвеждане на допълнително задължително здравно застраховане, посочи Стойчо Кацаров от Центъра за защита на правата в здравеопазването. Това би означавало да отпаднат лимитите за болниците, няма да се лимитират леглата в болниците, дори няма да се налага остойностяване на услугите, защото ще има пазарни цени. Най-големият плюс е, че осигурените лица освен лечебно заведение ще могат да избират и осигурител, което ще го ангажира.

Председателят на Българския лекарски съюз (БЛС) Иван Маджаров отчете като позитив желанието да се оптимизира контролът, въвеждането на конкуренция, необходимост от още средства. Той допусна, че при бъдещи обсъждания тези принципи ще гарантират оптимизация в здравеопазването. Маджаров отчете липсата на мерки за неосигурените, за лечението извън болниците, за остойностяването.

Любомир Киров от Националното сдружение на общопрактикуващите лекари коментира, че очакваните около 800 млн. лева от допълнителната вноска биха могли да се осигурят по-бързо и лесно, ако се изпълнят някои досега неизпълнени ангажименти. Предлаганите промени следва да са втора стъпка след решаване на проблема със здравно неосигурените лица, изплащането в пълен размер на здравните осигуровки за деца и пенсионери, държавните служители и другите групи да си ги поемат самостоятелно. Така допълнителните генерирани пари в системата биха били над 1 млрд. лева годишно, изчисли той.

Илко Гетов от Български фармацевтичен съюз посочи необходими мерки в лекарствената политика – въвеждане на бюджети за лекарствена терапия и стимули за изпълнителите за стойностно ефективна терапия и постигнати резултати, засилване ролята на фармацевтите в превенцията и проследяването на ефектите от терапията, гарантиране на достъп до иновативни лекарства.

Реформата в сектора изисква няколко задължителни условия, посочи Евгени Тасовски от Българска генерична фармацевтична асоциация. Той акцентира върху остойностяването на дейностите и на лекарския труд, за да се направят точни разчети и въвеждане на електронна система за анализ на разходите.

Твърде рисково би било, ако се разпилее ресурсът на Здравната каса в случай на пълна демонополизация сред множество субекти, Деян Денев, Асоциация на

научноизследователските фармацевтични фирми. Привличането на повече ресурс с по-ефективно разходване с участието на частни субекти е принципът, който е по-подходящ. Но хората се интересуват от по-добри резултати в сектора и гаранция, че никой няма да им поиска повече пари при ползване на услуги.

По статията работи: автор Евгения Маринова

www.zdrave.net, 27.09.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n7323>

Проф. Илко Гетов:

Трябва да се разшири ролята на фармацевтите в превенцията и проследяването на резултата от терапията

Надежда Ненова

Българският фармацевтичен съюз има три принципни неща, които иска да види преди да подкрепи новия модел. Това каза председателя на БФС проф. Илко Гетов по време на кръглата маса „Дискусия за бъдещето на здравеопазването“

„На първо място това е запазване на трипартитният модел на здравно осигуряване или застраховане, т.е. отделни фондове, отделни изпълнители и осигурени лица, с цел недопускане на интеграция, вертикални структури и концентрация, защото ние във фармацевтичния сектор имаме много опит в подобни структури. На второ място това е наследяване и прехвърляемост на здравноосигурителните вноски, тези, които ще се събират допълнително. На трето място - задължение на фондовете да работят с всички изпълнители, ако те пожелаят“, каза проф. Гетов.

„Тъй като големият недостатък на представените модели е това, че твърде малко се говори за лекарства, аз ще кажа нашите три предложения за подобряване на лекарствената политика. На първо място въвеждане на бюджети за лекарствена терапия и стимули за изпълнителите за стойностно ефективна терапия и достигнати крайни резултати, като в болничната помощ това е максимален дял на разходите за лекарства и медицински изделия. На второ място - разширяване на ролята на фармацевтите в превенцията и проследяването на резултата от терапията. На трето място - гарантиране на достъпа до лекарства, включително и до иновативни молекули“, допълни още той.

www.zdrave.net, 27.09.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n7334>

Жени Начева: При нов модел лекарствата ще се договарят между фармакомпаниите и платците

„Независимо от модела, който ще бъде предложен и приет консенсусно и политически, най-важен е контролът в здравната система. Без да оправим тази част от дейността си, няма да постигнем успех в нито едно от направленията на дейност“. Това заяви пред bTV зам.-здравният министър Жени Начева.

Тя припомни двата варианта на здравно осигуряване, предложени от Здравното министерство, като очаквано се спря по-подробно на варианта с допълнително застраховане на здравноосигурените. От думите ѝ стана ясно, че ако бъде избран този модел, ще има горен праг на цените, които застрахователите ще доплащат при сума за лечение на пациент от над 700 лв. „Те ще имат таван на цените, както и в момента имат таван на цените всички тези дейности. Нашето желание е, когато има застрахователна премия, пациентът да не може да заплаща нещо различно, нещо допълнително, а

единствено с тази застрахователна месечна премия да може да бъдат оказвани всички дейности от обхвата на основния пакет“, обясни Начева.

Тя заяви още, че, както и досега, ще има предварително договаряне на цени и обеми на медицинските дейности, като при това ще се върви към реално остойносттаване. „Категорично ще има оценка, защото тя ще даде правилния подход за това каква е цената на клиничните пътеки. Ще се окаже, че някои пътеки са надценени, други са подценени. Ние в тази връзка имаме разговор и с други европейски държави и фондове, за да можем да направим съпоставка не само за цените на съответните дейности, но и за съотношението на разходите между отделни специалности“, информира зам.-министърът и допълни: „Но нашето желание, за да има повече разход и за труд на лекарите и специалистите по здравни грижи, на всички служители в лечебните заведения, които се грижат за нашето здраве, трябва да постигнем ефективност и намаляване на разходите за останалите дейности – административни разходи, разходи за консумативи и поддръжка, лекарствени и медицински изделия“.

От думите ѝ стана ясно още, че се предвижда лекарствата да се договарят между фармацевтичните компании, касата и застрахователите. „Лекарствата ще фигурират в позитивен лекарствен списък, но отстъпки и заплащания за диагнози и различни форми на постигане на по-добър ефект за лечението ще се прави между лекарствените компании, фармацевтичните компании и платците, с контрол, разбира се, от страна на министъра на здравеопазването върху този процес, като защитник на пациентите“, обясни още тя.

www.clinica.bg, 27.09.2018 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/6200->

КАСАТА ПЛАЩА КЛАПИ ДИРЕКТНО НА ФИРМИТЕ

По този начин фондът ще може да договаря по-добри цени и качество на медицинските изделия, смятат експертите

Здравната каса да има правото да плаща част от медицинските изделия за болниците като клапи за сърце и ортопедични протези директно на производителите и вносителите им. Това предвиждат промени в Наредба 10 за отстъпки на НЗОК. За да станат факт обаче, те първо трябва да одобрят от Надзорния съвет на фонда и здравното министерство.

В момента касата дава парите за всички медицински изделия, които реимбурсира, директно на болниците, а те се заплащат с фирмите. Идеята на специалистите е част от консумативите занапред да могат да се плащат директно на фирмите. За тази цел търговците или производителите ще сключват договор с НЗОК за доставка на определени медицински изделия.

По този начин фондът ще може да договаря

по-лесно цените и обемите им за година, както и да финансира най-разходоефективните предложения, се казва в мотивите към промените. Всички изделия, които ще се плащат директно на фирмите, ще са реимбурсирани 100%. Видът на медицинските изделия, които фондът ще финансира директно на фирмите и на болниците, както и стойността, до която ще става това, ще бъде описан в списък.

Предложението е свързано със спазването

на бюджетната дисциплина, казват от фонда. Разходите на касата и по това перо ежегодно нарастват, като тази са заделени 98 млн. лв. по него. От фонда са категорични, че с промените ще могат да контролират по-лесно не само разходите за консумативите, но и качеството им, тъй като ще определят сами техническите параметри, на които ще отговарят конкретните изделия, които ще плащат. Сега тези изисквания се определят от

болниците в търговете, които правят. Не винаги пациентите знаят какво получават за парите

Промените са част и от намеренията

на министерството да затегне дисциплината и ценообразуването при медицинските изделия. Ведомството няколко пъти вече заявява намерения да въведе централизирано договаряне цените на медицинските изделия, както и правила за рефериране на цените, по които става това по подобие на лекарствата. Тези намерения бяха потвърдени и вчера при представяне на здравната реформа. Касата вече предложи на министъра да се въведат изискване медицинските изделия, които реимбурсира, да се заплащат от обществен фонд в поне три страни на ЕС или да са финансирани у нас през последните 10 години. Те бяха приети.

www.bnr.bg, 27.09.2018 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"

<http://bnr.bg/burgas/post/101024468/softuer-svala-cenite-na-lekarstva-i-konsumativi-v-bolnicite>

Софтуер сваля цените на лекарства и консумативи в болниците

Иновативен български софтуер слага край на спекулациите с цените на лекарствата и медицинските консумативи в болниците.

Разработката ще гарантира прозрачност при закупуване на всичко необходимо за едно лечебно заведение, при това на възможно най-ниски цени, без това да вреди на качеството. Софтуерът е създаден от собственика на университетска болница „Дева Мария“ в Бургас- Семир Абумелих. Здравното заведение е първото, което го въведе в експлоатация. Достъпът е контролиран, като всеки доставчик, регистриран в България, може да направи свой акаунт след изпращане на заявка и проверка за идентичност. При генериране на търг от страна на болницата, доставчиците получават автоматични съобщения, с които биват поканени да направят своите оферти. Една от уникалните функции на платформата е, че всеки участник може да вижда най-ниската предложена цена за артикулите, към които има интерес. Още при регистрацията доставчиците се разделят в три групи спрямо своя търговски профил- медикаменти, консумативи, инвентар. Така се гарантира, че всеки доставчик ще получава информация за търгове, касаещи единствено неговия търговски профил. Вече е завършен и първият реален търг за медицински консумативи.

www.mediapool.bg, 27.09.2018 г. ТС "www.mediapool.bg" \f C \l "1"

<https://www.mediapool.bg/burgaska-bolnitsa-vavede-elektronen-targ-za-lekarstva-news284343.html>

Бургаска болница въведе електронен търг за лекарства

Бургаската болница “Дева Мария“, собственост на бившия депутат от ГЕРБ Семир Абумелих, въведе собствена електронна система за покупка на лекарства и медицински изделия, с която е намалила разходите си значително. За сравнение подготвяният от държавата електронен търг, който трябва да снабдява с медикаменти всички болници, вече близо три години буксува. Вече е завършен и първият реален търг за медицински консумативи през електронната платформа.

“Ефектът е осезаем, спечелилите цени са средно с 56% по-ниски от цените,на които до момента сме купували конкретни консумативи. Резултатите ни дават възможност да мислим в перспектива и да преразпределим средства към работни заплати“, обясни Семир Абумелих.

От лечебното заведение съобщиха, че разработката на платформата е отнела повече от две години.

В същността си софтуерът е високотехнологична платформа за провеждане на явни и тайни търгове. Достъпът е контролиран, като всеки доставчик, регистриран в България, може да направи свой акаунт след изпращане на заявка и проверка за идентичност. При генериране на търг от страна на болницата, доставчиците получават автоматични съобщения, с които биват поканени да направят своите оферти.

Една от уникалните функции на платформата е, че всеки участник може да вижда най-ниската предложена цена за артикулите, към които има интерес. Още при регистрацията доставчиците се разделят в три групи спрямо своя търговски профил- медикаменти, консумативи, инвентар. Така се гарантира, че всеки доставчик ще получава информация за търгове, касаещи единствено неговия търговски профил.

Системата е възможност и за двете страни в процеса- на болниците дава абсолютна прозрачност по отношение на закупуваните артикули, а на доставчиците- информация за всичко, от което лечебните заведения се нуждаят.

Вече не е необходимо доставчиците да търсят връзки, да правят срещи и да се надяват, че чрез пряко договаряне ще успеят да осъществят партньорски взаимоотношения.

Според Семир Абумелих прякото договаряне е излишно ограничение във възможностите за партньорство и дигиталната ера изисква премахване на ограниченията за време и място.

“Платформата е изключително полезна и заради това, че не е възможно да бъде манипулирана в полза на конкретен доставчик. Заданията по търговете са стандартизирани, а лекарствата се търгуват по международно непатентовано име и в DDD (defined daily dose). Дали сме възможност и на търговците да правят своите предложения по подобряване на спецификацията, като крайната цел е една и съща- качество на възможно най-ниска цена.“. обяснява идеята си Семир Абумелих.

Въпреки силно конкурентната среда, в която са поставени доставчиците, ползите за тях са многобройни. Чрез софтуера те могат да намерят нови пазарни възможности, както и да увеличат оборотите си.

Желаещите да се регистрират в платформата доставчици могат да го направят на следния адрес.