

ПРЕСКЛИПИНГ

29 юли 2019 г., понеделник

www.clinica.bg, 26.07.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/9018->

НЗОК ИСКА ОЩЕ ЕДНА СГРАДА В СОФИЯ

Лиля ВОЙНОВА

Здравната каса ще поиска от областния управител на София да предостави безвъзмездно още една сграда на осигурителната институция. Причината е „разширяване вида и обема дейности" на НЗОК, пише в стенограмата от заседанието на Надзорния съвет на касата от 24 юли. Припомняме, че някои от дирекциите вече бяха преместени в Центъра по хигиена, така че офисите се помежават в четири сгради.

Другото важно решение на надзорниците, за което clinica.bg вече писа, е изплащането на надлимитната дейност на болниците, които са осъдили здравната каса. Това ще стане с пари от резерва. Освен това НС е разрешил на Националната кардиологична болница в София и на МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски" в Кърджали да работят по неонатологични и хирургични пътеки за деца до 1 година. Те ще сключат договор с касата и ще могат да извършват високоспециализиране кардиологични операции. Касата от своя страна ще им изплаща цялата сума за тази дейност.

В Кърджали това става възможно, тъй като имат двама лекари специалисти на основен трудов договор и двама на допълнителен трудов договор – д-р Таня Димитрова и д-р Десислава Радева, се пояснява в стенограмата.

Надзорът определя също да се изплаща

изцяло стойността на медицинските изделия, използвани в болниците, но цената им не може да бъде по-висока от заплащаната през 2018 г. Надзорният съвет е разгледал и изпълнението на бюджета на институцията за първите шест месеца. От публикуваните данни става ясно, че за половин година Касата е превела на РЗИ-ата в страната [981 790 513](#) лв. за болниците, [50 649 565](#) за медицински изделия, [230 827 701](#) лв. за онколекарства в клиниките. Според изчисленията на Центъра за защита правата в здравеопазването обаче болниците са получили с 68 мил. лв. по-малко от планираните за полугодията разходи.

Освен на болниците, НЗОК е платила

за полугодията с около 1 милион лева по-малко на лекарите от първичната извънболнична медицинска помощ, 5,7 милиона лева по-малко на лекарите от специализираната извънболнична помощ, близо 4 милиона лева по-малко за медико - диагностични дейности, пресмятат от ЦЗПЗ. В същото време има преразход за лекарства от 28 млн. лв. "Трябва да се има предвид, че фармацевтичните компании имат задължение да възстановят сумата, надхвърляща миналогодишните плащания, така че част от тези пари ще бъдат върнати на НЗОК", подчертават от ЦЗПЗ.

www.zdrave.net, 26.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/Новини/-/n10157>

Д-р Стоян Борисов: Трябват повече средства в здравеопазването, за да стане реформата

Първо въвеждане на здравно-информационна система и остойностяване на труда, после промяна на системата

„Българският лекарски съюз (БЛС) е силно обезпокоен от предложената от Министерството на здравеопазването (МЗ) концепция за здравеопазването. Прави впечатление, че преди 8 месеца, когато за първи път се предлагаше концепция, тогава везните накланяха към другия модел, а именно да остане НЗОК и с надграждане с допълнителен пакет от здравно-осигурителни фондове. Ние смятаме, че това е по-приемливият вариант“, каза д-р Стоян Борисов – главен секретар на БЛС в студиото на телевизия „Европа“.

Той допълни, че тази концепция на МЗ коренно променя нещата. От БЛС смятат, че е трябвало да се направи подробен анализ за това какви са причините здравеопазването да стигне до това положение.

„Ние смятаме, че не са изчерпани възможностите на тази система, за да се премине към пълна демонополизация и прехвърляне на едни средства от порядъка на над 4 млрд. лв. в частни здравно-осигурителни фондове. Ние смятаме, че със същите средства не би могла да стане тази реформа, която се замисля. При всички положения трябва да има надграждане и да влязат повече средства в здравеопазването“, обясни д-р Борисов.

Той даде пример с Германия, където се отделят 11% от Брутният вътрешен продукт (БВП) за здравеопазване, а в Холандия – 10%. У нас за целта се отделят около 4,2% от БВП. Средно за ЕС около 9% от БВП отиват за здравната система.

„Ние разполагаме с по-ниски данни – около 7% от БВП в страните в ЕС се отделят за здравеопазване. Така че ако се отделят 7% от БВП за здравеопазване и приемем, че около 100 млрд. лв. е бюджетът на страната ни, това означава, че трябва да се осигурят около 7 млрд. лв. за здравната ни система. А те са общо 4,4 млрд. лв. Затова има доплащане от страна на пациентите от около 45%. Тук говорим за хронично недофинансиране на системата“, допълни главният секретар на БЛС.

Освен това той напомни, че здравната вноска в Германия е 14,5%, а при нас е 8%. У нас неосигурените са над 1 млн. души. От МЗ не дават отговор кой ще ги осигурява, както и какво ще се случи с тези категории българи, които се осигуряват от държавата – деца, пенсионери, бременни, военни и т.н.

„Друго много по-важно в момента е, че се говори, че пациентът ще има право да избере лекар и лечебно заведение, но може да се окаже, че фондът, в който е този пациент, няма подписан договор с тази болница. Ние категорично не сме съгласни с това лекарите в доболничната помощ сами да се договарят с такива мощни структури, каквито ще бъдат фондовете. Те ще разполагат със суми от порядъка на 500 млн. лв., до 1 млрд. лв. Също така, не сме съгласни и болниците сами да се договарят с тези структури, защото на някои от по-малките лечебни заведения ще им бъдат извивани ръцете да подписват договори с по-неблагоприятни условия. Говори се, че всеки фонд ще има собствени ставки и цени. Изключва се БЛС от преговорния процес, за което сме категорично против. Искаме да участваме в рамково споразумение, където да има

минимум цени, от които фондовете да не могат да падат, за да бъдем в защита на колегите, защото все пак ние сме професионален съюз“, обясни д-р Борисов.

БЛС предлага, преди да се правят каквито и да било опити за промяна на здравната система, да се въведат национална здравно-информационна система и здравно досие на всеки пациент. Второ – да се направи реално остойностяване на труда на медицинските специалисти. Трето – основният пакет да остане с финансиране от тези средства, събрани от 8% здравна вноска, които са до момента, но да бъде по-малък. В него да влизат основните и тежки заболявания – раждания, инфаркт, инсулт, рак, пострадали от катастрофи и др. По-леките заболявания да минат за финансиране в допълнителен пакет, който ще се доплаща.

„Тези хора, които имат средства, могат да плащат кеш, други – могат да си направят доброволно допълнително застраховане. Така ще има повече средства за по-малко дейности, които ще се заплащат по-добре. Ние гледаме за това да има надграждане и да влизат повече средства в здравеопазването, съответно да се повишат и заплатите на всички специалисти, работещи в системата“, обясни главният секретар на БЛС.

www.zdrave.net, 26.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n10159>

Проф. Генка Петрова:

Иновативните лекарства за диабет тип 2 спестяват до 500 000 лв. разходи на НЗОК

Три пъти са нараснали разходите за лечение на диабет. Причината за това са увеличеният брой на болните, усложненията, вследствие на болестта и иновативните терапии. Това каза в презентацията си на семинара „Диабетът – предизвикателства и решения“ ръководителят на катедра „Организация и икономика на фармацията“ към Фармацевтичния факултет на МУ-София проф. Генка Петрова.

По данни на Международната диабетна асоциация публичните средства за лечение на диабет у нас са около 550 млн. лева. „Близо 20% от тях са за извънболнично проследяване – прегледи, изследвания, тест-ленти и инсулинови помпи, 20% са и разходите за медикаменти, като се реимбурсират всички съвременни терапии. Основната част от разходите, цели 60%, са за хоспитализации и лечение на усложненията от диабета“, уточни проф. Петрова.

Тя подчерта, че вече е доказано, че понижаването на гликирания хемоглобин с 1% води до намаляване на риска от усложненията от 12% до 40%, а оттам и до понижаване на разходите за лечение. Аналогични са данните и за България.

„Новите терапии намаляват риска от развитие на диабетни инцидентни в България с 333 до 465 случая за 6122 лекувани пациента. Избегнатите разходи за НЗОК за лечение на усложнения са между 305 000 и 510 000 лв. Продължителността на живот при хората с диабет тип 2 се подобрява и изпреварва с 6 месеца тази на останалата част от обществото. За периода 2012-2015 г. медицината у нас е спечелила година повече живот за хората с диабет“, каза проф. Петрова.

По данни от регистъра на Университетска специализирана болница за активно лечение по ендокринология "Акад. Иван Пенчев" броят на диабетниците с усложнения е 163 000. Все още над 50% от диабетниците не са постигнали добър контрол на заболяването.

www.mediapool.bg, 28.07.2019 г. ТС "www.mediapool.bg" \f C \l "1"

<https://www.mediapool.bg/stolichna-obshtina-otpuska-stipendii-na-studenti-v-defitsitni-meditsinski-spetsialnosti-news296266.html>

Столична община отпуска стипендии на студенти в дефицитни медицински специалности

Стипендии за студенти в дефицитни медицински специалности отпуска столичната община в опит да задържи кадрите, каза заместник-кметът на столичната община Дончо Барбалов в неделя пред БНР.

"Създадохме за първи път програма за стипендии съвместно с Медицинският университет в София леко да привличаме още от началото медицински сестри докато те са в процес на тяхното обучение, общината отпуска стипендии срещу ангажимента работа в областта на медицинското здравеопазване след завършване. Тази програма наскоро беше разширена, вече имаме решение на общинския свет, който ни дава възможност да направим подобна програма, както и за клинични лаборанти, рентгенови лаборанти и други дефицитни медицински специалности, така че надявам се в следващите години да видим първите резултати от тези програми и да видим малко повече млади хора, които да се включват в нашите лечебни заведения", разказа Дончо Барбалов.

На Столичната община разчитат всички общински болници и ДКЦ-та, сред които и АГ "Шейново". Общината дофинансира дейности, които не се поемат от НЗОК, осигурява средства за нова апаратура и за ремонтни дейности. Това лято се санира и сградата на болница "Шейново".

Директорът д-р Румен Велев се похвали, че болницата е получила и нов апарат за анестезия, който е бил дарен от благодарни пациенти. Над 1200 бебета са се родили в АГ "Шейново" от началото на годината, което е един добър резултат, отчете д-р Велев.



ТС "В. Монитор" \f C \l "1"
29.07.2019 г., с.6

Така ще бъде подобрена и ще стане по-ефективна първичната и вторичната профилактика

Лекари и пациенти настояват за национална диабетна програма

61% от хората в страната не са запознати със симптомите, 5 на сто от заболяелите не са регистрирани в НЗОК

Силвия Николова

Лекари и пациенти настояват да бъде създадена и приета национална диабетна програма. Това стана ясно по време на семинар, посветен на проблемите на това заболяване, който се проведе в Боровец. Целта е чрез нея да се подобри първичната и вторичната профилактика, поясни проф. Сабина Захариева - главен координатор на експертния съвет по ендокринология при Министерството на здравеопазването (МЗ) и директор на университетската специализирана болница по ендокринология.

Една от причините е, че 61% от хората в страната не са запознати със симптомите на диабета. Повече от 50 на сто от диагностицираните не са посещавали кардиолог. До 5%

от хората с диабет не са регистрирани в НЗОК, не си взимат лекарствата оттам, а си ги купуват сами.

Проф. Захаријева подчерта необходимостта от скринингови програми.

Дава се възможност на болниците да ги правят по три финансови направления - по линия на държавата, на спонсори и на фармацевтични фирми. Застрахователите и работодателите също биха могли, каза тя. Тя беше категорична, че за да бъде овладян диабетът отрано, е необходимо създаването на скринингова процедура.

Според проф. Захаријева националната диабетна програма трябва да включва обучение на болни, скринингова програма и национален диабетен регистър.

Така ще се следи дали пациентите имат безпрепятствен достъп до лечение, как се повлиява заболяването от лечението, какъв е контролът върху него и ще се възпрепятстват късните усложнения.

По думите на директора на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители в България (ARPharM) Деян Денев най-напред трябва да има добра превенция, за да се постигне добър контрол на диабета

„Колкото и да е добра обаче тя, при световното застаряване на населението няма как да избягаме от това заболяване. Втората цел на една национална диабетна програма е да се търсят тези близо 300 000 души, които сега не знаят, че развиват преддиабет и диабет, не се лекуват и не го контролират“, каза той.

Годишната инвестиция на държавата в лечението за диабет е 550 млн. лева. Това означава, че на човек се падат около 1000 лв. за този период, като 60% от въпросните 550 млн. лева държавата дава за лечение на усложненията.

Лекари отчетоха, че за една година животът на диабетиците се е увеличил с една година благодарение на качествената терапия. Те обаче бяха категорични, че трябва да се намали голямата бройка на хората с усложнения.

525 000 са диагностицираните диабетици в България.

Броят им обаче е около 800 000 души, каза Деян Денев, директор на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители в България (ARPharM). Половината от диагностицираните не се лекуват адекватно, допълни той. Един на всеки десет възрастни страда от заболяването. 425 млн. души по света са засегнати от него, от тях 65 млн. живеят в Европа. Това показват данните на Световната здравна организация. Преди петнадесет години ООН прие резолюция за диабета като световна здравна заплаха, макар заболяването да не е инфекциозно. По прогнози на организацията се очаква след около 20 - 25 години броят на страдащите от него в света да се увеличи с 50 млн. души, като се очаква в Европа броят им да нарасне с около 30 милиона.



ТС "В. Труд" \f C \l "1"
29.07.2019 г., с. 16-17

Правят конкуренция на пазара

Следващите стъпки в здравната реформа

Идеята е хората да имат избор къде да се осигуряват

Привличането на млади хора би означавало по-ниски разходи за фондовете

ДИМИТЪР ЧОБАНОВ, ФИНАНСИСТ

Министерството на здравеопазването представи наскоро продължението на идеите си за реформа на финансирането на сектора. Темата беше повдигната през есента, когато

бяха обсъдени няколко първоначални варианта. Те са доразвити сега в модел, при когото доставчикът на основния пакет услуги вече няма да бъде единствено Националната здравноосигурителна каса, а това ще могат да извършват лицензирани фондове, които вече ще участват и в задължителния стълб на здравното осигуряване, освен в доброволния.

Демонополизацията на системата

Една от основните критики към настоящия модел е пълното доминиране от страна на държавата при задължителното осигуряване. Новият вариант предвижда коренна промяна - възможност за избор между държавната и частни здравни каси. Той би трябвало да създаде конкуренция на този пазар -отделните каси да се опитват да оптимизират разходите си чрез договаряне на по-изгодни цени, отстъпки за количество, засилен контрол върху действително извършените процедури и предписани лекарства, наличие на експертиза, която да може да определи дали предложено лечение е адекватно или изискваната цена е неоправдано висока. Тези намерения безспорно са добри.

Според новото предложение всеки фонд ще получава сума, която е пропорционална на броя осигурени лица в него. Така общата сума ще се получава, като се умножи средният размер на направената вноска на осигурено лице за цялата страна по броя на осигурените във фонда лица. По този начин размерът на осигурителния доход на отделното лице няма да представлява толкова силен стимул за фондовете да се опитват да го привлекат за свой клиент.

Проблемите

Изключително важен фактор за фондовете е здравословното състояние на клиентите им. Привличането на млади хора без заболявания, които полагат грижи да поддържат добро здравословно състояние, би означавало по-ниски разходи за фондовете и оттам по-висока печалба. Разбира се, формално това няма да бъде позволено, но би могло да се случи чрез предлагане на атрактивни условия при допълнително осигуряване. От друга страна пациентите със скъпоструващи лечения ще бъдат „насърчавани“ да се връщат в НЗОК.

Това обаче крие риск клиентите с по-ниски доходи и с по-лошо здравословно състояние да се концентрират в някой от фондовете или най-вероятно да останат в НЗОК. Последното би означавало печалбите от този бизнес да са частни, докато загубата да бъде обща - за сметка на данъкоплатците. Такъв резултат би бил силно желан за собствениците и мениджърите на печелившите фондове и част от лекарите и лечебните заведения, с които те ще сключат договори. За останалите обаче това би било твърде непродуктивно.

Проблемите ще произтичат и от друга предпоставка. На този пазар ще възникне нетипична ситуация - държавна институция, която няма за цел да реализира печалба, ще се конкурира с частни субекти, чиято основна цел е печалбата. Множество примери и от България, и от чужбина не предполагат голяма вероятност за успех на НЗОК.

Разбира се, държавата ще се опита да регулира такива процеси, като въведе съответната нормативна уредба. Практиката показва, че в много случаи приетата нормативна уредба или не е достатъчно адекватна, или надзорът на спазването ѝ е неефективен.

Административните разходи

Данните за развит пазар, какъвто са Съединените щати, който се характеризира с голямо население и конкуренция между отделните здравни фондове, разкриват, че приблизително 1 от всеки 8 долара в частните фондове служи за покриване на административните им разходи. Ако приложим тези данни за България това означава, че извън системата на здравеопазване ще се използва поне 1 процентен пункт от вноските, чиито размер е 8% и първоначално не се предвижда промяната му. Освен

това е необходимо да се изгради фонд, който да гарантира средствата по партидите на осигурените лица в случаи на фалит на осигурителен фонд, така че хората да не губят правата си заради такава причина. Той обаче също ще се финансира от размера на осигурителните вноски. Освен това фондовете ще се опитват да реализират печалба, тъй като това е основната им цел като пазарни участници. Тези аргументи показват, че средствата, които ще се използват фактически за медицински дейности и услуги, ще намалят размера си.

За да се получат по-добри резултати от системата, е необходимо ефективността ѝ да бъде подобрена. При наличие на подходяща нормативна база и спазване на правилата, вероятно в средносрочен и дългосрочен период ефектът от подобряването на ефективността дори би надхвърлил този от усвояването на част от средствата от фондовете. Първоначално след промените обаче е възможно ситуацията да се влоши, тъй като по-ниските разходи ще се случат веднага, докато реакцията на системата ще изисква повече време. Разбира се, това не би трябвало да се разглежда като аргумент против, тъй като е валидно за почти всяка реформа. Изследвания за други страни по света показват, че резултатите са по-високи при наличието на конкуренция сред здравните каси и при възможност свободно да се избира между тях.

Да вземем за пример пенсионното осигуряване

Предложеното изискване е във всеки фонд да са осигурени поне 500 хил. лица - т.е. може фактически да има малък брой фондове. Населението на страната вече е под 7 млн. души, т.е. теоретично възможният максимален брой фондове е 13.

Данните за допълнителното задължително пенсионно осигуряване показват, че на този пазар работят 9 дружества, които управляват по един универсален фонд. Броят на осигурените лица обаче в този случай е по-малък, отколкото при здравното осигуряване, тъй като от обхвата му са изключени родените преди 1960 г., както и лицата, които все още не са достигнали работоспособна възраст. В края на първото тримесечие на 2019 г. осигурените лица в универсален пенсионен фонд са 3.75 млн. човека, а в професионален фонд - 0.3 млн.

Броят на лицата, сключили договор с отделните универсални фондове, варира между 78.3 хил. души и 995 хил. души към края на първото тримесечие на 2019 г. Изискването за минимален брой участници във фонд отдавна е отменено. Ако такова изискване беше в сила в момента, едва 3 от съществуващите фондове биха го изпълнили. Следователно пазарът би бил по-кон-центриран и по-слабо конкурентен.

Предложената система има подобие с тази за избор при втория стълб на пенсионното осигуряване. При желание на лицето, то може да се прехвърли от частен фонд в държавното обществено осигуряване при запазване на данните за натрупаната до момента сума. При поискване сумата може да бъде прехвърлена отново в частен фонд. Може да се предположи, че на пазара на здравно осигуряване ситуацията не би била особено различна. Административните разходи при здравните фондове обаче са по-високи и затова може да се очаква, че и тук конкуренцията няма да е достатъчна, за да ги натиска надолу.

Същността на този бизнес изисква действително голям брой осигурени лица във фондовете, което да даде възможност за реализиране на икономии и от мащаба и сключване на множество договори в цялата страна със специалисти и с лечебни заведения.

При здравното осигуряване трансферът ще бъде от НЗОК към частен здравен фонд. Изборът на такъв фонд обаче ще изисква достатъчно информация за клиентите с кои лекари, кои лечебни заведения и т.н. са сключени договори. Това ще изисква разходи за маркетинг, чрез когото да се повлияе на избора.

Опитът при пенсионното осигуряване показва, че наличието на 9 играча на пазара не създава достатъчен конкурентен натиск върху събираните такси и комисиони. Така всичките фондове събират максималния по закон размер на някои такси и единственият начин за понижаването им е чрез изменения в закона.

Друг аргумент, който беше посочен и по-рано при предишните предложения, е свързан с наличието на твърде много административна работа за личните лекари. При взаимодействие с повече от една здравна каса в възможно административната тежест още повече да се увеличи. Това е проблем, който също се нуждае от решение.

Какво да се случи нататък?

Всички изложени аргументи имат за цел да покажат, че еволюцията в предложенията на Министерството на здравеопазването за реформа в сектора трябва да продължава. Напредъкът спрямо предходните варианти е налице, но все още липсва завършеност на идеята и подробен план за прехода между настоящата система и бъдещата. Освен това се отлагат някои стъпки, които трябва да се предприемат, дори ако реформата изобщо не бъде направена.

Един от важните инструменти за подобряването на системата е въвеждането на електронна здравна карта. Неохотата на държавните институции да се използва такава база данни е оправдана предвид злополучния опит с Търговския регистър и изтичането на данни от Националната агенция за приходите. Тези случаи не трябва да пречат на използването на новите технологии, а да послужат за урок какви могат да са последствията при лошо изградени системи, недостатъчно квалифицирани хора да ги използват, немарливост или комбинация от тях.

В крайна сметка държавните институции трябва да инвестират в информационни и комуникационни технологии, но най-вече в служителите си, от които зависи производството и доставянето на т.нар. публични услуги. Здравеопазването все още е един от твърде силно доминирани от държавата сектори и реформата в него е задължителна. Необходимо е ускоряване на процеса на обсъждане и след това поемане на политическа отговорност за конкретни промени, които да не се отлагат за следващи мандати. Системата би трябвало да се преориентира към пациентите и резултатите.