

## ПРЕСКЛИПИНГ

11 октомври 2018, четвъртък

VINF 13:42:31 10-10-2018  
IS1342VI.006

### **В България от девет години няма нов медикамент за лечение на епилепсия**

София, 10 октомври /Десислава Пеева, БТА/

В България от 9 години няма нов медикамент за лечение на епилепсия. Това каза пред журналисти неврологът проф. Иван Литвиненко, който участва в конференция "Епилепсията - равни възможности". Един от проблемите в лечението на болестта е липсата на евтини и ефикасни медикаменти, които преди години са били на българския пазар.

Някои от тези лекарства са предназначени за малка група от болните и няма икономически интерес да се поддържа тяхната наличност. Липсата им обаче стимулира контрабандата, каза още лекарят. Осигуряването на медикаментите трябва да е ангажимент на държавата, а не на родителите, категоричен е проф. Литвиненко. По думите му системата за осигуряване на някои лекарства за деца е много тромава.

Клиничната пътека за епилепсия е ниско платена - 400 лв., посочи проф. Литвиненко. За тежките форми на епилепсия децата трябва да бъдат хоспитализирани поне 20 дни, а не три, както е сега. По думите му клиничните пътеки са остойностени по непрозрачен начин, няма икономическа обосновка при определяне на цените им, а от години не е променено остойносттаването им.

Няма увеличение в броя на децата с епилепсия. Болестността от епилепсия е до 1 на сто от популацията, но проблемът е, че децата са много по-често засегнати, каза проф. Литвиненко. Новооткритите случаи на деца с епилепсия за една година са три пъти повече спрямо новооткритите случаи в цялата популация. Близо 60 на сто от случаите на заболяването започват във възрастта до 16 години.

Приложението на канабиноиди в терапията на епилепсията на експериментално ниво досега е показало, че може да помогне на деца с много тежка форма на болестта, каза проф. Мартин Броуди, президент на Международното бюро по епилепсия.

**[www.bnt.bg](http://www.bnt.bg), 10.10.2018 г.**

**<http://news.bnt.bg/bg/a/zdravnoto-ministerstvo-otpuska-5-mln-lv-za-obnovyavane-na-khemodializnata-mrezha>**

### **Здравното министерство отпуска 5 млн. лв. за обновяване на хемодиализната мрежа**

Основният приоритет при разпределението на средствата, които Министерството на здравеопазването получи с Постановление на Министерския съвет в края на септември, е обновяването на хемодиализната мрежа в страната, съобщиха от здравното ведомство. От 8,1 млн. лв., които правителството отпуска, здравното министерство предоставя на 29 държавни лечебни заведения близо 5 млн. лв. за ремонт и закупуване на хемодиализна техника и оборудване. С тях ще бъдат ремонтирани хемодиализни отделения и ще бъдат закупени хемодиализни апарати, легла за хемодиализа и водоочистващи системи.

Разпределението на средствата е съобразено с отправените от болниците искания за инвестиции в ремонти и преоборудване на хемодиализни структури на многопрофилни лечебни заведения на територията на градовете: Сливен, Пазарджик, Перник, Хасково,

Шумен, Габрово, Видин, Търговище, Варна, Русе, Кюстендил, Враца, Ловеч, Разград, Ямбол, Кърджали, Бургас, Велико Търново, Смолян, Стара Загора, Силистра, Благоевград, Добрич, Монтана Пловдив и София.

С другите близо 3 млн. лв. ще бъдат осъществени ремонтни дейности и ще бъде закупена апаратура, съгласно приоритетните искания, постъпили в Министерството на здравеопазването от лечебните заведения.

В момента тече процедура по подготовка и обявяване на обществени поръчки, съответно сключване на договори, на чието основание средствата да бъдат отпуснати на лечебните заведения.

**[www.bnr.bg](http://www.bnr.bg), 10.10.2018 г.**

**<http://bnr.bg/post/101029572/prof-g-mihailov-pacientat-trabva-da-bade-varnat-v-centara-na-sistemata-na-zdraveopazvane>**

### **Проф. Г. Михайлов: Пациентът трябва да бъде върнат в центъра на системата на здравеопазване**

Здравната система трябва да влезе в синхрон с цялата европейска система на здравеопазване. Това каза в предаването "Преди всички" проф. Георги Михайлов от здравната комисия в парламента и депутат от БСП. От левията отложиха внасянето на вота на недоверие към правителството за здравната политика за началото на следващата седмица и започнаха срещи със съсловните организации.

За предлаганата здравна реформа проф. Михайлов коментира: „Тук не става дума за реформа на управление на здравеопазването, реформа по същността на здравеопазването. /.../ Пациентът се оказва в периферията на системата и всичките интереси – на държавни, и на частни лечебни заведения, се устремиха към това, което уж не е цел на търговските дружества като лечебни заведения – печалба. Всичко стана в една безобразна история, която наруши баланса между болнична и доболнична помощ. Системата на здравеопазването е болна и е пред рухване“.

Според него системата се нуждае от спешни и обмислени решения. Не ни трябва дълги разговори за нещо, което само ще дофинансира системата, но няма да промени нейната същност, категоричен е той.

Необходими са някои сериозни промени, които да върнат пациента в центъра на системата на здравеопазването и той да бъде обгрижван по оптимален начин, подчерта проф. Михайлов и обясни:

„Първо трябва да се прекрати съществуването на болничните заведения като търговски дружества, да се прекрати заплащането на дейността на лечебните заведения по клинични пътеки“.

„Как се случва така, че в най-бедната държава в ЕС се народиха множество частни онкологични лечебни заведения, които започнаха да имат печеливша дейност?“, попита още депутатът от БСП и добави мнението си:

„Да се хвърля върху онкологията причината за харчовете в здравеопазването – това ще доведе до такъв бумеранг, че тези, които го правят, не могат да си представят какво ще се случва. Не бива с това да се злоупотребява“.

Изпълнителният директор на Ловешката болница д-р Румяна Нановска коментира планираната нова здравна реформа: „Здравната реформа е добре замислена за в бъдеще, но за нашата болница и другите, които вървят по нашите стъпки трябва спешни мерки. Излизането от това състояние – месец за месец да се чудим как да изкараме, е много трудно и това не спасява в момента болници като нашата“.

Д-р Алекси Делчев допълва какво трябва да се промени, за да заработи наистина нова здравна реформа: „Новата здравна реформа трябва да стане само при положение, че в комплекса от мерки, които трябва да се вземат, трябва да има яснота кой в какъв обем какво точно ще върши, дали има дублирани дейности, дали разпределението на медицинската услуга върху населението е добре разпределена. Започна да се селектира дейността на печеливша и непечеливша, а не на целесъобразна и нецелесъобразна, не на хуманна и важна за здравето на населението“.

Делчев попита: „Кой застраховател би застраховал човек, който не иска да си плаща здравните осигуровки – това е парадокс. Не виждам с тези 12 лв. как балансът ще се промени“.

Д-р Наташка Шопова смята, че планираната здравна реформа ще усложни още работата на лекарите.

VINF 17:16:01 10-10-2018

GI1715VI.004

### **Промяната в здравния модел не може да се изпълни за един мандат, коментира Корнелия Нинова след среща с общопрактикуващи лекари**

София, 10 октомври /Теодора Цанева, БТА/

"Има три теми, които изискват национално съгласие - здравеопазването, образованието и демографската катастрофа. Промяната в здравния модел не може да се изпълни за един мандат, а изисква надмандатно мислене". Това каза председателят на НС на БСП Корнелия Нинова след среща с ръководството на Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България, цитирана от пресцентъра на партията.

Според Нинова обществото трябва да принуди политиците, които и да управлява, да се спазват базови правила и да има приемственост. "Резултатът от мандатното мислене се вижда в разрухата в здравеопазването. Ситуацията в сектора е изключително тежка, а двата модела, предложени от ГЕРБ, не стават", е коментирала лидерът на левицата. Нинова е добавила, че сдружението има конкретни предложения по "Визия за България", в частта за здравеопазването и затова срещите ще продължат.

Председателят на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България доц. д-р Любомир Киров е изразил благодарност за срещата и е заявил готовност за разговор с всички, които искат да получат откровено и конструктивно мнение. "На едно мнение сме, че трябва да има приемственост, независимо кой е на власт. Не сме спестили критиките и се надяваме това да е оздравително и ползотворно", е заявил той след срещата с БСП.

Киров е подчертал, че нито един от двата модела на Министерство на здравеопазването не се ползва с одобрението на представляваната от него организация. "Става дума за набиране на средства. Няма и дума за промяна на системата и какво да се направи, за да стане по-добре, а само как да се наберат още средства, по калкулации около 800 млн. лв.", е посочил той. "Сега има задължителна осигуровка, която към момента не могат да съберат, а искат и втора задължителна", е коментирал още доц. Киров.

**[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 10.10.2018 г.**

**<https://www.zdrave.net/-/n7469>**

**Касата ще плаща медицинско изделие на производител, ако то се покрива от други три фонда**

НЗОК ще плаща директно на производител за определени групи медицински изделия. Тази промяна залегна в проект за изменение на Наредба 10 по предложение на здравния фонд и вече бе публикувана за обществено обсъждане на сайта на Министерството на здравеопазването.

По време на заседанието на Надзорния съвет на Касата на 27 септември управителят на НЗОК д-р Дечо Дечев, чиято е идеята, разяснява нуждата от тази промяна така: „До момента договарянето, което е провеждано в Касата, позволява за една и съща група медицински изделия да се явят много производители, определя се някаква стойност и от там нататък всичките тези N броя производители имат право да си продават по болниците, болниците купуват и т.н. Сега това, което е промяната, за определена група медицински изделия, не за всички – там, където е приложимо, тогава, когато критериите за качество, които се въвеждат, са приложими за цялата група – Касата ще обяви бройка, до която ще плати на годината и ще сключи договор с един производител, а не както е в момента с N броя“.

По думите му, идеята е, че когато на даден производител се гарантира количество, той ще намали цените.

Д-р Дечев е категоричен, че на първо място това ще се направи за стентовете. „Близко 50% от разходите на Касата за медицински изделия са там. Общо взето там са две групи – с покритие лекарствено и без покритие лекарствено. Няма световен производител, който да не покрива и двете групи“, посочва управителят на Касата. Сред критериите за заплащане на тези изделия от НЗОК е те да се покриват от най-малко три чужди фонда и да са минали най-малко три международни клинични проучвания. „Т.е. цялата научна общност е убедена, че дадено медицинско изделие е добро. Гарантираме качеството, даваме на производителя обеми, на базата на които той дава цените“, обяснява д-р Дечев. От думите му става ясно още, че НЗОК няма да сключва договор с производител на медицински изделия в ортопедията, тъй като тя не е проблем на Касата като разход.

**[www.mediapool.bg](https://www.mediapool.bg), 10.10.2018 г.**

**<https://www.mediapool.bg/razhodite-na-nzok-za-onkolekarstva-shte-se-udvoyat-ako-ne-se-obvarzhat-s-efekta-ot-lechenieto-news284811.html>**

**Разходите на НЗОК за онколекуарства ще се удвоят, ако не се обвържат с ефекта от лечението**

***Управителят на касата предупреди проводниците на лобистки интереси, че ги следи под луна и подготвя мерки срещу тях***

До десет дни Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) ще предложи промени при финансирането на онколекуарствата, които целят да обвържат финансирането на терапиите с тяхната ефективност. Ако политиките не ги приемат, до две години разходите за лекарства в онкологията ще се удвоят, предупреди управителя на касата д-р Дечо Дечев пред БТВ.

Дечев обясни, че се очаква удвояване на разходите заради увеличаващата се продължителност на живота и прогнозата, че средно всеки трети над 60-годишна възраст ще развие онкологично заболяване, както и заради навлизащите нови и скъпи медикаменти. „На входа при нас чакат няколко много скъпи терапии, измислени в света, с ефект под въпрос, чиято стойност е от порядъка на 25 000 лева на месец. Курсът на лечение е 4 години, и ако не се въведат мерки, които да обвържат цената на даден медикамент с неговата ефективност, нещата ще останат потресаващи за нас като хора, които трябва да плащат осигуровки“, заяви Дечев.

Той изнесе данни, според които сега България плаща твърде скъпо за лечението на някои диагнози, без това да е довело до съществено увеличаване на продължителността на живота.

България била с 30% по-висок разход за рак на гърдата от Германия

Дечев даде пример с рака на гърдата и биологичните медикаменти за лечението на артрит, псориазис и други заболявания.

“На фона на това, че е публично известно, че България отделя на глава от населението най-малко средства в ЕС за здравеопазване, за карцинома на гърда – Румъния отделя 80 евроцента на глава от населението, Унгария отделя 2.7 евро, Полша – 2.3 евро, Германия – 3.7 евро, а бедна България отделя 5 евро, т.е. 30% повече отколкото Германия и 600% повече отколкото Румъния“, заяви Дечев.

Удължаването на живота не отговаряло на ръста в разходите

В същото време по думите му от 2000 до 2009 година в България са се отделяли максимум 80 млн. лв. за онкоболни, а средната продължителност на живота се е удължила с две години.

“От 2009 до 2015 г., когато има бум на средствата за онкология или 500% ръст, средната продължителност на живота се е повишила със 7 месеца“, заяви Дечев.

Дисбаланс

Той посочи, че за химиотерапията на 29 000 онкоболни през 2017 година НЗОК е платили близо 400 млн. лева, само за най-модерните таргетни терапии. В същото време в групата на лекарствата за домашно лечение е дали а също приблизително 400 млн., но за 1.5 млн. души, т.е. за близо 50 пъти повече пациенти. И в голямата група пациенти са концентрирани основните заболявания, които определят средната продължителност на живота, а за тях НЗОК плаща едва 25%, докато онкотерапиите се покриват 100%.

Дечев даде пример и с биологичните терапии, където България била на първо място в ЕС по разходи на глава от населението.

По думите му обаче за евтините социално значими заболявания никога няма да бъде видяна пациентска организация да протестира, докато за заболяванията, където се плаща напълно и в пъти повече от други европейски държави, протестите са постоянни.

Дечев предупреди “групата по интереси“, че я следи под лупа

Дечев специално се обърна към участниците в “организираната група по интереси“, включваща лекари, в това число консултанти на касата, фармацевтични компании и пациентски организации, че техните действия ще бъдат внимателно наблюдавани.

“Тук говорим за един баланс между интереса на индустрията и интереса на нас като платци. Самата индустрия трябва да разбере, че това, което предлага, трябва да влезе в определени финансови параметри, които всички ние с вас и другите хора сме отделили като средства, и трябва да подкрепяме тези фарма компании, чиято цел е да не надуват цената на тези медикаменти с цел вътре да се калкулират и профити за организираната група. А да подкрепяме такива практики, които са на повечето фарма компании, които желаят да продават лекарствата на поносима цена за дадения фонд, гарантирайки качество на лечението“, заяви д-р Дечев.

“Искам да информирам тези групи, че някои техни действия ще се наблюдават под лупа, а именно: дали се манипулират генетични изследвания, на базата на които се назначава една или друга терапия. Ще се наблюдава под лупа има или няма манипулация с теглото на болния, защото на базата на теглото на болния се определят дозите за някои медикаменти. И ще предпочитаме консултанти, чиито експертни препоръки не са обвързани с участие в клинични проучвания, от които ще получат щедро за нашите условия финансиране“, заяви Дечев.

Той обърна специално внимание на това, че организираните групи попадат и консултанти на касата, въз основата на чието мнение се взима едно или друго решение.

“Касата има над 50 консултанти, лекари, водещи специалисти в дадени области. Понякога обаче техните препоръки са мотивирани от финансови причини, а не чисто медицински“, заяви Дечев.

По думите му въпросните организирани групи прокарват лобистки интереси, които подпомагат оборотите и продажбите на определени фармацевтични компании.

Дечев коментира, че “няма по-лесен обект за манипулация от пациента, защото неговият проблем се поставя по такъв начин, че едва ли не всяко решение на касата, което води до ефективно разходване на средства се тълкува като действие, което ще навреди на неговото състояние“.

“Хората, които манипулират тези пациенти са много обиграни и ги подвеждат да прокарат даден интерес“, каза той.

По повод предлаганите от здравния министър промени в здравноосигурителния модел Дечев коментира, че “когато някой предлага модел, в който ще се вляят повече средства, не трябва да казваме на прима виста “не”.

“Обществото трябва да се готви, че разходите за здраве ще се повишават драстично всяка година. И тази част, която ще се покрива солидарно от нас всички, трябва да расте, ако не искаме да расте другата част, която се покрива индивидуално от всеки“, посочи Дечев.

**[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 10.10.2018 г.**

**<https://www.zdrave.net/-/n7453>**

### **Депутатите обсъждат моделите за здравно осигуряване на министър Ананиев**

На редовното си заседание утре парламентарната комисия по здравеопазване ще обсъди предложенията на здравния министър Кирил Ананиев за промяна в начина на здравно осигуряване и финансиране на здравната система.

Припомняме, предложенията на министър Ананиев включват два варианта на здравно осигуряване. Първият предвижда демонополизация на Здравната каса като единствен обществен платец на медицински услуги. Освен нея в системата ще се включат още няколко фонда, като всички те ще бъдат равнопоставени и всеки гражданин ще има възможност да избира в кой от тях да внася своите здравни осигуровки. Този вариант включва и гаранционен фонд, който да покрие евентуални загуби, ако някой от фондовете не може да изплати дължимото.

Вторият вариант, на който министърът е открит привърженик, предвижда надграждащо осигуряване в застрахователни фондове, което обаче ще е задължително. Анонсираната от Ананиев сума за допълнителна осигуровка към момента е 12 лв. месечно, които всеки здравноосигурен ще трябва да внася в някой от частните фондове. В добавка, при влизане в болница всеки пациент ще съфинансира лечението си с 15% от сумата, платена от НЗОК за неговото лечение, когато тя е до 700 лв. Над тази сума пък ще плащат застрахователите, или отново пациентът.

Към момента и двата модела будят повече въпроси и критики, отколкото одобрение. Министър Ананиев обаче декларира, че докато не се постигне съгласие по някакъв модел за промяна на здравното осигуряване, проект на нормативен акт в тази посока няма да влезе в парламента.

Междувременно пък БСП реагира на предложенията със заявка, че ще внесе вот на недоверие за здравеопазване. От левицата обявиха, че ще постъпят "нетрадиционно" и ще направят извънпарламентарни консултации за вота, като се срещнат с организации от здравния сектор, за да обсъдят с тях настоящата ситуация, предложенията на ГЕРБ и собствените си предложения.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 10.10.2018 г.  
<https://clinica.bg/6310->

## Рисков ход е здравна реформа преди избори

*Съществува опасност проблемите на НЗОК да се пренесат в застрахователните дружества, смята Аркади Шарков*

### Десислава АНТОВА

Министърът на здравеопазването Кирил Ананиев представи моделите за реформа в здравното осигуряване, какви стъпки са нужни, за да не се получи ситуация подобна на тази с частните пенсионни фондове пред [clinica.bg](http://clinica.bg) коментира Аркади Шарков от Експертен клуб за икономика и политика (ЕКИП).

Покачването на вноската за здраве е абсолютно неаргументирано в момента. Притеснителното в първия модел с демонополизация на касата е, че отново се иска шокова терапия. Тоест автоматично 8% да бъдат разпределени към застрахователните дружества, без преди това да се направи пилотна проверка дали всяко едно от тях може да издържи на това напрежение. Вторият модел от предлаганата от министър Ананиев реформа - с предвидено допълнително задължително здравозастраховане, не е логичен. Възможни са и други варианти, свързани най-вече със следните стъпки – да се остойности лекарския труд, да бъдат преостойностени много от клиничните пътеки, защото някои са свръхфинансирани, а други са недофинансирани. Именно тук можем да видим корелацията какво желаят да специализират студентите и липсата на кадри в едни направления, за сметка на други, в които има свръхизобилие.

Ако говорим за преминаване към какъвто и да е

друг финансов модел, лекарствата в последните години са тези, които бележат преразход в бюджета на касата. При евентуално преминаване към здравно застраховане много от тези проблеми ще бъдат пренесени към частните дружества, особено ако те бъдат задължени от държавата задължително да застраховат. По този начин ще се създаде много голяма опасност на застрахователния пазар от рухването на определени дружества. Така че, там също трябва да се направи реформа. Началото ѝ може да бъде разделянето на бюджета за медикаменти с аналог и за медикаменти без аналог, което ще създаде и вътрешногрупова конкуренция между компаниите в сектора, а също така ще създаде предпоставки да се види кое, за какво и колко се потребява, както и за какви заболявания. Разполагаме с данни за това, че около 70% от бюджета на касата отива за около 30% от пациентите в България и едва 30% от бюджета отива за 70% от пациентите.

Подходящ за нашата икономическа реалност

би бил моделът, който трябваше да се реализира при покачването на здравната вноска от 6% на 8%. Тогава бе разписано разликата от 2% да бъде резерв, който да бъде преразпределен по-нататък към частни застрахователни фондове, които да започнат да навлизат на пазара на здравеопазването. Това не се случи. Тези пари останаха в касата. Ако поэтапно се тръгне и пилотно бъдат преразпределени тези средства, ще има много по-голяма възможност да бъде извършена разумна реформа, много по-щадяща както за пациентите, така и за бюджета и за всички участници в системата на здравеопазването. Опитът да се направи рязка промяна към абсолютна демонополизация е по-рисково.

Друг модел, който също е възможен, е касата да смъкне процента на здравна вноска и да запази един основен, базов пакет от услуги или „златен стандарт“ за всяко едно заболяване и лечение, а пациентът, ако желае да доплаща за иновативни, най-нови и лъскави терапии и съответно да доплаща доброволно към застрахователен фонд. Това

също е възможно да бъде направено. Смятам, че това също е разумна стъпка в правилната посока. Тепърва ще видим какво се случва в Министерство на здравеопазването.

Сега се създават работни групи и тепърва ще се реформират моделите, които бяха предложени. Това е и обещанието от страна на министъра. Първата стъпка за реформа в правилната посока е преостойността на клиничните пътеки. Това е по-дългосрочна реформа. При лекарствата промяната може да се извърши буквално за един ден. Там няма такова наслоявяване, каквото има при клиничните пътеки, няма толкова много заинтересовани групи при тях. Ако говорим за остойността на лекарския труд, това също е дългосрочна реформа, но е нужно да бъде започната сега. Самите лекари не знаят първо колко им струва труда, второ пациентът не знае. Третото, което е нужно като реформа и което се извършва вече в много от държавите, включително тези с най-висок стандарт, както и с най-добро здравеопазване, е прозрачност на цените. Прозрачността на цените на болничната помощ е ключова. Тогава пациентът да може сам да избере, къде да отиде да се лекува и съответно да види какво ще получи срещу това, което ще плати. По този начин ще се създаде реална ценова конкуренция, а именно това липсва в момента на пазара на здравеопазване, колкото и да не е пазар в реалния смисъл на думата. Наименованието търговски дружества съвсем не са проблем.

Това дали ще смениш наименованието на една болница, няма да реши проблемите. Големите проблеми на тези болници, които са със задължения, не са в това, че са търговски дружества, а в това, че приходите им са по-малко от разходите. Това е проблем на управлението, а не на модела на самото дружество. Другият проблем е, че следва Министерство на здравеопазването и Медицинският одит да си свършат достатъчно добре работата, защото Министерство на здравеопазването е принципал на държавните болници, както и на част от областните. Така че следва да си вършат работата и по отношение на част от контрола. Това какво се случва в тези болници се контролира с навременна реакция, а не след две, три или пет години, когато толкова много пари са изразходени и загубени или „откраднати“, че да се налага определени областни болници да бъдат затваряни. По-добре е да се започне с реформите поне като начало и поетапно да се преминава на по-пазарен принцип в здравеопазването, за да може частните дружества като такива, разполагащи с лични финанси, да управляват тези пари. Касата не управлява, тя само преразпределя. Управлявайки тези пари тях ще ги и грижа за тях.

За да не стане като със системата на пенсионното осигуряване, където отново имаме незавършена реформа. Следва да бъдат установени правилата на разплащане, правилата на администриране на целият процес на здравеопазването. Тук съществена роля ще има Комисията за финансов надзор. Затова казвам преди да се премине към какъвто и да е здравноосигурителен модел следва да бъдат направени реформите, за да се създаде една стабилна основа, върху която да се промени цялата финансова структура на системата. Преди избори чисто политически това би било много рисков ход от страна на управляващата коалиция.

**[www.bnt.bg](http://www.bnt.bg), 10.10.2018 г.**

**<http://news.bnt.bg/bg/a/nigyar-dzhafer-kategorichno-shche-podkrepi-vota-na-nedoverie>**

**Нигяр Джафер: Категорично ще подкрепим вота на недоверие**



Категорично ще подкрепим вота на недоверие, ако бъде внесен, каза депутатът от ДПС и заместник-председател на НС Нигяр Джафер. Той ще е заради обсъждания нов здравен модел на управляващите и ще бъде внесен от БСП.

Ние сме опозиция и съвсем логично е да подкрепим един вот на недоверие към управляващите, изчакваме обаче да видим мотивите на този вот, добави тя.

Те се пишат вече десетина дена. Мисля, че колегите от БСП ще намерят своите аргументи, ние с нашите аргументи ще се опитаем да защитим нашата позиция. Ясно е, че техните тези не съвпадат с нашите, обясни тя.

Една от тезите ни е, че трябва да има депономолизация за Здравната каса, каза Джафер. Нигяр Джафер - заместник - председател на НС, депутат от ДПС: Задължителната здравна вноска ще се увеличи с 2% при предлагания втори здравен модел, което не се възприема добре от пациентите. Но ще донесе над 800 милиона ресурс, който според медицинското съсловие, е даде глътка въздух за някои от дейностите. Хубавото в модела също така е това, че може би ще има повече пари за профилактика, може би и ще има всеки от на съсловна сметка, където ще се натрупват тези средства. Но звучи колебливо, че ще бъде персонална за човека и обща за фонда, т.е. застрахователят ще харчи в общия куп тези пари.

Най-големият недостатък на този модел е, че здравната каса абдикира от всички случаи, които са скъпите, от всичко, което е над 700 лева, а другите случаи отиват към застрахователите, отбеляза Джафер.

Нигяр Джафер - заместник - председател на НС, депутат от ДПС: Недостатъците на модела са, че пациентът се очертава да плаща три пъти и то съвсем регламентирано. Освен тези 12 лева ще се наложи да има и доплащане от 15%. Има вариант за всяка услуга да е доплащането по 10%, но това са само варианти. Освен този втори задължителен стълб, може би ще се наложи доброволно да се застрахова в един трети стълб, ако реши и му се строи, че ако това, което е платил, не е достатъчно.

Предлаганият Вариант А е този, който е най-близък до ДПС и е за демонополизация и наличие на различни каси и за 8-процентната вноска, която сега внасяме. За вариант сме, когато пациентът получава здравен пакет с услуги без никаква граница, допълни тя. Но има и дефекти в този модел, понеже остава отворен за корекции, обясни Джафер.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 10.10.2018 г.

<https://clinica.bg/6333->

## Избират лекар на годината в София

### *За първа година СЛК организира годишни награди на празника на Св. Иван Рилски Чудотворец*

Медици от София ще получат отличия на годишните награди „Лекар на годината 2018". Те се провеждат за първи път и се организират от Столична лекарска колегия.

Събитието ще се проведе утре, когато отбелязваме на празника на Св. Иван Рилски Чудотворец. Наградите са признание за водещите специалисти от столицата, благодарение на които се развиват медицината и академичността, както в София, така и в цяла България.

**Телеграф**

11.10.2018 г., с. 7

## Лекари и пациенти искат лечение с канабис

Медици и болни от епилепсия настояват за легализиране на употребата на канабис при лечение на заболяването. Това стана ясно по време на национална конференция на тема „Епилепсията - равни възможности“ в София вчера. „Канабисът се използва в различни терапии от над 5000 години, той има доказано антипристъпно действие при пациенти с епилепсия“, заяви президентът на Международното бюро по епилепсия проф. Мартин Броуди, който бе специален гост на събитието. Според медиците марихуаната трябва да бъде легализирана, за да бъдат правени опити и да бъде открит най-подходящият начин за употребата ѝ. Освен за разрешена употреба на канабис, пациентите с епилепсия и техните близки настояват още за достъп до адекватна диагностика и лечение. По техни думи евтини медикаменти за лечение на заболяването постоянно напускат страната ни, пък това се отразява на качеството на лечение на пациентите. Епилепсията е хронично заболяване на мозъка, което засяга около 50 млн. души в света и близо 70 хиляди българи.