

## ПРЕСКЛИПИНГ

12 март 2018

**Телеграф**

12.03.2018 г., с. 14

### **ДОЦ. АСЕНА СТОИМЕНОВА: ЕВРОПЕЙСКИТЕ ГРАЖДАНИ ТРЯБВА ДА ИМАТ РАВНОПОСТАВЕН ДОСТЪП ДО ЛЕКАРСТВА**

На 6 март в София се проведе конференция, част от календара на Българското председателство на Съвета на ЕС, посветена на възможностите за осигуряване на по-добър достъп до лекарствени продукти. Какви аспекти на проблема с достъпа до лекарства бяха засегнати на събитието и можем ли да кажем, че този проблем е общоевропейски?

В конференцията взеха участие експерти от държавите-членки на Европейския съюз, Световната здравна организация, Организацията за икономическо сътрудничество и развитие, Европейската комисия, Европейската Агенция по Лекарствата, академичните среди, индустрията и неправителствени организации - факт, който е показателен за това, че проблемите, свързани с навременния достъп до лекарствена терапия са общоевропейски проблеми. Всички граждани на ЕС следва да имат навременен достъп до необходимото им лечение. Аспектите, които бяха обсъждани в еднодневната конференция засегнаха проблематиката на паралелната търговия с лекарства, защитата на интелектуалната собственост при лекарствата, ускорени процедури за разрешаване за употреба на лекарства, контрол на разходите за лекарствени продукти и др. Дискутирано бе прилагането на принципа на пропорционалност, специфичната ситуация в различните държави-членки на ЕС и възможността за решаване на проблемите с достъпа до лекарства на национално и европейско равнище.

Ако трябва да определите основната пречка европейските граждани да имат равноправен достъп до лекарства, коя бихте извели на преден план?

Проблемът с осигуряването на равноправен достъп на европейските граждани до лекарства е многоаспектен и причините за него са преди всичко икономически. При системата, която съществува за референтно ценообразуване на лекарствата, притежателите на разрешения за употреба на лекарствата често предпочитат да пускат продуктите първо на по-големите европейски пазари, а съществуването на изискването новия лекарствен продукт да бъде реимбурсиран в определен брой държави в ЕС преди да бъде реимбурсиран в определена държава, допълнително отлага достъпът до него. Така, често на по-малките пазари новите лекарствени терапии стават достъпни след около 2-3 години. Отделно, разликите в цените на лекарствата в отделните държави-членки на ЕС стимулират паралелната търговия, която допълнително може да повлияе този процес. Понякога причините са и от производствен характер.

Какъв е пътят българските граждани да получават лекарства на достъпни цени?

За да се постигат постоянно желаните дългосрочни резултати - а именно, навременен достъп до необходимата лекарствена терапия на достъпни цени, системата трябва да е балансирана, изискванията да са разпределени към всички заинтересовани и засегнати страни, а процесите в нея да се познават и управляват в тяхната взаимосвързаност. С други думи, необходим е национално-специфичен мултидисциплинарен подход, базиран на задълбочен и всеобхватен анализ на процесите, особено тези, които се отнасят до ефективната употреба на лекарствата. Рационалното използване на лекарствата като ресурс има потенциала да реализира допълнителни спестявания, които да се насочат към

лекуване на повече пациенти, включително и към нови терапии. Изборът на най-ефективното лечение следва да бъде съобразен с динамиката на медицината и фармацията и в светлината на новите данни за безопасност и ефективност на лекарствата, след пускането им на пазара

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 09.03.2018 г.

<http://www.zdrave.net/-/n5501>

### **БЛС бе удостоен с почетен знак за ролята му срещу антиеврейското законодателство**

Българският лекарски съюз бе удостоен с почетен знак и сертификат „Незабравя“ за ролята на съсловната организация срещу антиеврейското законодателство.

Официалната програма по отбелязване на 75-та годишнина от спасяването на българските евреи започна с тържествен концерт в Националната музикална академия „Проф. Панчо Владигеров“. Специално за събитията от Израел пристигна делегация с представители на организациите на българските евреи в страната.

В началото на вечерта с „Почетен знак“ и „Сертификат за Незабравя“ бе удостоен председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев.

"През 40-те години на миналия век България се заразява от тежка болест - болестта на фашистката идеология. Но точно тогава се явяват достойни българи, които успяват да излекуват обществото, което страда от тази болест. Сред тях са и тези, които почитаме тази вечер, българските лекари. Тези лекари не използваха скалпел или стетоскоп, а обикновен химикал. Когато България се изправи пред Закона за защита на нацията, ужасен антиеврейски закон, базиран на Нюрнберските закони на нацистка Германия, Българският лекарски съюз се присъедини към други професионални организации и се противопостави на приемането на този позорен човеконенавистен акт“, заяви председателят на "Шалом" д-р Александър Оскар.

От своя страна д-р Грозев подчерта, че денят, в който през 1945 година е освободен концлагерът Аушвиц-Биркенау край полския град Освиенцим, е съдбовна дата, водеща към размисли и поуки за бъдещето. „Тя винаги е заредена с емоции. Не само защото на 10-ти март светът почита паметта на жертвите на Холокоста, а у нас се отбелязва Деня на спасението на българските евреи. Не само защото отдаваме почит към паметта на загиналите, но и поради факта, че възкресяваме спомена за родната толерантност, съпричастност и човечност – изконни качества на българския лекар“, заяви той.

[www.dariknews.bg](http://www.dariknews.bg), 09.03.2018 г.

<https://dariknews.bg/novini/bylgariia/namaliavat-limitnite-ceni-na-medicinski-izdeliia-za-horata-s-uvrezhdaniia-2083423>

### **Намаляват лимитните цени на медицински изделия за хората с увреждания?**

Социалното министерство предлага намаляване на лимитните цени на някои от медицинските изделия и помощните средства за хората с увреждания, по които те се заплащат от държавния бюджет. Сред тях са цифровият слухов апарат, чиято цена трябва да спадне двойно, ринговата инвалидна количка и комбинираният стол за баня и тоалетна.

Актуализацията на цените е базирана върху анализ на Агенцията за хората с увреждания, който показва усреднените цени на търговците на дребно, вписани в държавния регистър, събщи за Дарик зам.-министърът на труда Росица Димитрова.

Предлага се също увеличаване на цените на някои изделия и включването на три нови изделия за децата с увреждания - вертикализатор, рингова количка и детска инвалидна количка. Държавата планира и улесняване на процедурата за отпускане на медицинските изделия и помощните средства, а бюджетът, с който ще ги заплаща през тази година, се запазва в рамките на 46 млн. лева.

Променят правилника за интеграция на хора с увреждания

При запазване на общия ресурс, който се харчи за помощни средства и медицински изделия за хората с увреждания, социалното министерство предлага увеличаване на пределните цени на слуховите апарати за деца и учаци, но и намаляване на цените на цифровите слухови апарати и ринговите инвалидни колички. "Ако към момента пределния размер на цена на цифровите слухови апарати е 406 лева, с новата актуализация предлагаме да бъде 170 лева", разясни ресорният зам.-министър Росица Димитрова.

Техническото средство трябва да осигурява качествен живот на човека с увреждане и да му се отпуска според индивидуалната оценка на потребностите му, смята Ваня Пандиева, която използва акумулаторна инвалидна количка. Държавата заплаща за покупката на такава до 3020 лева.

Една на 6: Разкажи ни за твоята най-добра приятелка и можеш да СПЕЧЕЛИШ 2 прекрасни гривни за теб и нея

Във връзка с лимитните цени Ваня поставя въпроса за качеството на средствата и периода им на използване. "В тази символична цена нищо от тези средства не може да издържи за срока, за който те се отпускат в България. И сме с най-окаяните помощни технически средства. И много от нас са принудени да се справят с "направи си сам", за да можеш да живееш", заяви тя.

В момента, за да получи дадено изделие или техническо средство, човек трябва да подаде молба до социалните, след това да отиде отново, за да получи заповедта за отпускане на средства, да изчака превеждането им и тогава да си закупи нужното от търговец. Следва ново посещение при социалните, за да се отчетат парите.

Хората с увреждания се стягат за протести през април

Министерството подготвя нова, улесняваща хората процедура, обясни зам.-министър Росица Димитрова.

"Лицето по настоящ адрес ще подаде в дирекция "Социално подпомагане" заявление. Следващото посещение на лицето в дирекцията ще бъде да си получи заповедта. С получаване на заповедта ще посети самостоятелно избран от него търговец на медицински изделия", обясни Димитрова. Оттам нататък държавата ще се разплаща с търговците на медицински изделия и помощни средства, без участието на човека с увреждане.

От национално представителните организации, които защитават правата им, настояват лекарите да описват много точно спецификацията на изделието, което е нужно на даден човек. Адриана Стефанова от Центъра за психологически изследвания.

"Бихме искали точна и конкретна характеристика и спецификация на техническото помощно средство или медицинското изделие, така че да отговаря на индивидуалните нужди и потребности на лицето с увреждания, така че да не се получава допълнително увреждане", заяви тя.

Организациите настояват медицинските изделия за хората, които са във временна нетрудоспособност, да се заплащат от здравната каса чрез лечебните заведения, а ресурсът на социалното министерство да осигурява качествени изделия за хората с трайни увреждания.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 09.03.2018 г.  
<http://www.zdrave.net/-/n5499>

## **Във вестниците: Зъболекари точат Касата, МЗ проверява случая в украинското посолство**

„Зъболекари източват здравната каса с пломби, научи „Телеграф“ от ужилени пациенти. Лечението на кариеси фигурира в здравната книжка, но не и в устата на потърпевшите. Малцина хващат нарушението, доказването му отнема време и не винаги завършва с успех за жалбоподателите”, пише днес вестникът.

„Случайно открихме, че пломбата на 6-годишния ни син Мартин всъщност не съществува. В здравната книжка беше написана дата, на която изобщо не сме посещавали зъболекарския кабинет”, разказа семейство от София. От около две години детето посещавало елитна клиника на столичния булевард „Дондуков”, чието име родителите отказват да разкрият, защото резултатът от проверката не доказал категорично нарушението. Все пак зъболекарката отнесла глоба заради пропуски в документацията”, четем в изданието.

„Неофициално представители на Зъболекарския съюз признаха, че случаите с несъществуващи пломби не са малко. Заради ниските глоби някои стоматолози продължават да газят закона дори след наказанието. Тогава се стига от отнемане на права. Такава съдба сполетяла столична зъболекарка, която изкарала 7000 лева заплата за месец, при положение, че била в болничен”, пише още всекидневникът.

„Телеграф” попита НЗОК колко са нарушенията с фиктивно поставени пломби. От касата обясниха, че не водят статистика само за този тип гафове. През 2017 година са извършени 6036 проверки на лечебни заведения за дентална помощ, като броят на констатираните нарушения е 6677, съобщиха от НЗОК пред „Телеграф”. Най-честите констатирани нарушения са свързани с обема на договорените дентални дейности, както и несъответствие между зъбен статус и извършени дейности, обясниха експертите”, допълва вестникът.

Изданието припомня, че с личния код за медицинското си досие, издаден от НЗОК, всеки може да провери какви дейности са вписани в досието му и дали те отговарят на действителността. „След сигнали на граждани, проверили досиетата си с уникалния код и извършени проверки на лекари по дентална медицина са установени като отчетени, но неизвършени 132 дентални дейности на здравоосигурени лица, съобщиха от НЗОК”, пише изданието.

„Монитор” съобщава за извършвана проверка на случая със Спешна помощ в украинското посолство. „Зам.-министърът на здравеопазването д-р Бойко Пенков е разпоредил проверка на предизвикалия скандал случай с починалия в украинското посолство на 4 март дипломат, съобщиха пред „Монитор” от Министерството на здравеопазването и уточниха, че тя ще бъде осъществена от техен инспектор и одитор от Изпълнителната агенция „Медицински одит”. От здравното ведомство увериха, че данните от проверката ще бъдат оповестени, щом тя приключи”, четем във вестника.

„Поводът за нея е писмо до здравния министър Кирил Ананиев от посланика на Украйна Микола Балтажи, с което той моли за служебно разследване на действията на лекарския екип от Центъра за спешна медицинска помощ в София. От мисията заявяват, че искат изясняване на „причините за разпространяване на недостоверна информация за това, че сякаш посолството има вина за забавянето на входа поради режима на охрана, както твърдят от Спешна помощ, позовавайки се не само на разказите на лекарите, които са се оплакали, че са нападнати на мястото от 17-годишно момиче, но и на данните от GPS системата на линейката. В писмото посланикът поставя и въпросите: „Дали съответстват

действията на пристигналите медици на нормите за етично и професионално поведение, с оглед на клеветата за малолетното дете и представянето на плача и истерията от болката, като „нападение срещу лекарите”, както и защо медиците са влезли без дефибрилатор и се е наложило да се връщат в линейката”. Той дори пита защо на детето, което е било в състояние на афект от смъртта на баща му, не е оказана медицинска помощ и не е дадено успокоително. От представителството на Украйна у нас негодуват, че от Центъра за спешна медицинска помощ „са инициирали умишлено изтичане на изкривена информация в медиите”. От там са изразили също така готовност да предоставят записи от видеокамерите в посолството за изясняването на обстоятелствата около случая”, разказва „Монитор”.

„Сега” се спира на промени във връзка с помощните средства за хората с увреждания. „Нов регламент за плащане на помощните средства за хората с увреждания предвиждат промени в Правилника за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания, по който се отпускат медицинските изделия. Занапред на нуждаещите се от помощни средства или техния ремонт няма да се отпускат пари на ръка, а сумите ще се превеждат на търговците. „По този начин ще бъдат ограничени възможностите за неизползване на финансови средства от бюджета по предназначение”, мотивират се от социалното министерство. Така ще се пресече и друга практика - да се купуват инвалидни колички, ортопедични средства и т.н. от търговци или производители, които не са в регистъра на Агенцията на социално подпомагане”, информира публикацията.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 09.03.2018 г.

<http://www.zdrave.net/-/n5507>

### **Д-р Георги Кръстев бе предложен за секретар на пловдивската лекарска колегия**

Д-р Георги Кръстев бе предложен за секретар на районната колегия на Българския лекарския съюз в Пловдив, информира [marica.bg](http://marica.bg). До момента той оглавяваше колегията. Припомняме, изборът за нов председател на пловдивската организация на БЛС се състоя в сряда. Тогава доверието си към д-р Калчев дадоха 111 делегати, а за неговия опонент д-р Георги Цигаровски гласуваха 64-ма делегати.

Д-р Кръстев бе номиниран от новия председател на лекарското колегия д-р Атанас Калчев. За заместници на новия председател са предложени неговият опонент д-р Герги Цигаровски, както и д-р Костадин Чифлигаров и д-р Цветана Пеева.

[www.news.bg](http://www.news.bg), 10.03.2018 г.

<https://news.bg/health/zadava-se-masov-mor-ot-banalni-infektsii-zaradi-zloupotrebatas-antibiotitsi.html>

### **Задава се масов мор от банални инфекции заради злоупотребата с антибиотици**

Увеличават се резистентните микроби, нечувствителни към препарати, които преди това са ги убивали лесно. Това се дължи на прекалената употреба на антибиотици.

Това предупреждава пред "24 часа" проф. д-р Годор Кантарджиев, директор на Националния център по заразни и паразитни болести, национален консултант по микробиология.

Лекарите масово лекуват с антибиотици не само тежки пневмонии и инфекции, а и банални болести. Идва времето да платим цената, изтъква специалистът и допълва, че

според британски учени в средата на XXI век милиони хора в Европейския съюз ще умират от банални инфекции, ако причинителите им са станали резистентни.

Към този факт трябва да се прибави и рекордното използване в ЕС на антибиотици при животните. Освен това България най-много от целия Евросъюз употребява цефалоспорици от трета генерация и най-малко пеницилини, въпреки че те са 100% ефективни срещу някои патогени.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 10.03.2018 г.

<http://www.zdrave.net/-/n5517>

### **Касата да плаща 30% аванс на изпълнителите на медицинска помощ, предлага законопроект**

30% аванс до пето число на всеки месец да получават от РЗОК изпълнителите на медицинска помощ. Това предлагат депутати от БСП с промени в Закона за здравното осигуряване, внесени в Народното събрание.

Текстът, записан в предложението на депутатите, гласи: „На изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК, се предоставя ежемесечно, в срок до пето число за съответния месец, аванс в размер на 30% от 1/12 част от изплатените от РЗОК публични финансови ресурси през предходната бюджетна година“.

Целта на законопроекта е да бъдат осигурени оборотни средства на изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК, с които да бъдат посрещнати дължимите разплащания в оперативен порядък, пише в мотивите към законопроекта.

С авансово преведените средства изпълнителят на медицинска помощ ще може да посрещне условно постоянните разходи през месеца и да гарантира достъпна и своевременна медицинска помощ както на здравноосигурените лица, така и на неосигурените лица, за които е предвидено финансиране в държавния бюджет, посочват още депутатите.

Те предлагат при определянето на размера на авансовата сума да се включват всички публични финансови средства – от и чрез НЗОК, както и авансово предоставената сума да се приспада от сумата, която РЗОК заплаща за извършената и отчетена медицинска дейност през съответния месец за текущата година.

Вносителите признават, че с така предложените промени в закона се увеличава административната тежест за РЗОК, тъй като на един и същ договорен партньор ще се извършват два банкови превода месечно.

Според тях за прилагането на направените предложения не се налага корекция в други нормативни актове, освен в Националния рамков договор.

Към момента Здравната каса плаща на договорните си партньори около 25-о число на всеки месец. Ако предложението на депутатите от БСП се приеме, НЗОК ще им плаща два пъти в рамките на десет дни.

### **24 часа**

12.03.2018 г., с. 24

**Как да се регламентира плащането на ръка за здраве - у нас е 46% при средно 20% за ЕС**

*Обсъжда се парите в брой да минават през здравни застрахователни дружества*

**Анна Ботинова**

Поредният екип на здравното министерство, сега подсилен от финансови експерти, за пореден път опитва да реши някои от системните проблеми на сектора у нас.

Ще се промени в моделът на здравното осигуряване, който до есенната сесия на парламента трябва да е завършен. Очевидно развитието на здравната система без ясна визия за поне Юг. напред и без последователност в управленските решения, води до сериозни финансови, политически и социални проблеми. Те вече твърде много личат.

За такива проблеми се говори в последния доклад на ЕК от 2017 г. в частта за здравеопазване - сравнението между 28-те членки на Евросъюза сочи, че българите плащат лично 46% от всички разходи за здравни услуги. Това е твърде много, а пред нас е само Кипър с 53%. В повечето страни в ЕС средният дял лични плащания е около 20%. В Полша например е 27%, в Швейцария -34%.

Оттук следват изводи като неравнопоставеност на населението у нас в достъпа до здравеопазване, висок дял на хората, които не се лекуват, не си купуват изписаните лекарства, нямат шанс за зъболекар и т.н. Профилактиката е почти забравено понятие, публичните пари за здраве хем са малко - по 504 евро на човек годишно у нас при 3973 евро в Германия и 3582 във Франция, хем се хвърлят за лечение на заболяванията и най-вече за лекарства и медицински изделия.

По този показател България е първенец в ЕС с близо 43%. Във Великобритания, Финландия, Швеция, Дания за лекарства и консумативи отиват само 15% от общите разходи за здравеопазване.

„Реформата на Ананиев“ трябва да предложи решения за промени в тези негативни тенденции, но без да вдига здравната осигуровка, по неговите думи в интервю за „24 часа“. От 1999 г. тя е 8%, една от най-ниските в Европа и вече е остро недостатъчна спрямо модерната медицина, която искаме и вече имаме в някои направления. Здравният министър обещава да „впрегне“ нерегламентирания плащания - въпросните 46% от общите здравни разходи. Вече се водят разговори с експерти за включване на частните застрахователни дружества в осигурителния модел, научи „24 часа“ от участник в такава среща. В момента чрез тях се харчат само 0,3% от 46-те процента лични разходи за здраве у нас, останалото е в брой от пациента. Въпреки това по-големите компании традиционно предлагат такава застраховка на служителите си, а напоследък и все повече граждани проучват и сключват такива застраховки за себе си и семействата си, включително и в международни компании с цел лечение в чужбина при нужда. Всеки може да избере подходящия пакет за себе си - може и за 200 лв., може и за 700 лв. и повече на година. Покриват изписаните лекарства, даже и хомеопатия и хранителни добавки, както и болнично и извънболнично лечение до определени граници.

Солидарният осигурителен модел може би нямаше да се срути, както става в момента, ако бяха изпълнени първоначално заложените стъпки за увеличение на здравната вноска до 12%, реален контрол и избирателно сключване на договори от здравната каса. На фона на плашещата демографска ситуация у нас - един работещ издържа един пенсионер при съотношение 4 към 1 преди 30 г. по данни на БСК и дял на хората над 65 г. близо 20% от населението, отказът от непопулярни мерки от страна на всички управляващи до момента води до днешния колапс. В момента няма друг изход освен официално увеличение на разходите за здравни услуги.

С други думи, регламентиране на доплащането, в което участваме всички. Тези 46% лични плащания за здраве не са точно пари под масата, както се внушава от управляващите в последните години, а са реалността зад лъжата „здравната каса плаща всичко“. Тя, първо, не покрива истинските разходи за повечето медицински дейности, а плаща по определени преди няколко години касови цени. Разминаването е от порядъка на 30%, а стига и до 50%.

Вследствие на това държавните болници трупат дългове, а частните представят сметка за „доплащане“ за всяка медицинска дейност, нищо, че е по НЗОК.

Второ, пациентът плаща лично всички медицински изделия и консумативи - основно в ортопедията, коремната, съдовата и сърдечната хирургия, както и за по-модерните методи. Здравната каса плаща дейността операция, но не и по-сложните медицински изделия и консумативи. Пациентът ги дава на касата на болницата, не под масата. Така плаща и серия „изпуснати“ дейности като продължително лечение (долекуване), рехабилитация, хоспис, палиативни грижи и т.н.

Опити за реформа на осигурителния модел като сегашния се правят от управляващите от 2006 г. насам. Почти всеки министър на здравеопазването обявява, че се готви въвеждане на допълнително осигуряване в различни варианти - задължително, доброволно, с 2% . върху здравната вноска или 2% отчисление от сегашната за втори стълб.

До момента не само нищо работещо няма, а вече 12 г. никой не е отговорил на основните въпроси - колко реално струва здравеопазването у нас, какъв е делът на целесъобразните и на „излишните“ дейности, каква е цената на всяка операция, терапия, процедура, на болничния престой, какво означава „неефективност“.

Крием се и от въпроса колко струва трудът на лекаря, медсестрата, лаборанта. Тези детайли са част от понятието „остойностяване“ на медицинските дейности, което се оказва едно от най-сложните неща у нас. По-лесно беше да се дават разрешителни на нови и нови лечебни заведения, като по закон държавните и частните са равнопоставени, но в действителност едните затъват, а другите работят „на реални цени“, без тежките процедури на ЗОП и избирателно според тежестта на случаите.

Следващата тежка задача е да се определи основният пакет на НЗОК -това, което ще получаваме срещу 8% здравна вноска, и всичко извън него, което ще бъде обект на здравно застраховане или допълнително осигуряване. След това ще дойде въпросът как и докъде ще се лекуват тези 20% от населението над 65 г., за които е ясно могат ли да плащат здравна застраховка.

Също и неосигурените, между които само бременните струват над 3 млн. лв. на здравната каса годишно. Тук на здравния министър - който и да е той, ще му трябва подкрепа от цялата парламентарна конфигурация. Изисква се далновидна държавна политика и привличане на експерти, не просто палиативни мерки срещу пожари. Дотогава нашата задача на граждани и пациенти е да проумеем най-после, че нищо не е безплатно, особено в медицината. Трябва и много да се информираме преди сериозни терапии, отговорността първо е лична.

### Размерът на преките плащания в България е трикратно по-голям от този на ЕС





