

ПРЕСКЛИПИНГ

12 юли 2019 г., петък

www.bnr.bg, 11.07.2019 г. TC "www.bnr.bg" \f C \l "1"
<http://bnr.bg/starazagora/post/101142909/tri-sa-denonoshnite-apteki-v-stara-zagora>

Няма дефицит на денонощни аптеки в град Стара Загора

Ростислав Курдов: Необходимостта от тях трябва да се съгласува със Спешните кабинети

Няма дефицит на денонощни аптеки в град Стара Загора. Те са три и са с достатъчно голям капацитет, за да задоволят нуждите на клиентите в града. Проблемът съществува в по-малките населени места.

„Задължително е да се осигури квалифициран персонал за това дежурство, което пък може да се случи само с дотация от страна на държавата, за да има такава ефективно работеща аптека“, коментира в ефира на Радио Стара Загора Ростислав Курдов, председател на Регионалната фармацевтична колегия по повод задължително осигуряване на денонощна аптека във всеки областен град. Това предвиждат промените в проекта за изменение на Закона за лекарствените продукти, публикуван за обществено обсъждане.

„Осигуряването на квалифицирани кадри за денонощни аптеки трябва да се съгласува със Спешните кабинети и центрове в съответния регион и така да се определи необходимостта от тези аптеки“, смята Ростислав Курдов.

Под 1% са денонощните аптеки от всички аптеки в страната, съобщава БНР. Точният брой обаче не се знае, защото не се води регистър.

www.banker.bg, 11.07.2019 г. TC "www.banker.bg" \f C \l "1"
<http://www.banker.bg/upravlenie-i-biznes/read/briuksel-suzdava-obshta-sistema-sus-zdravni-dosieta>

Брюксел създава обща система със здравни досиета

Три теми са приоритет в дигиталното здравеопазване: приложението на препоръката към държавите членки за създаване на европейски формат за обмен на цифрови здравни досиета, създаване на общо пространство от здравни данни и финансовата подкрепа за тези реформи. Тези алтернативи бяха обсъдени в Брюксел на кръгла маса на високо равнище, посветена на развитието на електронното здравеопазване и технологиите. Форумът бе открит от българския комисар Мария Габриел.

Обменът на здравна информация през граница е изключително важна, защото касае всеки един от нас, когато е в чужбина. За медиците ще е много по-лесно да лекуват, ако имат информация за здравните проблеми на пациента. Изграждането на такава трансгранична система е възможно, ако гражданите са в центъра на тези усилия. Те трябва да се чувстват сигурни, за да имат доверие в предвидените промени. Ключово е да разполагат с контрола върху техните здравни данни - т.е. трябва да са убедени, че никой без тяхно разрешение не може да ползва информация. Здравните данни обхващат също и резултатите от лабораторните тестове, епикризи, медицински изследвания и електронни рецепти.

Мария Габриел постави специален фокус върху необходимостта от координиране на усилията между държавите членки, за да може да бъде създадено общоевропейско

пространство от здравни данни. Целта да се изградят сигурни връзки между системите от здравни данни в целия Европейски съюз. Това включва не само осигуряване на защита на данните, но и тяхната киберсигурност. Необходими са също ясни и ефективни механизми за контрол от страна на гражданите. Обменът на информация би позволил не само повишаване на качеството на здравната услуга, но и намаляване на разходите, развитие на персонализираната медицина и борбата с тежките заболявания. Доверието на хората ще е най-важният фактор за реализирането на тези идеи. В програмите „Цифрова Европа“, „Хоризонт Европа“ и по Механизма за свързване на Европа в следващата многогодишна финансова рамка са заложили солидни финансови средства за развитие на изкуствения интелект, суперкомпютрите, научните изследвания и медицината. Това са все области, които имат пряка връзка с развитието на електронното здравеопазване.

www.investor.bg, 11.07.2019 г. ТС "www.investor.bg" \f C \l "1"

<https://www.investor.bg/ad-hoc/502/a/getov-silovoto-nalagane-na-noshtni-dejurstva-na-aptekite-e-neraboteshto-285492/>

Гетов: Силовото налагане на нощни дежурства на аптеките е неработещо

Проф. Илко Гетов, председател на Българския фармацевтичен съюз, пред Bloomberg TV Bulgaria

www.investor.bg, 11.07.2019 г. ТС "www.investor.bg" \f C \l "1"

<https://www.investor.bg/ikonomika-i-politika/332/a/prof-ilko-getov-nacionalnata-aptechna-karta-shte-opredeli-potrebnostite-ot-apteki-285500/>

Проф. Илко Гетов: Националната аптечна карта ще определи потребностите от аптеки

Законът за лекарствените продукти трябва да бъде разделен на два отделни закона - за лекарствата и за достъпа до лекарства, посочи председателят на фармацевтите

Националната аптечна карта трябва да покаже липсите в страната по отношение на фармацевтично обслужване и достъпа до лекарства на българските граждани. Тя се създава по подобие на Националната здравна карта. Национална аптечна карта не трябва да се приема като "бухалка" и инструмент, който ще ограничи бизнеса. Тя определя минималните потребности от аптечно обслужване и достъп до лекарства на територията на всяка област. Съществуват огромни диспропорции както в различни области, така и в рамките на една и съща. Това коментира проф. Илко Гетов, председател на Български фармацевтичен съюз, в предаването "Светът е бизнес" на Bloomberg TV Bulgaria като част от темата за пакета от промени в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

По думите му тези промени ще се отразят в разпоредби на още 10-11 закона

"Има няколко съществени неща: на първо място, това е създаването на Национална аптечна карта. На второ място - текстовете в случай напускане на Великобритания от ЕС. Освен това - използването на лекарства извън одобрените индикации, практикуването на неконвенционални методи, създаването на механизъм за

гарантиране на устойчивост на бюджета на Здравната каса, създаване на центрове за превенция на зависимости и наркомании", отбеляза професорът.

Илко Гетов цитира статистически данни, че населението, което обслужва средно една аптека в страната е 1800-1900 души, в Кърджали – 3 хиляди, а в София са около 1200-1300.

"Един от механизмите, предвидени в закона, е разкриването на филиали. Всяка аптека ще може да разкрива до два филиала на територията, на която оперира, работейки на график на седмица не по-малко от два пъти по четири часа", посочи фармацевтът.

Според него денонощното аптечно обслужване дава малък шансът за печеливша подобна дейност, докато инвестицията е огромна. Той обясни, че в нея трябва да работят минимум четирима фармацевти, както и други разходи.

"Ценообразуването и заплащането на лекарства от НЗОК се предвижда да влезе в закон. Значението на тази промяна е стабилност на закона. От друга страна, законът за лекарствата придобива цялост с тези текстове, гарантира се и механизмът за устойчивост на средствата на Здравната каса, смята професор Гетов. Дописват се текстове, които да детайлизират наредбата, посочи още той.

Председателят на Българския фармацевтичен съюз е на мнение, че този закон трябва да бъде разделен на два отделни - за лекарствата, а другият - за достъпа до лекарства, а всичките текстове, които касаят национална регулация, да бъдат отделени в самостоятелен закон.

По статията работиха: Екип на Bloomberg TV Bulgaria , редактор Петя Стоянова

www.clinica.bg, 11.07.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"

<https://clinica.bg/8873->

С ЕДИН ЗАКОН ДА ПРОМЕНЯШ 15 ДРУГИ Е НЕКОРЕКТНО

Смятам, че това е абсолютно тенденциозно, като целта е да се прокара определена лобистка политика, каза адв. Петрова

Здравното министерство предлага да се направят редица промени в 15 закона, чрез проект за изменение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Те са в различни области – като се започне от задължението аптеките да дават нощни дежурства, премине се през субсидирането на общинските болници и се стигне до трансплантациите на органи и клетки. Как оценява тази практика, която изглежда се превръща в традиция за МЗ, попитахме адвокат Мария Петрова.

- Адв. Петрова, какъв е Вашият коментар за решението на здравно министерство да промени 15 закона през Закона за лекарствата?

- На първо място го смятам за изключително неудачно и недобре обмислено. Най-малкото е некоректно спрямо нормите на Закона за нормативните актове да се правят такива кардинални промени по този начин. Законът като нормативен акт трябва да урежда обществените отношения в една сфера и вмешателството с преходните и допълнителните разпоредби в други сфери, според мен е едно сериозно нарушение. Но подобно поведение на здравно министерство не наблюдаваме за първи път. Преди година със Закона за бюджета на НЗОК се направиха изменения в 17 други нормативни актове, което е противоконституционно. Конституционният съд се е произнасял по подобен казус в края на 90-те години. Пренебрегвайки решението му и пренебрегвайки нормотворческия процес, за пореден път виждаме един стремеж на здравно министерство да изменя нормативни актове, като смятам, че нито нормативните актове,

нито предложенията в тях, нито времето, в което се правят, са случайни. Всичко това е абсолютно тенденциозно, за да се прокара определена лобистка политика.

- Какви рискове крие подобна практика?

- Рисковете са огромни, защото минималният срок за обществено обсъждане по Закона за нормативните актове е 15 дни. В този кратък период най-малкото няма как всички засегнати да вземат адекватно становище. Освен това, според мен, се разчита и на отпускарския сезон, за да минат всички тези промени, като една голяма част от тях не са добре обмислени и не са добре разписани.

- Кои са най-сериозните несъответствия, записани в законопроекта?

- Примерно, изменението в Закона за бюджета на НЗОК. Ако изхождаме от логиката на здравно министерство и ако според тях това е удачния начин да се променят закони, защо не го направим и със Закона за държавния бюджет, не гласуваме повече финанси и от утре БНБ да започне да емитира пари? Отделно от това има сериозни несъответствия между проекта и мотивите, дали е от неграмотност или целенасочено, не знам.

- Може ли чрез Закон за лекарствата да се решава, какви субсидии да получават общинските болниците?

- Да, има и такова предложение, с което се въвежда промяна на Закона за лечебните заведения. Смятам, че това е изключително некоректно. Очевидно се прави опит да се прокара тази политика и според мен всички тези неща се дължат на изключително слабата юридическа подготовка на хората, които са работили по промените и на опита им много бързо, смело и сръчно да изменят всички тези закони, за да оправдаят определени действия. Но в крайна сметка не трябва законите да оправдават действията, а действията трябва да са съобразени със законите.

- Предвижда се НЗОК да си иска парите за лечението на пациенти, пострадали от катастрофи, от виновните за инцидентите. Това възможно ли е?

- Това е една норма, която съществува още с началото на Закона за здравното осигуряване, чл. 111, който досега нямаше как да се приложи, поради много причини. Нека да обясня първо нещо важно. И към настоящия момент нормата я има и тя коментира умишлено увреждане на собственото здраве. Промяната иска думата „умишлено“ да отпадне и да имаме само „увреждане на здравето“. Ако приемем, че презумптивно тайната идея на МЗ е наистина за пострадалите от катастрофи, тези, които са ги увредили да носят отговорност за вредите и да обезщетяват здравните им разходи, то не може да се случи точно с такава промяна. Защото последващият текст казва „умишлени престъпления“, а ПТП-ата са най-често престъпления по непредпазливост. Освен това, ако отново следваме логиката на здравно министерство, то всеки един от нас в качеството си на потенциален пациент е длъжен да спазва нормите от чл. 94 от Закона за здравето, който казва, че грижата за здравето е наша отговорност.

- Така всички в един момент ще се окажем виновни?

- Всички можем да се окажем, отпадайки думата „умишлено“, непредпазливо увреждащи собственото си здраве. Един, защото пуши, друг, защото яде, трети, защото стои на климатик, четвърти, защото не гледа къде върви, пада и си чупи крак или ръка. Има всякакви подобни безумни хипотези. Отделно, това нещо става със съдебна процедура. Сега се замислете първо какъв е административният капацитет на касата да води дела? Голяма част от делата за ПТП са в София, тъй като седалищата на застрахователните компании са тук. Дори и съдът в най-кратки срокове, примерно както в момента са го заложили в едномесечен срок, да изпраца тази информация на здравната каса, аз не виждам как НЗОК ще си плаща държавните такси, за да си води

тези регресни искове. С колко юристи ще разполага и нужно ли е да губи безкрайно много време при толкова натоварени съдилища с още дела.

- Ще лиши ли подобна разпоредба пострадалия от право на обезщетение при последващ съдебен процес, ако виновникът, причинил телесната повреда, е поел разходите за лечението му?

- Обезщетение се дължи, когато някой е увреден, но само, ако тази увреда е настъпила в пряка причинно-следствена връзка с дадено противоправно деяние. Виновникът на катастрофата ще плати здравните разходи, но това по никакъв начин няма да лиши пострадалите от възможността да претендират неимуществени вреди. Така че, ако тайната презумпция е да се намалят обезщетенията, които застрахователните компании плащат, много малка е вероятността това да стане само в частта за здравните разходи. За всички останали неимуществени вреди, които се заплащат, подобно нещо изобщо няма да има ефект.

- Има промени и в Закона за трансплантациите, като се предлага освен възможността приживе да обявиш несъгласие, да се разреши приживе да се заяви съгласие за донорство след смъртта. Това няма ли да обърка хората и да се стигне до грешки в избора?

- Да, възможно е да обърка хората, още повече, че то противоречи на един от основните принципи на това съгласие - конкретност. Защото вие конкретно можете да се откажете да бъдете донор, но не можете да кажете при каква ситуация бихте се съгласили да бъдете донор. Защото отказът касае всички хипотези, но при съгласието не е така. Наистина може да доведе до сериозно объркване и подобен текст противоречи на основния принцип на конкретност на подобен род съгласие, чисто юридически това не е добре обмислен ход. Вероятно цели да повиши желаещите да бъдат донори, но това не е добре обмислен ход и вероятно няма да даде желаните резултати.

- Промените в регистъра на психично болните ще помогнат ли за запазване на анонимността им? Имаше опасения, че при такъв публичен списък може да се злоупотреби с информацията.

- Зависи на какво казваме „анонимност“. Ако приемем настоящите предложения, а именно в този регистър да се вписват само лицата, които се лекуват принудително чрез съдебна процедура или тези, за които Наказателният кодекс предвижда принудително лечение, не трябва да забравяме две неща – и в двете процедури се минава през съд, като тези заседания са публични. Т. е. всеки би могъл да бъде в този момент в съдебната зала и да види, че някой е психично болен и трябва да се лекува принудително. Това е едно на ръка. Отделно, нека не забравяме основната цел на подобен регистър, защото в промените се коментира, че той служебно ще се води, служебно ще се контролира и т. н. Защото ако целта е да избегнем онези всички архаични текстове с воденето на отчет, това няма да се случи с този тип регистър, при начина, по който в момента е заложено да се води.

- Някакви други притеснения около този проект за промени в Закона за лекарствата имате ли?

- Да, имам. И то не малко. В частност за лекарствените продукти ме притеснява това, че за верификацията и за фалшивите лекарства вече със закон се оторизира да отговаря една неправителствена организация, пък била тя и съставена от институции като ИАЛ, БФС и други. Притеснява ме определянето на референтни лаборатории, притеснява ме начина, по който ще се разпределят субсидии, притеснява ме, че е заложен нов срок за правилата за добра медицинска практика и стандартите. Пишат, че изготвянето им се отлага до ноември. Притеснявам се съвсем основателно, просто защото виждам юридическите абсурди, които подобно необмислено нормотворчество влече след себе си.

- Смятате ли, че такъв раздут законопроект ще мине в Народното събрание?

Нашето Народно събрание, винаги когато кажа, че нещо не би следвало да минава, се чувства някак предизвикано да направи промените. Затова не мога да се наема с коментар в тази посока. В крайна сметка имаме 240 депутати, голяма част от които имат претенции да са грамотни. Не малка част от тях имат претенции да са юридически грамотни. Ако наистина са такива, би следвало да обмислят нещата отново. Искане ми се да припомня, че нормотворчеството като процес не е кой каквото му скимне или каквото реши да прави в тази държава, да си го оправдава със закон. Това, освен сложна процедура, трябва да се обмисля много в дълбочина и в перспектива. Давам ви един пример – в Германия, ако искате да промените закон, се дава един дълъг период между приемането на закона и влизането му в сила. Този период, който може да е и 5 години и дава възможност на юристите да разглеждат различни хипотези. Обмисля се примерно, дали промените ще донесат повече позитиви или негативи. И едва след като е минало достатъчно дълго време и са се убедили, че това, което ще се промени е по-добро от това, с което разполагаме в момента, тогава законът влиза в сила. А не сега, когато знаят, че всички ще излязат в отпуска и никой няма да отиде на обществено обсъждане, никой няма да напише и становище, да се правят такива наистина неграмотни неща. Предният път, когато направиха същото с бюджета на касата, аз предложих да излязат хората, които са го написали, за да им видим лицата. Ако ще ги хвалим, да знаем кого хвалим, ако не, да знаем към кого да насочим недоволството си.

- Вече изтече информация за новия здравен модел на министър Ананиев. Какво е Вашето мнение за него?

- На този етап ще се въздържа да направя коментар, защото очаквам на 15 юли официално да ни съобщят, какъв ще е модела, за да изразя своята градивна критика. Въпреки, че в него виждам и известни позитиви, но ще изчакам официалния срок, за да направя своя коментар.

Сп. Икономист, 12-18.07.2019 г., с. 16-19

16 БЪЛГАРИЯ

ИКОНОМИСТ 12 ЮЛИ 2019

Пак неработещ здравен модел

И в новия вариант на Кирил Ананиев за демонополизация на Здравната каса няма финансови разчети. Застрахователи и експерти предупреждават, че ако той бъде въведен на сяпало, положението ще се влоши още повече

Илика Горанова

Ивторият опит на здравния министър Кирил Ананиев за нов здравен модел изглежда нефелен. Проектът, който официално ще бъде представен на 15 юли, предвижда демонополизация на Здравната каса при непроменена здравна вноска от 8% и директно договаряне на застрахователите с болниците. Но в него отново липсват разчети, а оттам и реална представа дали изобщо е работещ. Застрахователи и здравни експерти дори предполагат, че ако този модел бъде въведен, хаосът в здравеопазването ще се увеличи още повече и то ще стане недостъпно за още повече хора.



групи в широк кръг от експерти дискутираха двата модела и дадоха своите становища в началото на годината. Седем месеца по-късно Ананиев даде знак, че се е спирал на първия вариант, без да е ясно защо.

„И този път няма разчети как ще се обезпечи функционирането на новия модел. Ние не знаем например как се остойностява една клинична пътека, как са образувани цените и какво влиза в нея. Означава ли това, че застрахователите сами ще си правят цени на клиничните пътеки“, възмути се пред „Икономист“ на несериозността на този подход председателката на Асоциацията на доброволните здравни фондове Мими Виткова.

„Новото предложение на министър Ананиев не е подкрепено с аргументи и сметки, но това е характерно за него – същото видяхме и при представянето на първия проект през септември 2018 г., когато вместо числа от реалното здравно осигуряване беше представено социологическо проучване, в чиито изчисления не намерихме съответствие с реалните данни от финансовата статистика на НЗОК, финансовото министерство и Националния статистически

VINF 09:30:[31 11-07-2019](#)
MM0929VI.004
парламент - начало

Депутатите разглеждат на второ четене промените в Закона за здравето

София, 11 юли /Десислава Антова, БТА/

Депутатите разглеждат на второ четене промените в Закона за здравето. По предложение на председателя на Народното събрание Цвета Караянчева като трета точка в програмата за работа на депутатите днес бе включен Проект на решение за удължаване на срока на действие на временната анкетна комисия за проучване на всички данни, факти и обстоятелства по повод изнесените в европейски и български медии твърдения за скандалната подкупна схема при придобиване на българско гражданство от чужди граждани.

Вносител на проекта на решение е Йордан Цонев, председател на временната анкетна комисия.

VINF 09:30:[31 11-07-2019](#)
MM0929VI.004
парламент - начало

Депутатите разглеждат на второ четене промените в Закона за здравето

София, 11 юли /Десислава Антова, БТА/

Депутатите разглеждат на второ четене промените в Закона за здравето. По предложение на председателя на Народното събрание Цвета Караянчева като трета точка в програмата за работа на депутатите днес бе включен Проект на решение за удължаване на срока на действие на временната анкетна комисия за проучване на всички данни, факти и обстоятелства по повод изнесените в европейски и български медии твърдения за скандалната подкупна схема при придобиване на българско гражданство от чужди граждани.

Вносител на проекта на решение е Йордан Цонев, председател на временната анкетна комисия.

VINF 10:55:[31 11-07-2019](#)
MM1054VI.010
парламент - здраве - наргиле

Парламентът се отказва от забраната за пушене на наргиле на закрито

София, 11 юли /Теодора Цанева, БТА/

Парламентът се отказва да забрани пушенето на изделия за водна лула, несъдържаща тютюн /наргиле/ в закрити обществени места. "За" отхвърляне на промяната в Закона за здравето гласуваха 112 депутати, 16 бяха "против" и 1 се въздържа. Измененията за забрана на пушенето на наргиле бяха предложени от НФСБ.

Депутатите отхвърлиха и предложението регионалните здравни инспекции да осъществяват контрол по спазването на установените забрани и ограничения за тютюнопушене и пушене на наргиле.

Председателят на ПГ на ГЕРБ Даниела Дариткова обясни, че е изпратено запитване до Европейската комисия за необходимостта от нотифициране на тази забрана и писмо за становище до Министерството на икономиката. Тя отбеляза, че и двете институции считат, че промените в Закона за здравето следва да се нотифицират от ЕК, иначе може да стартира наказателна процедура срещу България. Дариткова посочи, че законопроектът е внесен от народни представители, а това трябва да бъде политика на Министерството на здравеопазването, респективно на Министерския съвет, който да внесе такъв законопроект след обществено обсъждане. Затова тя обясни, че ПГ на ГЕРБ се въздържа от подкрепа на параграфите, свързани със забраната за пушене на наргиле на закрито.

Христиан Митев /"Обединени патриоти"/ посочи, че от февруари досега е имало достатъчно време да бъдат направени обществени обсъждания и няма пречка предложеният от депутати законопроект да бъде приет. Той изрази готовност при приемане на забраната да предложи законът да влезе в сила три дни след нотификация.

Борис Ячев /"Обединени патриоти"/ попита какво е надделяло, за да се промени позицията на ГЕРБ за забрана на пушенето на наргиле, каквато е регулацията за цигарите. Даниела Дариткова обясни, че е необходима предварителна нотификация на текстовете преди внасянето им в пленарна зала.

В Закона за закрила на детето беше дописана забраната за предлагане и продажба на алкохолни напитки и тютюневи и свързани с тях изделия на деца. Това включва не само изделия за водна лула, несъдържащи тютюн, а и електронните цигари, контейнерите за многократно пълнене, течностите, съдържащи никотин, обясни Даниела Дариткова.

Който допусне тютюнопушене в управляван от него обект, ще се наказва с глоба от 300 до 500 лв., с имуществена санкция от 1000 до 1500 лв., когато нарушението е извършено от едноличен търговец, или с имуществена санкция от 3000 до 5000 лв., когато нарушението е извършено от юридическо лице. Дариткова обясни, че се запазва санкцията за конкретния нарушител. Тя посочи, че ангажимент трябва да има и собственикът на заведението. Според Дариткова този механизъм ще позволи забраната за пушене да се реализира по-успешно.

VINF 11:38:[31 11-07-2019](#)

PP1136VI.008

лекарства - деца - онкологични заболявания

Болниците ще имат резерв от лекарства за деца с онкохематологични заболявания, предвижда проект

София, 11 юли /Десислава Пеева, БТА/

Болниците ще могат да купуват и осигуряват лекарства за деца с онкохематологични заболявания, но не за всяко отделно дете, а с резерв, за да има предвидимост и спокойствие в системата и в лечението на децата. Това каза пред журналисти заместник-министърът на здравеопазването Жени Начева, която разговаря и с родители на деца с онкохематологични заболявания. Промените ще бъдат вписани в проект на наредба, която през август ще бъде публикувана за обществено обсъждане. Проектът предвижда възможността, когато в болница има недостиг на даден медикамент, тя да може да го вземе от друго лечебно заведение.

Документите за лечението на децата ще могат да се подават от болницата към НЗОК, а не от родителите, предвижда още проектът, допълни Начева. По думите ѝ ще

бъде облекчено и изискването за набавяне на документацията за родителите, като идеята е тя да бъде осигурена чрез институциите.

Работи се и по идеята "БУЛБИО" да може в случай на спешност да осигури липсващо лекарство, добави още Начева.

VINF 11:56:31 [11-07-2019](#)

MM1155VI.019

С промените в Закона за здравето се забранява употребата на наргилета и електронни цигари за деца до 18 години, каза Даниела Дариткова

София, 11 юли /Десислава Антова, БТА/

В променения Закон за здравето се регламентира забрана за употреба на тютюн и свързани с тях изделия, включително наргилета, електронни цигари и всякакви други устройства, които използват тютюн и други вещества, за деца до 18 години. Това обясни пред журналисти в парламента председателят на ПГ на ГЕРБ д-р Даниела Дариткова. С гласуваните по-рано промени в зала депутатите се отказаха от предложението на НФСБ за пълна забрана на употребата на наргиле в закрити обществени места и помещения.

Дариткова обясни, че ако подобно предложение бъде прието в зала, без съответната процедура по нотификация от страна на ЕК, каквото е изискването на директивата за тютюневи изделия, страната ни е заплашена от глоба.

"Процедурата по нотификация трябваше да е предшестваща законодателната промяна. Затова ние се въздържахме да приемем тоталната забрана за употреба на наргилета в закрити помещения, защото това крие риск от наказание за България", обясни Дариткова. Тя посъветва вносителите на законопроекта да се запознаят предварително с процедурата по нотификация и обясни, че нотифициращият орган не може да бъде Народното събрание, а съответното министерство и Министерски съвет.

Дариткова каза още, че с промените в закона, които бяха приети по-рано през деня, детайлно се разписват глобите не само за нарушителите на забраната за пушене в забранените места, но и за тези, които са допуснали въпросното нарушение. "На този етап имаше затруднение да се санкционират собствениците на заведения, които са допуснали да се пуши", коментира Дариткова.

Тя обясни, че с приетите промени се регламентира и дейността на здравните медиатори. За целта Министерство на здравеопазването ще изготви наредба, която ще разпише точно и ясно техните ангажименти.

www.zdrave.net, 11.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"

<https://www.zdrave.net/-/n10015>

Д-р Мирослав Ненков: Моята рецепта за здравеопазването е огън и меч

Демонополизацията на НЗОК няма да помогне на хората да се лекуват по-добре

„Тази демонополизация на НЗОК, която толкова много се харесва, няма да помогне на хората да се лекуват по-добре или там, където искат. Няма да помогне също така на лекарите и на цялата система. Ще бъде разпилян обществен ресурс не по

предназначение“. Това каза в Сутрешния блок на БНТ1 д-р Мирослав Ненков, по повод новия здравен модел, който ще бъде представен в понеделник.

„Може да бъде нещо хубаво състезанието между различните здравни фондове, ако то е на пазарен принцип. Само че тук, в Ориента, пазарният принцип работи по шуробаджанашка система. В коя сфера у нас има истинска конкуренция и пазарни отношения. В нито една област в нашата държава няма конкуренция и изграждане на бизнес и човешки отношения на ниво конкуренция. Всичко е на ниво ти си на моя човек, аз съм на твоя човек. Затова според мен ще стане по-лошо, защото ще се появят още пробойни за изтичане напълно легално на обществените пари“, допълни д-р Ненков.

Според него, никой не казва честно на пациентите, че нашата здравна система може да осигури помощ до определено ниво. Оттам-нататък лечението може да стане чрез сключване на застраховки, с продаване на крави и на ниви...

„Аз виждам хаос в бъдещето. Демократичен изход от тази ситуация няма, всичко е законно. Тази система е изградена да е добре за малка група хора.

Затова моята рецепта за здравеопазването е огън и меч. С демократични принципи, с ненарушаването правата на разни бандити и престъпници, няма как да се оправи нещо, не само системата на здравеопазването. Има живи хора с имена и ЕГН-та, които през годините да сложили началото на разсипването на Врачанската и Ловешката болница, например. Тези хора си работят и си ходят по земята, няма им нищо“, заяви популярният анестезиолог.

Той коментира и темата с финансирането на общинските болници. Според него, общинските болници са много мощен инструмент в политическите битки на местно ниво. Общинската болница не дава добър медицински продукт, но изпълнява социална функция.

„На леля Сийка ѝ е спокойно, че там има болница и като се разкашля, влиза в болницата, пускат ѝ една системка, е, тя си купува това-онова, но се прибира вкъщи. Заболяване, което може да се излекува амбулаторно, без да се влиза в болница. Много скъпо нещо е да имаш болница. Когато върху тази болница налязат кърлежи, то става още по-скъпо, защото те ѝ изпиват кръвта. Получава се така, че общините не могат да си сложат мантинели по пътищата, но имат болници. Те работят трудно, не дават добър продукт, но осигуряват спокойствие на хората. Какъв е изходът от този казус? Пак моята теория – огън и меч. Хората ще разберат, че ако вместо тази болница има медицинска структура, която ще им окаже дори по-качествена помощ, ще бъде по-добре за тях“, категоричен е д-р Ненков.

www.zdrave.net, 11.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"

<https://www.zdrave.net/-/n10018>

ЕК и ЕМА канят спонсорите на клинични изпитвания да публикуват резултатите им

Европейската комисия (ЕК), Европейската агенция по лекарствата (ЕМА) и Ръководителите на агенциите по лекарствата (НМА) изготвиха съвместно писмо, с което да напомнят на всички спонсори на клинични изпитвания, проведени в Европейския съюз, за тяхното задължение да публикуват резюмета на резултатите от завършените изпитвания в базата данни за клинични изпитвания на ЕС (EudraCT), съобщава Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ).

Спонсорите са задължени да осигурят подаването на информация относно протокола и резултатите на всички клинични изпитвания в EudraCT, а информацията е

общественодостъпна чрез регистъра на клиничните изпитвания на ЕС (EU CTR). От юли 2014 г. от спонсорите се изисква да публикуват резултатите в рамките на една година след края на клиничното изпитване (или шест месеца за изпитване при деца). Тази информация също се споделя на International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) на Световната здравна организация (СЗО), като EU CTR е основен регистър на тази платформа.

Към април 2019 г. базата данни EudraCT включва общо 57 687 клинични изпитвания, от които 27 093 са приключили. От тези приключили изпитвания 18 432 би трябвало да имат публикувани резултати. Спонсорите са спазили изискванията за публикуване при 68,2% (12 577) от изпитванията. Все още обаче липсват резултати при 31,8% (5 855).

Съответствието с изискванията за съобщаване при некомерсиалните спонсори (напр. академии) е много по-ниско в сравнение с комерсиалните спонсори (напр. фирми) – публикувани са 23,6% от резултатите на некомерсиалните спонсори спрямо 77,2% при комерсиалните спонсори. Академичните спонсори или малките предприятия често не знаят за необходимостта или не са мотивирани да публикуват клинични резултати. По тази причина властите на ЕС предприемат различни стъпки, за да гарантират, че спонсорите знаят за своите задължения и могат да предприемат действия за изпълнението им.

Една от тези инициативи е "писмото до заинтересованите страни относно изискванията за предоставяне на резултатите от разрешени клинични изпитвания в EudraCT", подписано от Anne Bucher, генерален директор на ГД "Здраве и безопасност на храните" на ЕК, Guido Rasi, изпълнителен директор на ЕМА и Thomas Senderovitz, председател на Управителния съвет на НМА. То ще бъде разпространено до различни групи заинтересовани страни с цел да достигне специално до академичните спонсори. Това ще спомогне да се разгласи колко е важно клиничните изпитвания да са общественодостъпни.

Между другите инициативи, проведени на ниво ЕС, от септември 2018 г. ЕМА започна да идентифицира липсващите резултати на месечна база и да изпраща напомнителни писма на спонсорите на тези изпитвания, за да гарантира спазване на правилата за прозрачност и последващите действия във връзка със задължението им да съобщават резултатите.

КАПИТАЛ ТС "В. Капитал" \f C \l "1" 12-18.07.2019 г., с. 6

Законодателство и здраве

Безплатното винаги излиза по-скъпо

Повечето хора, които са се сблъскали със здравната каса, знаят, че дори да са здравноосигурени, това не покрива цялото им лечение и всички импланти, лекарства и медицински услуги, с които то върви. Това, което правят пациентите, е да си ги доплащат - до достигане на пазарни цени.

Единственият елемент от здравната услуга, който няма пазарна цена, е лекарският труд в обществените здравни заведения. Те получават толкова, колкото реши държавата. А тя решава това в зависимост от здравните вноски, които е събрала. Понеже едва 1.7 млн. българи плащат пълни здравни вноски (останалите ги покрива държавата на минимални суми), тези пари са недостатъчни. Оттам и заплащането в сектора е обидно малко и ако някой не е съгласен, нека си спомни, че всеки месец от началото на годината медици протестират за заплати.

В нов законопроект, с който се променят общо 16 здравни закона, е предвидено лекарите да полагат безплатен

труд - като проследяват ефекта от най-новите терапии. Става дума за лекарства за десетки хиляди левове, доста от които са изключително сложни за прилагане и проследяването на ефекта е важен труд. Възнаграждение за тази високоспециализирана дейност обаче не е предвидено, но пък има глоба с начална стойност 2500 лв. Идеята идва, за да поправи стар законодателен проблем около плащането на скъпите нови терапии от държавата.

Това е отново поставяне на каруцата пред коня. Докато не бъде променен кардинално сегашният модел в здравеопазването, системата ще продължи да е недофинансирана, лекарите и медицинските работници да емигрират, а пациентите да имат усещането за неадекватно лечение. Здравното министерство даде заявка, че ще направи нов опит за промяна на модела (виж стр. 23). В него обаче, както и в горния законопроект, няма остойността: очаква се едни хора да правят неща, без да е ясно дали има достатъчно пари. Така пак ще се въртим в кръг.

КАПИТАЛ ТС "В. Капитал" \f C \l "1" 12-18.07.2019 г., с. 23-25

Министърът и златната каса

© *Кирил Ананиев е готов с втори проект за реформа на здравноосигурителния модел.*

© *Той предвижда конкуренция между държавната и частни здравни каси за задължителните вноски.*

Г В изтеклия в медиите вариант предложението е поднесено така, че повдига въпроса доколко ще работи на практика.

Десислава Николова I desislava.nikolova@capital.bg

От началото на годината управляващите вече няколко пъти спасяват болници на пожар, потушават недоволството на медиците и обещават допълнителни пари за заплати. Проблемите в сектора отдавна не са новина, но пък горните действия са индикатор, че те се задълбочават и скоро поддържането на болната здравна система чрез извънредни вливания може и да спре да дава ефект.

Така няколко месеца след като предложи два варианта за здравна реформа и те не получиха нужната подкрепа, здравният министър Кирил Ананиев направи заявка за нов опит. С надеждата да е последен, след което проектът да бъде предложен за обсъждане от кабинета. От изтеклия съкратен вариант на реформата става ясно, че ключов момент е идеята за демонополизация на здравната каса, т.е. пациентите да избират между няколко фонда, които да управляват парите им за здраве и да се конкурират помежду си (виж карето).

За нуждата от подобна крачка се говори от години и тя е важна, ако здравната услуга ще става по-добра и по-ефективна. Още повече че по данни на Световната банка българите доплащат за прегледи, лечение и лекарства толкова средства, колкото внасят в здравната каса под формата на осигуровки.

Всяка добра идея обаче може да бъде опорочена в зависимост от начина, по който се реализира на практика. В съкратената изтекла версия на новата реформа дяволът също изглежда да се крие в детайлите.

На изпит без домашно

Да започнем оттам, че преди да се предложи какъвто и да е нов модел на финансиране в здравния сектор, са нужни няколко базови параметри - колко са хората, които ползват здравни услуги, какви пари са нужни и как да бъдат събирани те. И тук е един от

основните проблеми - за 20 години работа на здравната каса здравните услуги не са реално остойностени, а част от тях са с цените си от далечната 1999 г. Ето и пример - НЗОК плаща еднакво за лечение на сърдечна недостатъчност, независимо дали пациентът е с подобрене, дали е лекуван от професор или просто е постоял в една болница и след това е препратен в друга, както и независимо дали пациентът има придружаващи заболявания.

Така в момента цените на медицинските услуги са на стойност, която се определя от монополната здравна каса в зависимост от събраните здравни вноски или от това дали лобито на съответната специалност е по-мощно.

Този модел влачи след себе си куп проблеми: тъй като клиничните пътеки за лечение в болница по правило не покриват истинските разходи на клиниката, болниците са мотивирани да приемат повече пациенти с по-леки диагнози, които няма причина да бъдат хоспитализирани, за да могат да покрият терапията на тежките случаи. Това изкривява крайните данни, които получава НЗОК. Отчетите за клинични пътеки, които получава, не представят реалното състояние на лекуваните пациенти, нито дават яснота дали те са наистина излекувани.

Ето защо въпреки огромните си инвестиции в информационни системи през годините държавата и до момента няма коректни данни колко са болните българи, какви придружаващи заболявания имат и от какво лечение се нуждаят, за да прогнозира поне приблизително реалните нужди от медицински услуги.

Моделът на Ананиев обаче не говори за реално остойностяване и реални регистри, което обрича в зародиш идеята. Без тях никой не би рискувал да създаде частен здравен фонд, който със събраните средства е задължен да предоставя услуги, чиято истинска стойност е неизвестна.

Кой ще плаща

Вторият въпрос е как ще се осигури равнопоставеност между различните осигурени. Реално здравни вноски внасят 1.7 млн. души, работещи в частния сектор и самоосигуряващи се. а към това число се добавят и около 200 хил. държавни служители, армията, полицията, съдебната система, чиито вноски покрива държавата.

Отделно от това държавата плаща непълни здравни вноски на двете групи, които потребяват най-много здравни услуги - 2.6 млн. пенсионери и 1.3 млн. деца. Тя покрива и здравните вноски на още 330 хил. души - майки, студенти и безработни.

Отделно от всичко това 1.3 млн. души в България са без здравни осигуровки и за 800 хил. от тях няма данни дали са в чужбина и защо не се осигуряват.

Вероятно заради факта, че в момента парите за здраве се използват на солидарен принцип - образно казано, от вноските на здравите и работещи се финансира лечението на пенсионерите и децата, се предлага вноските да продължат да се събират, както и в момента, от Националната агенция за приходите. След това те ще се разпределят към частните и държавния фонд по формула, определена от КФН. Според формулата фондовете ще получават осреднена вноска за всеки, записан при тях. От първоначалния текст не е ясно дали тя ще се изчислява за всеки фонд, или ще е за цялата система. Но първият вариант е по-вероятният, тъй като пък фондовете трябва да формират гаранционен и резервен фонд.

Тъй като държавата внася доста по-малко от реално дължимите от нея вноски за 4.5 млн. души, тази средна сума също няма как да е реалистична. Проектът на Ананиев не говори и за този проблем, но загатва, че ще бъде оптимизиран основният пакет медицински услуги, които държавната и частните здравни каси ще покриват. Намаляването на основния пакет ще бъде непопулярно политическо решение, от което здравното министерство всякак се опитва да избяга. Преди време ведомството беше изчислило, че здравната каса може да поеме плащането само на най-евтините здравни

услуги, а оттам нататък всяко лечение се поема от частни фондове срещу минимална допълнителна месечна вноска от 12 лв. Това се прие като абдикация на държавата от лечението на най-тежко болните пациенти и срещна съпротива от всички страни. Сега отново няма отговор на въпроса как да бъде намалено или премахнато доплащането за здраве от джоба при същата здравна вноска, както и кой ще плаща за най-тежко болните.

И малко монопол за разкош

Двустълбов здравен модел е възможен на практика. Пример е Холандия - европейската държава, в която традиционно жителите са най-доволни от медицинските услуги, които получават. Разликата с България обаче е, че там всички фондове и лечебни заведения са частна собственост и няма привилегирани държавна здравна каса и държавни болници.

Тук в модела на Ананиев частните осигурители няма да имат право да притежават лечебни заведения, докато за държавата няма такова ограничение. В същото време те ще трябва да осигурят здравна услуга за всеки, който се е записал при тях. Така в някои части на страната частният фонд ще изпадне в ситуация да трябва да сключи договор с местния регионален монополист - държавната болница. Тя обаче е собственост на здравното министерство, управителят ѝ се назначава от здравния министър и клиниките се управляват по единен финансов стандарт, разписан от същия този министър.

Краткият текст, че фондовете трябва да имат национално покритие, се тълкува от анализаторите в сектора като задължение за договор с болница в съответния район. Това обаче ще е ограничаващо: ако на частния фонд не му харесват цените и условията в болницата в Търговище например, той няма да има право да измисли алтернатива - например да изгради собствена клиника или да регистрира частна спешна помощ с 10 линейки и да кара пациентите в съседните Варна или Шумен.

Това ще продължи да поддържа на системи огромната и рушаща се медицинска инфраструктура, вместо да позволи конкуренцията да я оздрави.

Калоян Стайков, икономист в Института за пазарна икономика

Добра идея, но не по този начин

Демонополизацията на здравната каса е принципно добра идея, въпросът е как се прави. Ако бъде направена по начина, по който се предлага в момента, монополът на здравната каса няма да бъде разрушен. Здравната каса в момента е в привилегировано положение, а според проекта, ако не си изберат частен фонд, пациентите ще бъдат служебно разпределени в НЗОК. Повечето хора не са активни в избора си и ще се получи служебно разпределение, както при пенсионните фондове. Това ще промени принципа на конкуренция, тъй като частните фондове няма да имат достъп до клиенти. Според проекта, когато частният фонд изпитва финансови затруднения, той трябва да се справя сам, а когато здравната каса има дефицит, зад нея, както и сега, ще застане държавният бюджет. По същия начин, по който сега държавата не допуска болниците да фалират, можем да си представим какво ще стане, ако бъде Заплашена касата. Освен това частните фондове няма да имат право да притежават лечебни заведения, за разлика от държавата. Предвидено е всеки фонд сам да договаря количество, качество и обем на здравно осигуряване. Ако държавната здравна каса остане най-големият фонд, логично държавата ще получи по-добри условия за държавните болници, защото се договаря сама със себе си, а това автоматично ще изкриви процеса на договаряне и конкуренцията.

Мими Виткова, изпълнителен директор на здравноосигурителен фонд „Доверие“

Нищо няма да се промени

Ако целта е да не се промени нищо и да остане сегашният батак в здравеопазването, досега известният проект за здравен модел е възможно най-подходящото решение. В края на миналата година работните групи по промените в модела приключиха своята работа със заключение, че държавата трябва да предостави финансови анализи кое колко струва, за да може да се продължи нататък. Сега се оказва, че след една година се връщаме на единия от двата варианта, предложени през септември 2018 г., и то към този, който тогава е бил обявен за по-неподходящ, и допълнение той е направен по-невъзможен, като е поставена бариера от 1 млн. записани, за да се лицензира дружеството. Трябва да тече нов процес на прелицenziране на осигурители, които веднъж вече бяха превърнати в застрахователи, а сега трябва отново да стават само Здравни осигурители и да има ново лицензиране при неясно какви условия. В проекта частните Здравни фондове са оставени да се справят сами без правила в джунглата на здравеопазването, доминирано от държавни болници.

С досега известните предложения държавата показва, че се стреми да се отдръпне от ангажиментите си в здравния сектор, които има по конституция, и да ги прехвърли на частните дружества. Според мен след обсъждането на новото предложение пак няма да има национален консенсус за реформа, монополът на здравната каса няма да се разруши и гражданите ще си останат в нея, въпреки че признават, че средствата им там се управляват лошо.

Какво се предлага

Проектът, който се очаква Здравното министерство да лансира на 15 юли, предвижда демонополизация на здравната каса и това тя да се конкурира За задължителните здравни вноски с частни фондове. Последните трябва да съберат минимум 1 млн. осигурени, за да бъдат лицензирани от КФН. Те ще могат да формират печалба, която ще могат да разпределят за фонд „Резервен“, гаранционен фонд за случаите на изпадане и несъстоятелност и дивиденди За мениджмънта. При изпадане в несъстоятелност повече от един месец на някой от фондовете пациентите ще бъдат пренасочвани към НЗОК, ако не направят доброволен избор на друг частен фонд. Финансирането ще е с вноските на осигурените в съответния фонд (8% от заплатата) плюс задължителна потребителска такса. Целта ѝ е контрол от страна на пациента върху обема на извършените медицински услуги, като фондовете ще могат да поемат

частта на потребителската такса за своя сметка. Размерът ѝ не е посочен, но вероятно ще бъде по-висок от сегашните 2.90 лв. за преглед при лекар в извънболничната помощ и 5.80 лв. на ден при престой в болница. Фондовете сами ще избират с кои общопрактикуващи лекари, медицински центрове и болници да работят. Има обаче изискване да има покритие на територията на цялата страна, което не е напълно ясно какво означава. В същото време ще е забранено пациентите да се селектират на каквато и да е база.

В проекта е предвидено и всяко лечебно заведение да може да формира собствена цена. До момента цените на основния пакет услуги се договаряха с лекарския съюз. Фондовете ще могат да предлагат и доброволно Здравно осигуряване (т.нар. втори стълб) - допълнителни услуги над задължителния пакет срещу допълнително Заплащане.