

ПРЕСКЛИПИНГ

13 януари 2020 г., понеделник

www.zdrave.net, 10.01.2020 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n11683>

Д-р Дечев с остро писмо към национална телевизия

Управителят на НЗОК д-р Дечо Дечев е изпратил до изпълнителния продуцент на сутрешния блок на Нова телевизия г-жа Мариета Фидосиева писмо във връзка с излъчен по националната медия репортаж. Става въпрос за момиче, на което според репортажа НЗОК е отказало да заплати диетични храни. Според управителят на касата репортажът е едностранчив и има манипулативен характер.

Ето и пълния текст на писмото:

„Във връзка с репортаж на Нова телевизия, озаглавен „Защо млада жена остава без животоподдържащо лечение?“, излъчен в рубриката „Здравей, България!“ на Сутрешния блок на 9. януари 2020 г., в който репортерът Искра Урумова разказва историята на 20-годишно момиче от Добрич, на което Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е отказала да заплати диетична храна за специални медицински цели, Ви информираме следното:

Пациентката кандидатства за отпускане на диетична храна за специални медицински цели в НЗОК, като е подала изискуемите документи – Заявление по Наредба 2 от 27. март 2019 г. на Министерството на здравеопазването (МЗ) и медицинска документация от УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, Клиника по терапия на вътрешните болести, метаболитно-ендокринните заболявания и диететика – етапна епикризи от 12. юни 2019 г. В етапната епикриза няма препоръка за прилагане на заявената диетичната храна. Освен това, в кратката характеристика на диетичната добавка, за която кандидатства пациентката, е описано, че тя не е подходяща, като самостоятелен хранителен източник и ползването ѝ се осъществява под медицинско наблюдение.

Въпреки това, НЗОК се свърза с официалния вносител на диетичната храна за специални медицински цели и – по негови данни, е установено, че тази храна не се реимбурсира от обществените фондове на нито една друга държава членка на Европейския съюз – каквото е изискването на Наредба 10 на МЗ, за да може касата да я заплати.

Нещо повече, в етапната епикриза, издадена от лечебното заведение, са предписани хранителен диетичен режим и две диетични храни за домашно лечение, които фигурират в Списъка на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК и се назначават от лечебното заведение с протокол. Пациентката и в момента получава по здравна каса назначените в етапната епикриза две диетични храни за домашно лечение.

Бихме искали да подчертаем, че журналистката Искра Урумова не се е свързвала с Пресцентъра на НЗОК за информация по темата и едностранно е отразила единствено мнението на майката на пациентката. Считаме, че това не отговаря на критериите за достоверност и обективност в отразяване на проблема.

Тъй като действително съществуват нормативни пропуски, които затрудняват заплащането от НЗОК за пациенти на възраст над 18 години, на 8. януари 2020 г., д-р Дечо Дечев, управител на Националната здравноосигурителна каса, е изпратил писмо до министъра на здравеопазването - г-н Кирил Ананиев, за да се предприемат мерки за отстраняването им.

За пореден път в предаването „Здравей, България!“ на Сутрешния блок, което Вие представлявате – за разлика от други разследващи рубрики на Нова ТВ, се излъчват

материали с манипулативен характер, които – може би, имат за цел да отклонят вниманието на аудиторията от действително важни за обществото теми.

Считаме, че ролята на медиите, като медиатор между институциите и обществото, не е да насажда негативизъм, а да спомага за решаването на проблемите. Още повече, че в случая са нарушени законови разпоредби, на база на които НЗОК издава съответното разрешение.

Националната здравноосигурителна каса разчита на сътрудничеството с медиите за стриктното спазване на законите на Република България, като се отстояват както правата на пациентите, така и целесъобразното изразходване на обществения ресурс.“

www.skener.news , 11.01.2020 г. TC "www.skener.news" \f C \l "1"
<http://skener.news/2020/01/11/%D1%88%D0%B5%D1%84%D1%8A%D1%82->

Шефът на НЗОК с остри критики към здравния министър

Болниците са много, източва се касата с фиктивни дейности и лобистки закони, а реформи няма, заяви д-р Дечо Дечев и обяви своето оттегляне през март

Управителят на НЗОК д-р Дечо Дечев отправи сериозни критики към здравния министър Кирил Ананиев. „В няколко случая през миналата година каруцата беше поставена пред коня. Първият случай беше с тези 50 милиона лев за сестрите, за които беше обещано, че ще се дадат от бюджета на държавата. Най-парадоксалното е, че това го предлагат хора, на които професионалният живот е минал в правене на бюджети. Именно тези хора трябваше да знаят, че това е невъзможно да се случи в един модел, в който приходите на една болница се получават на база дейност. Оказа се, че няма как да се дадат тези 50 млн. лева и беше казано – да ги даде касата. Но как НЗОК да ги даде? Единственият начин е като се повишат цени на определени дейности. Повишиха се цени, това не доведе до нищо и след три месеца тръснахме друга идея, без касата да знае – увеличаваме цени на клинични пътеки, даваме 200 милиона и поставяме фонда пред свършен факт. Реалният резултат е такъв – ние наказваме работещите болници. Два пъти разбрахме, че котлонът пари и продължихме да го пипаме,“ коментира ситуацията в сектора д-р Дечев пред Дарик радио.

По думите му министър Ананиев и заместничката му Жени Начева са прокарали лобистки текстове, в които за частните болници е било забранено на касата да иска финансови показатели. „Държавните и общинските болници да дават отчети как са похарчили парите си, а частните да не дават. Второто нещо, което направиха – извадиха частните болници от задължителните обществени поръчки, които се провеждат, когато се харчи обществен ресурс. Това доведе до огромни девиации. Примерно – едно и също конкретно лекарство на един и същи производител, когато се отчита от държавна и общинска болница, се заплаща от касата на 150 лева, а когато се отчита от частна, го плащаме на цена от 1050 лв. Разликата е 7 пъти. Защо ви ги казвам тези неща? Защото всеки греша, но разумният човек си вади изводи и не повтаря грешките си. Ние обаче – един път пипаме котлона, втори път, трети път – животно да беше, щеше да се научи, че котлонът пари. Ние обаче не се научихме,“ посочи управителят на НЗОК.

Според д-р Дечев, се налага „основен ремонт“ на НЗОК, защото институцията не е адекватна на промените, които са настъпили в последните 20 години от съществуването ѝ. По думите му не повече от шест районни каси за цялата страна са достатъчни, а не 28, както е в момента, но една година преди парламентарни избори такава ревизия била невъзможна. „Вече можем да говорим за една организирана система за отчитане на дейности, които са извършени или в по-малък обем, или изобщо не са извършени. Нужна

е ревизия на броя на болниците. Ако съществуващият ресурс се инвестира в по-малък брой лечебни заведения, отколкото са тези 387, с които касата в момента има договор, парите ще бъдат достатъчни, без да се нарушават достъпът и качеството на лечението. А екипът на МЗ и тази година не успя да свърши – национална информационна система. За пореден път и тази година се провали внедряването на електронната борса за лекарствата, за пореден път и тази година темата за промяна на осигурителния модел бе отложена. Медицинските стандарти, правилата, по които се работи – там е много тревожно положението. Фармако-терапевтични ръководства, които определят унисона на терапиите – също нищо не се направи. Всичките тези неща са извън дейността на НЗОК. Не бягам от отговорност, но казвам кои са нещата, които биха довели до вкарване на нашата система в рамките на този ресурс, който е значително по-малък, отколкото трябва да бъде“, обясни д-р Дечев.

Той обаче добави, че за да се случат всички тези неща, трябва да има унисон в действията на екипа на касата с екипа на министерството, визирайки, че в сега такъв няма. „Аз си отивам на 12 март, защото ангажиментът, който съм поел, е за един мандат, който изтича тогава“, обяви оттеглянето си от поста д-р Дечо Дечев.

www.bnr.bg , 12.01.2020 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"
<https://bnr.bg/varna/post/101213953/upravitelat-na-nzok-zaradi-lobistki-zakoni-i-reshenia-chastni-bolnici-iztochvat-finansite-na-kasata>

Управителят на НЗОК: "Заради лобистки закони и решения частни болници източват финансите на касата"

Заради лобистки текстове в закона здравната каса заплаща едно лекарство за частна болница на 7 пъти по-висока цена, отколкото същото за държавна и общинска, каза пред Дарик управителя на НЗОК Дечо Дечев. За една голяма част от частните болници на касата беше забранено да иска финансови показатели. Тоест, държавните и общинските болници да дават отчети как са похарчили парите си, частните да не дават. Второто нещо, което направиха - извадиха частните болници от задължителните обществени поръчки, които се провеждат, когато се харчи обществен ресурс- каза още Дечев. Това според него е довело, за едно и също конкретно лекарство на един и същи производител, когато се отчита от държавна и общинска болница, да се заплаща от касата на 150 лева. Когато се отчита от частна болница, касата го заплаща на 1050 лв поясни управителя на касата.

Той остро разкритикува и обещанието на правителството за допълнителни 50 млн. лв. за медицинските сестри. Според него, това не е било възможно да се случи в един модел, в който приходите на една болница се получават на база дейност. След като е било разпоредено да ги даде касата, тя е трябвало да повиши цени за определени дейности, за да набави средствата. Според Дечев и това не е довело до резултат, след което цените на клиничните пътеки са били повишени без касата да е уведомена. „Реалният резултат е, че наказаме работещите болници“- допълни той.

Според него, за начало е нужна ревизия на броя на болниците. Ако съществуващият ресурс се инвестира в по-малък брой лечебни заведения, отколкото са тези 387, с които касата в момента има договор, парите ще бъдат достатъчни, без да се нарушават достъпът и качеството на лечението. Второто е нещо, което екипът на здравното министерство и тази година не успя да свърши - национална информационна система. За пореден път и тази година се провали внедряването на електронната борса за лекарствата, за пореден път и тази година темата за промяна на осигурителния модел бе отложена- каза шефа на здравната каса.

Дечев приключва работата си начело на касата на 12 март и обяви, че няма да се съгласи на нов мандат.

www.banker.bg, 12.01.2020г. ТС "www.banker.bg" \f C \l "1"
<https://www.banker.bg/obshtestvo-i-politika/read/upraviteliat-na-nzok-napuska-s-razkritiia-kak-lekarstva-se-nadplashtat-7-puti>

Управителят на НЗОК напуска с разкрития как лекарства се надплащат 7 пъти

Д-р Дечо Дечев обяви напускането си от Националната здравно осигурителна каса. Той поясни, че е поел ангажимент в рамките на този мандат, който приключва на 12 март. Дечев разкритикува водената от здравния министър Кирил Ананиев политика като даде пример за прокарани лобистки текстове в закона, заради които здравната каса заплаща едно лекарство за частна болница на 7 пъти по-висока цена, отколкото същото за държавна и общинска.

"Примерно – едно и също конкретно лекарство на един и същи производител, когато се отчита от държавна и общинска болница, се заплаща от касата на 150 лева, а когато се отчита от частна, го плащаме на цена от 1050 лв. Разликата е 7 пъти. Защо ви ги казвам тези неща? Защото всеки греша, но разумният човек си вади изводи и не повтаря грешките си. Ние обаче – един път пипаме котлона, втори път, трети път – животно да беше, щеше да се научи, че котлонът пари. Ние обаче не се научихме", коментира Дечев пред "Дарик".

По думите му за една голяма част от болниците - частните - е било забранено на касата да иска финансови показатели. Тоест, държавните и общинските болници дават отчети как са похарчили парите си, а частните - не.

Той отправи критика и към обещанията от правителството през пролетта 50 млн. лв. за заплати на медицински сестри .

"В няколко случая през годината каруцата беше поставена пред коня. Първият случай беше с тези 50 милиона за сестрите, за които беше обещано, че ще се дадат от бюджета на държавата. Най-парадоксалното е, че това го предлагат хора, на които професионалният живот е минал в правене на бюджети. Именно тези хора трябваше да знаят, че това е невъзможно да се случи в един модел, в който приходите на една болница се получават на база дейност. Оказа се, че няма как да се дадат тези 50 млн. и беше казано - да ги даде касата. Касата как може да ги даде? Единственият начин е като се повишат цени на определени дейности. Повишиха се цени, това не доведе до нищо и след три месеца тръснахме друга идея, без касата да знае - увеличаваме цени на клинични пътеки, даваме 200 милиона и поставяме касата под свършен факт. Реалният резултат е такъв - ние наказваме работещите болници. Два пъти разбрахме, че котлонът пари и продължихме да го пипаме", каза д-р Дечев.

Според него е необходимо и да се намали броят на болниците в страната, включително чрез обединение, реструктуриране и т.н.

"Ако съществуващият ресурс се инвестира в по-малък брой лечебни заведения, отколкото са тези 387 в момента, с които касата има договор, парите ще бъдат достатъчни, без да се нарушава достъпът и качеството на лечение. Категорично ви го казвам. Много тежко политическо решение", заяви д-р Дечев.

www.investor.bg, 10.01.2020 г. ТС "www.investor.bg" \f C \l "1"
<https://www.investor.bg/ikonomika-i-politika/332/a/reglamentira-se-kak-farmaceutichnite-kompanii-shte-vryshtat-pari-na-nzok-296466/>

Регламентира се как фармацевтичните компании ще връщат пари на НЗОК

Слага се краен срок, в който НЗОК спира да заплаща лекарствени продукти, за които не са договорени задължителни отстъпки

Министерството на здравеопазването предлага нов регламент, по който фармацевтичните компании ще връщат пари на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Докато се проследява ефектът от терапията на лекарствата, за които е определена такава процедура, тези продукти ще бъдат заплащани ежемесечно от Касата на аптеките и на лечебните заведения-изпълнители на болнична медицинска помощ и едва след като се установи, че при определени пациенти е налице липса на резултат от терапията, направените разходи на НЗОК за лекарствените продукти за тези лица ще трябва да се възстановяват от фармацевтичните компании. Това предвижда публикуваният за обществено обсъждане проект за изменение на Наредба 10, с който се регламентира заплащането на лекарствата, за които се извършва проследяване на ефекта от терапията.

При действащата редакция на Наредба № 10, съответстваща на редакцията на Закона за здравното осигуряване преди промяната му със Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) за 2020 г., е допустимо сключване на договори за заплащане на лекарствените продукти с режим на проследяване на ефекта след отчитане на резултата от терапията, което на практика води до невъзможност за прилагането на тази уредба. Причината е обстоятелството, че докато не се установи наличие на резултат от терапията, лекарствените продукти следва да се отпускат от аптеките, респ. от болниците, без през този период да бъдат заплащани от НЗОК, което води до финансови тежести за тях, посочва се в мотивите на министерството.

Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти е длъжен да предоставя на НЗОК събраната в хода на проследяването информация във вид, подходящ за анализ, на всеки шест месеца, записано е още в предложениния проект.

По регламентиран ред НЗОК ще предоставя справка на притежателите на разрешение за употреба за заплатените от Касата средства за даден лекарствен продукт през определен период, за пациентите, при които е налице липса на резултат от терапията, както и ред за възстановяване на тези средства на здравния фонд.

С предложениния проект наредбата се допълва в частта ѝ относно провеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки. Предвижда се краен срок за сключване на договорите за задължителни отстъпки и за прилагане на механизма – 1 март на годината, за която се отнасят, като същите влизат в сила от 1 януари на посочената година. Регламентира се датата, от която НЗОК спира да заплаща лекарствените продукти, за които не са договорени задължителни отстъпки; правните последици при неключване на договори в установения срок; последиците при отпадане на условията, при които един продукт подлежи на задължителна отстъпка. Регламентира се срок за провеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпка, когато в течение на годината за един лекарствен продукт възникнат условията за това, както и срокове за договаряне на задължителни отстъпки за лекарствените продукти с ново международно непатентно наименование, включени в Позитивния лекарствен списък преди, респективно след, 30 септември на годината.

В проекта се предвижда също механизмът, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК, да се приема ежегодно с решение на Надзорния съвет на НЗОК съобразно

предвидените бюджетни средства за лекарствени продукти за съответната година. Мярката е свързана с риска от превишаване на бюджетните средства на Касата за лекарствени продукти. Предлага се по-подробно регламентиране на информацията и справките, които Касата публикува или предоставя на фармацевтичните компании за брунтните и нетните разходи на НЗОК за лекарствените продукти, както и информация за превишенията на бюджетните разходи по отделните основни групи лекарствени продукти.

Според министерството най-същественят резултат от ежегодното приемане на механизма е, че ще се постигне по-голяма гъвкавост и възможност същият да се базира и да отразява реалните бюджетни възможности на НЗОК за лекарствени продукти за съответната година.

По статията работиха: Евгения Маринова, редактор Елена Илиева

www.zdrave.net, 10.01.2020г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"

<https://www.zdrave.net/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/n11685>

Доц. Любомир Киров, председател на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари:

Наредбата за специализациите трябва да придобие друг вид

Удовлетворени сме от новия рамков договор

Невена Попова

Доц. Киров, Националният рамков договор вече е факт. Удовлетворени ли са общопрактикуващите лекари, от постигнатите договорености?

Да, категорично. Нашите основни предложения бяха възприети в преговорния процес, в други случаи НЗОК оттегли някои свои, които се преценяваха като неразумни. Разбира се, имаше и неща, които бяха възприети под условие, те са свързани главно с предоставянето на информация. По този повод искам да кажа за пореден път, че работата по въвеждането на електронното здравеопазване най-сетне трябва да приключи, за да няма повече излишни импровизации и безсмислено напрежение.

Известно е, че НРД се сключва за период от 3 години, това е един относително по-дълъг срок, но аз мисля, че ако възникнат някои проблеми, ако се окаже че има неефективни решения, ще се намери начин да се внесат промени и да се намери по-рационален вариант.

Какви са очакванията Ви за посоката, в която ще се развива здравеопазването през 2020 г. ?

За тази година нещата са ясни, НРД е подписан, а това е основен документ, който поставя финансовата рамка и определя начина на функциониране на системата. Затова ще коментирам какво трябва да очакваме през 2021 г. По мое виждане наредбата за специализациите трябва да бъде доработена, защото сега не е във вида, в който трябва да бъде. Правилата за работа на специализантите трябва да станат по-ясни, да бъдат облекчени в съответната финансова рамка, заплащането на младите специализиращи лекари да бъде по-високо. Обичаме да казваме, че това е въпрос на национална сигурност и това е така. Осъзнаваме го, всеки го казва, но никой не предприема мерки, които водят към промяна. Ако това не се случи обаче, в следващите 5 години ще имаме много големи проблеми. Трябва да си даваме сметка, че това неминуемо ще се случи, ако нещо не се промени.

Ето, че пак разговорът тръгна към проблемите на системата. Кои са те, най-общо казано?

Необходима е реорганизация на системата, но не тотална смяна, а промяна, която трябва да върви в две посоки. Много хора, в това число и в управлението, не разбират същината на това, което трябва да се случи и то се дължи на смесването на двете понятия – „здравеопазна

система“ и „система на здравното осигуряване“, а това са две различни неща. Здравното осигуряване набира средства за функционирането на здравеопазната система. И там нуждата от промяна е очевидна. На първо място трябва да се реши въпроса с броя на неосигурените у нас, който никак не е малък. След това трябва да са помисли и за размера на здравната вноска – 8%, който категорично не е достатъчен, за да гарантира достатъчно средства за нормална работа.

Не мога да приема една често повтаряна мантра: „Българинът вади много пари от джоба си за доплащане“. Да, българинът плаща допълнителни пари за консумативи и медицински изделия, които са необходими за лечението му, но тези пари не отиват в ничий джоб – нито на лекаря, нито на някой друг. Те отиват за лечение на пациента и той трябва да го осъзнае, да го осмисли. Фактът, че има доплащане означава единствено, че средствата не достигат и онова, което здравното осигуряване не покрива, следва или да бъде заплатено по някакъв начин или осигурителната система да бъде така променена, че да може да осигурява достатъчно пари. Друг много важен проблем е заложен в лесното влизане в здравноосигурителната система. Можеш да не си плащал здравни осигуровки 20 години, да заплатиш някаква сума за кратък срок назад и да влезеш в системата, като получиш на момента възможност да ползваш всички услуги, които тя предлага.

За недостига на пари трябва да се говори ясно, точно, открито и почетно.

В последните месеци за пореден път бяхме свидетели на немалко прояви на агресия срещу медици. Очевидно, проблемът е хроничен, но това отново извежда на преден план въпроса за необходимостта от по-строги мерки срещу нападателите. Какво е Вашето мнение по тази тема?

Трябва да има строги мерки срещу агресията у нас въобще. Защото тя е навсякъде, медицината е само едно от полетата на проявлението ѝ. Агресия има на улицата, по пътищата, в училище, има и домашно насилие. Наистина, много строги закони трябва да се въведат и да се прилагат, но не трябва да се мисли само за наказанието, а и за много други неща. И ако се върнем на нашата професия, ще стане ясно, че ние, медиците се опитваме да помогнем, а срещу нас се изправя някой, който иска да ни навреди. Ето това добавя и един друг нюанс на проблема и той заслужава по-дълбоко разсъждение и осмисляне.



ТС "В. Монитор" \f C \l "1"

11-12.01.2020 г., с. 6

Лекарският съюз иска да отнема права на доктори

Силвия Николова

Българският лекарски съюз настоява за възможността да налага финансови санкции и дори да отнема права за упражняване на професията така, както се практикува в много страни от Европейския съюз. Това съобщи председателят на Софийската колегия д-р Асен Меджидиев и уточни, че вече са направени постъпки пред институциите. Съсловната организация иска час по-скоро да бъдат приети и въведени в действие правилата за добра медицинска практика, които описват стъпка по стъпка какво трябва да прави всеки медик при диагностицирането и лечението на пациента.

Към момента въпросните правила все още не са написани по специалности, макар и за тях да се говори от преди десетина години, припомниха запознати. Въз основа на тях се проследява терапията и се отчита има ли допусната медицинска, респективно лекарска грешка или не, когато се стигне до съдебно дело.

От януари миналата година в нормативната уредба беше направена промяна, според която след написването и въвеждането им оценката по тях не бива да се прави от

централната и регионалните етични комисии на Лекарския съюз, а от Изпълнителната агенция „Медицински надзор“.

От направените проверки на ИАМН по сигнали, жалби и самосезиране преди година само 8,5% са се оказали в резултат на медицински грешки, припомни проф. Владимир Овчаров от Факултета по обществено здраве на Медицинския факултет в София.

www.news.bg, 12.01.2020 г. ТС "www.news.bg" \f C \l "1"

<https://news.bg/health/bls-predlaga-novi-meditsinski-pravila-s-tsel-izbygvane-na-lekarskite-greshki.html>

БЛС предлага нови медицински правила с цел избягване на лекарските грешки

Антония Чорева

Нови медицински правила за оценка на лекарските грешки по модел на френската здравна система е предложил Български лекарски съюз. Това стана ясно по време на семинар "Лекарска грешка или неблагоприятния изход от лечение", който събра представители на Лекарския съюз, лекари и юристи.

Идеята е да се определят правила и норми за работа във всяка медицинска специалност, които да следват алгоритъм при изпълнението на задълженията, обясни д-р Асен Междедиев, председател на Столичната лекарска колегия на Български лекарски съюз. Според предложението, най-добрите експерти във всички специалности трябва да изготвят правила за диагноза и лечение във всяка специалност.

Целта - когато се направи лекарска грешка, да се знае точно къде е сбъркан алгоритъмът при диагнозата или лечението. Предложението е отправено към здравните институции миналата година, а правилата са преведени от френски език.

У нас няма точна дефиниция за лекарска грешка, бяха категорични и от двете страни - лекари и юристи.

"Това е съдържание, което няма юридическо измерение", каза адвокат Иван Сотиров, който бе лектор на семинара. По думите му в България се използва директива на Европейския съюз за определяне на лекарска грешка, но тя е интерпретирана свободно в няколко български закона. Юристът посочи, че в България няма и регистър на лекарските грешки, какъвто има в други страни. Това би помогнало да се проследи в какви случаи най-често се допускат такива грешки и да се работи върху това.

В тази връзка адв. Иван Сотиров посочи, че у нас няма ясни правила за добра медицинска практика. Именно от този факт идва и предложението на Лекарския съюз да се вземе френския модел, където има такива правила при всяка отделна специалност.

"Да се сезира прокуратурата стана модерен и употребяем термин", каза депутатът и юрист Явор Нотев. По думите му в "лекарските дела" решенията на съда са натоварени емоционално, а мотивите често са като другарски съд. "Най-често осъжданите лекари са заради небрежност", защото това е единствената дефиниция за лекарска грешка, която е ясна в българското законодателство. А на практика този вид дела се основават дословно, пресъздавайки съдебно-медицинските експертизи.

www.bnr.bg, 12.01.2020 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"

<https://bnr.bg/horizont/post/101213971>

Създават национални съвети на сестри, акушерки и фелдшери

Ще бъдат създадени национални професионални съвети на медицинските сестри, акушерките, фелдшерите, рехабилитаторите и лаборантите.

Това предвижда промяна в устава на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи, която беше одобрена на нейния пети конгрес.

На Петия конгрес на професионалистите по здравни грижи е решено до два месеца да са готови професионалните консултативни съвети, които ще дават становища и промени в правното регламентиране на професията.

Председателят на съсловната организация Милка Василева е изтъкнала като успех, че в резултат на петгодишни усилия в Колективния трудов договор за 2018 година за придобити сертификати и специалности има надбавки към заплатата.

Все още без успех оставало искането държавата да поеме два дни платен служебен отпуск за продължаващо обучение.

Същевременно обаче в декларация практикуващите фелдшери и лекарски асистенти обявиха, че не припознават Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи като своя организация, която работи за тяхното продължаващо обучение, а конгресът е нелегитимен поради нереално проведен избор на делегати.

Вили Батакчиева от Центъра за спешна медицинска помощ в Пловдив заяви:

"Ние искаме да се грижим за професията си по отношение на нейното усъвършенстване и развитие, защото в рамките на Българската асоциация по здравни грижи няма нито една програма, въпреки, че те говорят, че това е основната им дейност - да подпомагат и да развиват професиите в здравеопазването. Колко такива има за фелдшери? Нито една. Не очакваме председател на организацията, който е сестра, да познава какво правим ние".

24 часа

ТС "В. 24 часа" \f C \l "1"
13.01.2020 г., с. 5

Бави се пускането в „Държавен вестник“ на рамковия договор

Националният рамков договор (НРД) за медицински дейности, който регламентира отношенията на джипитата, специалистите и болниците със здравната каса, все още не е обнародван в „Държавен вестник“, установи „24 часа“.

Това затруднява работата на изпълнителите на медицинска помощ, тъй като с НРД бяха направени редица промени в сектора, които на практика не могат да заработят, докато договорът не се обнародва.

Една от тях е разписването на стандартите за работна заплата в болниците. За тях бе определено, че лечебните заведения ще заделят 50% от приходите си по клинични пътеки, 80% от които, разпределени в съотношение 1,6:1, ще бъдат съответно за лекари и професионалистите по здравни грижи (медицински сестри, лаборанти, акушери).

Именно това обаче е и причината за забавянето. За да може текстовете, уреждащи разпределението, да влязат в НРД, те трябва да са приети в закон, което наложи да се правят промени в сега действащите разпоредби. Въпреки че обещанията стандартът за разпределението на заплатите да залегне в НРД 2020 бяха дадени поне месец преди подписването му на 23 декември, необходимите законови промени бяха подготвени едва след Нова година. Миналата седмица Министерският съвет вкара в парламента законопроект за промени в Закона за лечебните заведения, през който се променя и Законът за здравното осигуряване. Именно там е залегнал и необходимият текст за заплатите, но тепърва проектът ще се разглежда от депутатите в ресорната комисия, а след това и в пленарната зала. Парламентът стартира тази сряда новата си сесия след ваканцията за

Коледа и Нова година. Не е ясно колко време ще отнеме приемането на две четения на проекта, преди да може да се обнародват и новият закон, и рамковият договор и съответно да започнат да се прилагат.