

ПРЕСКЛИПИНГ

13 декември 2019 г., петък

www.bnr.bg, 12.12.2019 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"
<https://bnr.bg/horizont/post/101203408/obshtopraktikuvashiti-lekari-preduprejdavat-za-problemi-s-nrd-2020>

Лекари предупреждават, че на хронично болни може да се наложи да плащат за повечето лекарства

Автори: Маргарита Иванова, Гергана Хрисчева

От Сдружението на общопрактикуващите лекари в София предупреждават, че в проекта за Рамковия договор за 2020 година има текстове, които ограничават правото да се лекуват хронично болните пациенти с лекарствени продукти, заплащани от Здравната каса. Според Сдружението, така хора с тежки заболявания като диабет, сърдечна недостатъчност и по-тежките форми на хипертония ще трябва да купуват по-голямата част от необходимите им медикаменти на свободни цени.

От Пациентски организации „Заедно с теб“ в обръщение до медиите посочват, че са силно притеснени от тези факти и от това, че се крие проекта на Рамковия договор.

Според проекта на Рамковия договор, личните лекари ще могат да изписват не повече от три препарата, а когато се използват комбинирани лекарства - не повече от два медикамента за хора с тежки заболявания като диабет, сърдечна недостатъчност, по-тежките форми на хипертония, обясни Гергана Николова - личен лекар и член на Управителния съвет на Лекарския съюз:

"До момента Здравната каса заплащаше три продукта, независимо, че в един продукт може да има две съставки. В момента минават на заплащане на съставка. Ако вие до този момент сте взимали три лекарства, всяко едно от себе си с две съставки вътре, вече няма да можете да ги купите по Здравна каса".

В проектодоговора отпада и възможността с едно посещение при личния лекар да си направиш профилактичен преглед и да се консултираш при остро заболяване.

"В момента с въвеждането на нови членове, тази възможност за пациентите отпада", добави Николова.

Пред БНР заместник-председателят на Лекарския съюз д-р Николай Брънзалов потвърди притесненията:

"Основният потърпевш ще бъде пациентът, а за лекарите ще доведе до допълнително административно натоварване, което е огромно и никой няма да се съгласи в този му вариант. Ние настояваме на първоначалния вариант. Само с едно пояснение - да се пишат лекарства по наредба четири. Това иначе е с цел икономии и е написано от хора, които никога не са виждали болни хора и никога не са ги лекували".

Следобед в 14.30 Лекарският съюз ще даде разяснение по тези текстове, а утре ще решени и дали да подпише Рамковия договор в този вид.

www.dnevnik.bg, 12.12.2019 г. ТС "www.dnevnik.bg" \f C \l "1"
https://www.dnevnik.bg/zdrave/2019/12/12/4004503_lekari_i_pacientski_organizacii_pr_otiv_gotveni/

Лекари и пациентски организации са против готвените ограничения за лечение и медикаменти

Юлиана Колева

Проектът за Национален рамков договор за догодина ограничава лекарите и пациентите, като ще се даде възможност касата да покрива само до два комбинирани лекарствени продукта за пациент. Това силно ще компрометира лечението най-вече на хора с тежки хронични заболявания, на които често им се налага да пият по 4-5 медикамента, но те вече няма да се покриват от касата и ще трябва да ги плащат сами.

За това сигнализираха лекарски и пациентски организации днес, след като вчера следобед на сайта на касата и на Българския лекарски съюз е бил качен проектът за рамков договор за догодина. За това, че проектът, който определя как точно ще се изразходват парите за здраве за догодина, кое колко ще струва и ще се плаща на лекари и за пациенти, вече е готов, официално съобщение нямаше.

"Договорените текстове ограничават правото ни да лекуваме хронично болните съгласно ръководствата за поведение, ще доведат до повишени разходи на болните за изписване на рецепти и закупуване на лекарства. Като резултат контролът на хроничните заболявания ще се влоши, за част от хората – необратимо", пишат до медиите и до компетентните институции от асоциацията на общопрактикуващите лекари в София-област.

Те цитират текст от проекта, според който за всяко заболяване лекарите ще могат да изписват не повече от 3 препарата, а когато се използват комбинирани лекарствени продукти – не повече от 2 медикамента. "Нещо повече, НЗОК ще заплаща на аптеката не повече от 1 комбиниран лекарствен продукт. Това означава, че хората с тежки заболявания като диабет, сърдечна недостатъчност, по-тежките форми на хипертония ще трябва да закупуват по-голямата част от необходимите им медикаменти на свободни цени", се казва в съобщението.

При някои заболявания се оказва, че хората ще трябва вече да купуват по-голямата част от нужните им медикаменти, понякога дори 3-4 лекарства всеки месец. А тези лекарства са необходими и посочени като задължителни в указанията към лекарите в световните наръчници.

Според друг текст от предвижданите промени пък се въвеждало ограничение за изписване на лекарства за повече от 30 дни или на тримесечни рецепти например. Така за рецепти болните хора ще трябва да посещават лекарите си няколко пъти в месеца в зависимост от това кога изтича периодът за изписване на всяко едно от лекарствата им, отбелязват лекарите.

"Цитираните промени в реда на изписване на медикаменти на хронично болните целят само икономии за НЗОК и показват безсилието на осигурителната институция и Министерството на здравеопазването да гарантират дори сегашното минимално ниво на домашно лечение на хроничните заболявания и ще увеличат разходите за хоспитализации", смятат от съюза на общопрактикуващите лекари.

От пациентската организация "Заедно с теб" също реагираха остро и поискаха обяснение от лекарския съюз и от институциите.

www.capital.bg, 12.12.2019 г. ТС "www.capital.bg" \f C \l "1"

https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/ikonomika/2019/12/12/4004657_zdravnata_kasa_pak_predlaga_da_pesti_ot_lekarstva_na/

Здравната каса пак предлага да пести от лекарства на болни хора

Текстът, предложен в проекта за Национален рамков договор с лекарите, ще засегне близо 1.5 млн. души

Десислава Николова

Националната здравноосигурителна каса отново е решила да пести от лекарства за пациентите. Тя планира от следващата година да не заплаща повече от два медикамента за едно заболяване, а това ще лиши пациентите с масови заболявания като високо кръвно налягане, сърдечна недостатъчност, диабет и други от платени медикаменти и те ще трябва да си ги купуват сами.

Текстът е залегнал в проекта за Национален рамков договор между Българския лекарски съюз (БЛС) и НЗОК за цените и обемите медицинска помощ, които касата ще заплаща през 2020 г., и за съществуването му и ефекта от него предупреди в отворено писмо д-р Виктория Чобанова, която е председател на Сдружението на общопрактикуващите лекари в София-област.

Какво е предложението

До момента личните лекари имаха право да изписват три вида лекарства за една диагноза по международната класификация на болестите, което осигуряваше възможност да бъдат изписани медикаменти, които да повлияят различни органи и системи. Сега лекарите ще могат да изписват само две лекарства от различна фармакотерапевтична група, което стеснява полето за лечение.

Д-р Чобанова привежда за пример сърдечната недостатъчност, която е доста честа в практиката. "Съгласно Европейските ръководства за поведение е необходимо то да се лекува с диуретици, съдоразширяващи медикаменти, АСЕ-инхибитори, медикаменти за намаляване на сърдечната честота и медикаменти за намаляване на съсирването на кръвта. Съгласно проекта НЗОК ще поеме частично само 2 от тези 5 основни терапевтични групи, останалите ще се закупуват от пациентите в брой, ако искат да се лекуват", коментира тя.

По думите ѝ, ограничението ще се отнася и за всички останали масови заболявания – диабет, нервни болести и др.

Какъв ще бъде ефектът

"Представете си, че пациентът идва от болница с назначени пет лекарства. Ние можем да му изпишем само две или само едно, ако е комбинирана формула", казва д-р Чобанова. Според нея и колегите ѝ целта на здравната каса е да ограничи разходите за лечение на пациенти в домашни условия.

В момента над 1.5 млн. души ползват лекарства за домашно лечение на най-масови заболявания – сърдечно-съдови, диабет, нервни болести и др., като в повечето случаи медикаментите са частично платени от НЗОК – средно 25%, а останалата част се доплаща от пациента. По данни на здравната каса в момента пациентите доплащат 300 млн. лв. само за лекарства на сърдечно-съдови заболявания. Отделно от това няма точна разбивка на сумата, която пациентите дават от джоба си за такива лекарства, без да минават през здравната каса и личния лекар за рецепта.

www.clinica.bg, 12.12.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/10418-NZOK--Nqma-da-ima-oshteteni-pacienti>

НЗОК: Няма да има ощетени пациенти

На 13 декември НС на НЗОК ще разгледа проект на НРД 2020 - 2022, изготвен в резултат на двустранните преговори с БЛС, обясниха от институцията

Гергана ДОБРЕВА

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) няма да допусне да се приемат в НРД текстове, които да нарушат или да отнемат права на здравноосигурени лица с хронични заболявания. Това съобщиха от здравноосигурителния фонд по повод изразените днес

притеснения от лекари, че хронично болни пациенти ще получават по-малко безплатни лекарства. На 13 декември НС на НЗОК ще разгледа проект на НРД 2020 - 2022, изготвен в резултат на двустранните преговори с БЛС, обясниха от институцията.

Проектът за Национален рамков договор (НРД) между НЗОК и Българския лекарски съюз (БЛС) се публикува, след като се приеме чрез подписване от Управителния съвет (УС) на БЛС и Надзорния съвет (НС) на НЗОК, съгласно изискванията на Закона за здравното осигуряване (ЗЗО). Утре предстои заседание на Надзорния съвет на Касата, на който ще бъде разгледан проект на НРД 2020 - 2022.

До напрежението се стигна, след

сигнал на д-р Виктория Чобанова, председател на Сдружение на общопрактикуващите лекари в София област, която в отворено писмо алармира, че в текстове в проекта на НРД за 2020 година е записано, че се ограничават медикаментите заплащани от НЗОК за лечението на хронично болните пациенти. Промените са записани в два параграфа, в чл. 49 и чл. 67 . За всяко заболяване ще можем да изписваме не повече от 3 препарата, а когато се използват комбинирани лекарствени продукти – не повече от 2 медикамента, уточнява д-р Чобанова. Нещо повече, НЗОК ще заплаща на аптеката не повече от 1 комбиниран лекарствен продукт. Това означава, че пациенти с тежки заболявания като диабет, сърдечна недостатъчност, по-тежките форми на хипертония, ще трябва да закупуват по-голямата част от лекарствата на свободни цени.

Часове по-късно от БЛС обявиха,

че това е предложение, което е от страна на НЗОК и те нямат да подпишат НРД, ако тези текстове фигурират. Текстове в проекта на НРД наистина ще ограничат пациенти в провеждането на тяхната терапията и ще създадат допълнителна административна тежест за личните лекари, които изписват лекарствата, каза д-р Бръзналов. В момента тече събрание на УС на БЛС по темата. От НЗОК в официална позиция посочват, че всички интерпретации преди разглеждането и окончателното приемане на НРД от двете договарящи се страни са несъстоятелни.

ИКОН 14:58:[31 12-12-2019](#)

ZM1455IK.037

АОБР - болнични - позиция

Работодателите отново заявяват, че не приемат да заплащат първите три дни болнични

София, 12 декември /Валерия Димитрова, БТА/

Асоциацията на организациите на българските работодатели (АОБР) категорично не приема продължаване на вмененото задължение работодателите да заплащат първите три дни болнични - мярка, която трябваше отдавна да бъде отменена. Това се отбелязва в позиция на АОБР във връзка със състоялото се днес заседание на Националния съвет за тристранно сътрудничество (НСТС), в което нямаше представители на работодателските организации, поради липса на точка в дневния ред за предложение за решаване на въпроса за първите три дни болнични.

Позицията е изпратена до медиите от пресцентъра на Асоциацията на индустриалния капитал в България.

"С тревога отбелязваме, че въпреки нашите усилия да се направи реформа, правителството планира да се запази статуквото. Години наред negliжирането на проблема с фалшивите болнични доведе до източването на огромен ресурс и от осигурителните фондове, и от работодателите", заявяват от бизнеса.

В позицията се припомня, че задължението на работодателите да изплащат първите три дни болнични беше въведено като временна антикризисна мярка за една година през 2010 г., а действа вече девет години.

В нея се посочва, че "чрез този вменен на работодателите допълнителен ангажимент фактически биват облагани тройно - чрез осигуровките, които внасят за своите работници, дължимите обезщетения за първите три дни от временната нетрудоспособност и изплащането на допълнителни възнаграждения за заместващи работници".

В случаите на масови злоупотреби в отделни предприятия през летния сезон и прибиране на реколтата се нарушават производствените графици, технологичните изисквания и изпълнението на заявките, и изплащат неустойки за неспазване на договорените срокове за изпълнение, се посочва още в позицията.

Според бизнеса, въвеждането на компенсация с неработен ден при съвпадение на официалните национални празници с дните за междуседмична почивка оказва допълнителен натиск за увеличаване на злоупотребите с болничните листа.

Работодателите заявяват, че ще участват в заседание на НСТС само ако и когато в дневния ред бъде включено предложение за решаване на въпроса за първите три дни болнични.