

ПРЕСКЛИПИНГ

15 октомври 2018, понеделник

OT 15:10:31 12-10-2018 AM1510OT.006

Български фармацевтичен съюз - прессъобщение

Българският фармацевтичен съюз (БФС) е съсловната организация на магистър-фармацевтите в България и повече от 10 години ние работим в полза на общественото здраве, издигане престижа и авторитета на професията и в тясно сътрудничество с правителствените и неправителствените институции в страната.

БФС играе активна роля в преговорите с НЗОК и си партнира с европейските и международни организации в своята област, като се ръководи само и единствено от професионалните морално-етични норми, грижа за пациентите и общественото здраве. Професионализмът и достойнствата на магистър-фармацевтите в България не може и няма да допуснем да бъдат поставяни под съмнение.

БФС се противопоставя остро на злепоставянето и уронването на престижа на професията чрез излъчването на подвеждащ репортаж в предаването "Господари на ефира" на 10 октомври 2018 г. Публично, чрез телевизионния ефир магистър-фармацевтите са представени като неморални, недобронамерени и по този начин аудиторията се въвежда в заблуда по отношение на почтеността и професионализма на съсловието като цяло.

Управителният съвет на Българския фармацевтичен съюз заявява категорично, че няма да позволи публично охулване на професията "магистър-фармацевт" чрез съмнителна телевизионна "публицистика".

<http://e-zdravey.com/bg/balgarski-farmatsevtichen-sayuz-gospodari-na-efira-uronvat-prestizha-ni/>

Български фармацевтичен съюз: Господари на ефира уронват престижа ни

БФС се противопоставя остро на злепоставянето и уронването на престижа на професията чрез излъчването на подвеждащ репортаж в предаването "Господари на ефира" на 10 октомври 2018 г.

"Българският фармацевтичен съюз (**БФС**) е съсловната организация на магистър-фармацевтите в България и повече от 10 години ние работим в полза на общественото здраве, издигане престижа и авторитета на професията и в тясно сътрудничество с правителствените и неправителствените институции в страната", заявиха от съсловната организация.

БФС играе активна роля в преговорите с НЗОК и си партнира с европейските и международни организации в своята област, като се ръководи само и единствено от професионалните морално-етични норми, грижа за пациентите и общественото здраве.

"Публично, чрез телевизионния ефир на "Господари на ефира" магистър-фармацевтите са представени като неморални, недобронамерени и по този начин аудиторията се

въвежда в заблуда по отношение на почтеността и професионализма на съсловието като цяло", се казва в изявление на БФС.

Управителният съвет на Българския фармацевтичен съюз заявява категорично, че няма да позволи публично охулване на професията "магистър-фармацевт" чрез съмнителна телевизионна "публицистика".

VINF 14:15:[31 12-10-2018](#) RM1415VI.010

В периода 2019-2021 г. се цели погасяване на всички просрочени задължения към чуждите здравни фондове според министър Кирил Ананиев

София, 12 октомври /Десислава Пеева, БТА/

В периода 2019-2021 г., в рамките на бюджетната прогноза, се цели погасяване на всички просрочени задължения на Националната здравноосигурителна каса към чуждите здравноосигурителни фондове. Това увери министърът на здравеопазването Кирил Ананиев по време на парламентарния контрол. За тригодишния период са предвидени по 160 млн. лв. на година.

Министър Ананиев припомни, че към 31 декември 2017 г. общата стойност на неприключилите искове е за над [259 111 300](#) лв. За тази година за разплащане с чуждите фондове в бюджета на НЗОК има 73 млн.лв.

www.dnevnik.bg, 12.10.2018 г. ТС "www.dnevnik.bg" \f C \l "1"

https://www.dnevnik.bg/evropa/evrofinansirane/oblasti/zdraveopazvane/2018/10/12/3326520_predvideni_sa_160 mln lv na godina za pogasiavane na/

Ще бъдат опуснати 160 млн. лв. на година за задълженията на здравната каса към страни от ЕС

За периода 2019-2021 г. са предвидени по 160 млн. лв. на година за изчистване на задълженията на Националната здравна каса (НЗОК) към страни от Европейския съюз. Това коментира министърът на здравеопазването Кирил Ананиев в парламента.

По думите му в тази бюджетна прогноза се цели погасяване на всички просрочени задължения към други държави по реда на европейските регламенти. "Задълженията на България по правилата за координация на системите за социална сигурност надвишават възможностите по бюджетния показател за този вид плащане от НЗОК. Към 31 декември 2017 година общата стойност на неприключилите искове от другите държави възлизат на 259.1 млн. лв.", съобщи той.

"Приетите със Закона за бюджета на НЗОК за 2018 година средства за здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, са в размер на 73 млн. лв.", съобщи здравният министър.

По думите му с приетия план за плащания на НЗОК през 2018 година средства са планирани по направления на плащания - 4 млн. лв. за заплащане от районните здравноосигурителни каси за оказана медицинска помощ на чужди осигурени лица по време на техния престой и пребиваване в България". Други 69 млн. лв. са предвидени за възстановяване на извършени разходи за осигурени в НЗОК лица по време на техния престой или пребиваване в друга държава.

www.bnr.bg, 12.10.2018 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"
<http://bnr.bg/post/101030847>

За първи път Столична лекарска колегия на БЛС връчи награди „Лекар на годината“

Млади специалисти получават допълнителна квалификация в български и европейски клиники

За първи път Столична лекарска колегия на БЛС връчи награди „Лекар на годината“ на столични лекари. На официалната церемония във Военния клуб присъстваха редица официални гости, сред които и председателят на Народното събрание Цвета Караянчева, нейният заместник Явор Нотев и председателят на здравната комисия в парламента Даниела Дариткова, и заместник -министъра на здравеопазването Бойко Пенков.

Връчени са девет награди в различни категории, а отличените са проф. Данаил Петров, проф. Илия Салтиров, доц. Маргарита Кътева, д-р Димитър Пенчев, д-р Асен Цеков, д-р Стоян Борисов, проф. Годор Лисичков.

Голямата награда „Лекар на годината 2018“ отиде при д-р Цвятко Георгиев, завеждащ Отделението по хирургия на новороденото и вродените аномалии в „Пирогов“. С името му се свързват стотици уникални операции и хирургични техники, спасили много деца.

„Оперира най-малките пациенти и мога да кажа, че контингента при него е от цялата страна. В практиката си до момента има направуени над 6000 операции. За тази година, до момента е оперирал 285 деца. Има изключително много иновативни методи, въведени от него в хирургията при вродени малоформации, при злокачествени заболявания. Това е един човек от европейска величина“, каза д-р Асен Меджедиев председател на Столичната лекарска колегия.

„Столичната лекарска колегия наброява 10 хиляди лекари, което повече от 1/3 от съсловието в България. Тук е концентрацията на едни от най-големите специалисти в България, във всяка една от специалностите. За мен беше огромна чест тези колеги да бъдат удостоени с тези награди, защото някои от тях – те не са само столични лекари, те покриват цялата страна. Има много добри хирурзи в цялата страна, но тук говорим силно високоспециализирана дейност, тук говорим за много тежките случаи“, каза още той.

Софийската колегия на лекарския съюз разкри фонд за лекарска взаимопомощ, с който Лекарският съюз в София ще финансира млади специалисти в български и европейски клиники за допълнителна квалификация, повишаване на нивото, събщи д-р Меджедиев.

„Това го взехме като решение, след като проведехме няколко срещи с мениджърите и ръководителите на лечебни заведения в София, които силно подкрепиха идеята. Идеята беше подкрепена и от комисията по здравеопазване в НС. И в детското здравеопазване правим кампания детско здраве, за профилактични прегледи из цялата страна, стимулираме младите лекари... За мен това е посоката, натам трябва да вървим. Дори двама млади детски хирурзи ги изпращаме в края на месеца в Берн, имаме договор с Бернския университет. Те са първите. Младите колеги, които наградихме вчера, втората им награда беше точно това – да изберат клиники в Европа, където да подобрят квалификацията си“.

www.capital.bg, 12.10.2018 г. ТС "www.capital.bg" \f C \l "1"
https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2018/10/12/3326694_durjavata_is_ka_lekarite_da_izpisvat_samo_evtnini/

Държавата иска лекарите да изписват само евтини лекарства

Това предвижда мащабен пакет с промени, предложен от правителството, който също така закрива Фонда за лечение на деца и създава нов контролен орган

Десислава Николова

Скандални промени в здравните закони предлага правителството през проектозакона за бюджета на здравната каса за 2019 г., който беше разпространен днес.

Според тях лекарите ще трябва да изписват "най-разходоефективните медикаменти", когато става дума за лекарства, покривани от касата. Преведено това значи най-евтините лекарства. Ако не го правят, ще бъдат глобявани между 1000 и 2000 лв.

Касата покрива около 1300 медикамента за домашно лечение за хронично болни (1.5 млн. души), отделно от това покрива лекарства за химиотерапия и онкологични заболявания, както и лекарствата в болниците.

Онкологичните лекарства, които сега се заплащат отделно според нуждите на пациента, ще бъдат вкарани в стойността на клиничните пътеки, като по този начин болниците ще имат икономически интерес да купуват за пациентите с рак само най-евтините медикаменти.

Освен това значително се увеличава срокът за допускане на нови лекарства до пазара. Комисията за оценка на здравните технологии вече ще има срок не 90 дни, както е по директива, а 180 дни, за да разгледа документацията на новото лекарство. Това на практика може да забави с поне една година достъпа до нови продукти. В България той и без това закъснява с поне две-три години в сравнение с останалите европейски страни. Освен това проектът предвижда да бъде закрит фондът за лечение на деца и работата му да бъде поета от здравната каса.

Притеснителен е начинът, по който е вкаран този мащабен пакет с промени. Вместо да се променят засегнатите закони за здравето, здравното осигуряване и лекарствата, той се прекарва като преходни и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на здравната каса. При него водеща комисия е бюджетната, а не здравната, което прави по-трудно да се чуят професионални аргументи на лекари.

Държавата изписва лекарства

Според проекта държавата в лицето на две свои институции ще съставя фармакотерапевтични ръководства (начинът за лечение на болести). Досега те се правеха от Националния съвет по цените на лекарствата след консултации с дружествата на лекарите по съответната специалност. Според проекта Националният съвет по цените вече ще може сам да съставя ръководствата. Освен това здравната каса ще може да решава дали да покрива дадено лекарство или не, ако не е разходоефективно. Лекарите и зъболекарите, както и болничните специалисти ще трябва да предписват лекарства, платени напълно или частично от здравната каса, само според утвърдените ръководства. Освен това, когато става въпрос за медикаменти за домашно лечение и за лечение на онкологични заболявания в болница, ще се предписват "медикаментите с най-голяма разходна ефективност, когато са налице терапевтични алтернативи, лекарствата имат доказана сходна терапевтична ефикасност и безопасност". Това значи, че от лекарства без аналог, които лекуват една и съща болест, ще се избира най-евтиното. Те обаче невинаги имат сходно действие и невинаги са подходящи за конкретен пациент. Ако лекарят не се съобрази и изпише по-скъпо лечение, ще му бъде налагана санкция. Нова контролна институция Санкциите на лекарите ще бъдат налагани от новата Комисия за регулиране и контрол на медицинските дейности, която ще бъде създадена с този закон. В нея ще се вляят досегашната изпълнителна агенция "Медицински одит" и Агенцията за трансплантации.

www.news.bg, 12.10.2018 г. ТС

"www.news.bg" \f C \l "1"

<https://news.bg/health/zastrahovatelite-podkrepyat-vsashnost-reformata-na-ananiev.html>

Застрахователите подкрепят всъщност реформата на Ананиев

Малко след брифинга на Българската социалистическа партия, на който Корнелия Нинова обясни, че и застрахователите не подкрепят реформата, предложена на здравния министър Кирил Ананиев, от Асоциацията на българските застрахователи (АБЗ) излязоха с обобщена позиция от което се разбира, че приветстват предложенията на Министерството на здравеопазването (МЗ) за нов модел на здравна система в България като позитивен сигнал. От Асоциацията на застрахователите оценяват, че предложенията на здравното министерство са основа, от която да започне създаване на ефективен модел, базиран на солидна икономическа и финансова логика.

Позицията на АБЗ е в подкрепа на обявените от Министерството на здравеопазването цели на реформата в здравната система. Те са за подобряване качеството на медицинските услуги, по-ефективно разходване на парите, по-висок контрол в здравната система, намаляване на плащането "под масата" и въвеждане на единна информационна система.

От Асоциацията смятат, че е правилен общият принцип за въвеждане на пазарни механизми и конкуренция между участниците. Това ще стане чрез по-активно включване на частния сектор и застрахователите в системата на здравеопазването, според МЗ.

Финалният модел на здравна реформа трябва да е базиран на пазарни принципи и конкуренция между различните участници. Те са и финансиращи, и финансирани организации в системата - Здравната каса, застрахователни компании, болниците, смятат от застрахователната Асоциация.

Те изтъкват, че застрахователният сектор е силно регулиран и работи в условията на европейската директива Платежоспособност II при спазване на съответните изисквания за капиталова адекватност.

Застрахователите са категорични, че биха се включили в нова дейност единствено, ако избраният модел на здравна система позволява точна прогнозируемост както на приходите, така и на всички разходи и инвестиции, свързани с неговото въвеждане.

От АБЗ заявяват активно участие за работните групи към Министерството на здравеопазването. Основните въпроси, върху които АБЗ ще търси решение и изражение в новия модел, са свързани с:

- Реално остойносттаване на разходите (изходните данни, цени на клинични пътеки) с цел адекватна оценка на риска и създаване на работещ модел, базиран на ясна финансова логика и разчети;
- Механизми за контрол: осигуряване на възможност застрахователите да оказват ефективен контрол върху целия процес, започващ от определянето на цените на здравните услуги до тяхното разходване от лечебните заведения;
- Въвеждане на единна информационна система и електронна здравна карта на пациента;
- Въвеждане на механизми за контрол на пациента;
- Въвеждане на механизми, осигуряващи среда на реална конкуренция и за финансиращите, и за финансираните организации.

VINF 16:32:[31 12-10-2018](#) MM1632VI.009

Корнелия Нинова: И застрахователите не приемат здравната реформа на ГЕРБ

"Търсим реалистичен и работещ вариант за системата на здравеопазването". Това е заявила председателят на БСП Корнелия Нинова на пресконференция след среща с Асоциацията на българските застрахователи, съобщиха от пресцентъра на БСП.

Това е била и причината за срещата със застрахователите.

"Застрахователите оценяват сегашната система като неработеща и нуждаеща се от спешни промени. Това, което предлага правителството, за тях е невъзможно за изпълнение и е неприемливо", е казала още Нинова.

Застрахователите са поставили десетки въпроси. "Представителите на Асоциацията изненадващо ни подкрепиха за по-сериозна роля на държавата в сектора", е посочила Нинова. Те са казали, че е невъзможно с тази предвидена задължителна здравна застраховка, в размер на 12 лв, да покрият рисковете, което се очаква от тях и че те не подкрепят такова предложение. На срещата са обсъдени предложенията на БСП за здравеопазването във "Визия за България" и двете страни имат съвпадение по някои от тях. Нинова е заявила, че е учудена от факта, че правителството тръгва да прави реформа в здравния сектор, без изобщо да я обсъди с организациите, които тя ще засегне.

www.zdrave.net, 12.10.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n7468>

Андрей Марков, председател на Българска болнична асоциация (ББА): Ако не променим здравноосигурителния модел, ще ставаме по-зле

Надежда Ненова

На 26 септември по време на кръгла маса здравният министър Кирил Ананиев предложи два варианта за промяна в здравноосигурителния модел на страната. Единият включва влизането на няколко здравни каси, които ще работят равнопоставено и между които гражданите могат да избират къде да внасят осигуровките си. Вторият, на който е привърженик и министър Ананиев, предвижда задължителна допълнителна застраховка от 12 лв. в частен застрахователен фонд, както и отделно доплащане от пациента. Във връзка с тези предложения се обърнахме към председателя на Българската болнична асоциация Андрей Марков с молба за неговия коментар по предложенията и по проблемите в системата.

Г-н Марков, кой от двата модела на реформа, които предложи министърът на здравеопазването, предпочитате?

Нашата теза е известна и то далеч преди да започне представянето на моделите от министъра на здравеопазването, поради факта, че считаме, че това е европейския модел и е практиката, утвърдена в Европа. Говорим за надграждащия модел на съществуващата система. Това е практика, която помага на гражданите да получават онази помощ, която очакват. Не само защото отделят специално средства за здравето си, но и защото тези средства имат покритие върху цялото общество. Т.е. солидарния модел се запазва в този случай. От всички анкети и проучвания, които са направени до този момент, на преден план излиза холандския модел като най-добре отговарящ на нуждите на осигурените лица. С този модел вече може да се приложи и много повече профилактика. В момента много говорим за нея, но никой не изпълнява профилактични програми, защото се опитва да бъдат налагани само с административни мерки. Докато без профилактика застрахователите нямат покритие на щетимост. Те ни възпитават и карат да провеждаме

профилактични мероприятия, както и да живеем по-здравословно. Елементарен пример – когато се обясни на хора, които имат вредни навици, че тяхната здравна застраховка ще бъде по-висока, всеки ще осъзнае, че животът му ще е по-лимитиран, когато няма здравословни навици. Тези моменти възпитават.

Възможно ли е този модел да бъде приложен плавно, без същевременно този момент да е много отдалечен във времето?

В момента ние нямаме опит в тази посока и в никакъв случай не можем да очакваме, че ще се случи точно това, което си представяме. Няма да съумеем да копираме всичко 100%. Нито имаме морала на един германец, нито имаме здравната култура на един холандец, нито имаме достатъчното пари на Скандинавските държави или Канада, в която всичко е безплатно. За мен би било вредно и да се опитваме да връщаме старата система, тъй като е ясно, че тя не работи. Въпреки, че нашето здравеопазване в момента не функционира съвсем задоволително, но функционира по много по-различен начин – с по-добра и по-голяма екипировка, в сравнение с миналото, с по-добра продължителност на живота. Да, имаме много дефекти и никога няма да сме доволни, но ако не се мобилизираме и не работим заедно за нов модел, който да бъде в посока на надграждането, то няма да се случи нищо. Във всички случаи при изготвянето на една практическа програма за реализиране на нов, по-добър модел на здравеопазване, съм убеден, че ще стигнем до по-добри решения от предложените до момента. Неприятното е, че българинът като цяло не вярва в по-добрите инициативи, но ако не сме готови да се грижим за нашия си живот, на децата си и близките си, никога няма да постигнем нещо по-добро. Ще продължат тези пари, които сега говорим, че трябва да бъдат включени в допълнително задължително здравно застраховане, да се харчат по неправилен начин, защото те не се управляват добре. Те нямат покритие върху онези, които потребяват здравни услуги и реално ще ставаме по-зле, ако не го направим.

Как може да бъде решен проблемът с лимитите на болниците, които сякаш продължават да съществуват във всички варианти за промяна на системата, обсъждани до момента?

Пазарният модел, какъвто е моделът и на застраховането, с конкуренция между застрахователи, във всички случаи има изключителен възпитаващ ефект. Ние знаем много добре, че една стотинка не бихме могли да похарчим, когато имаме здравно застраховане, ако няма целесъобразност. Застрахователите тогава биха поставили в по-добра позиция и лекарското съсловие. Те не биха могли сами да решават на кого да плащат или да не плащат, ако нямат експертната на професионалистите лекари. Те ще наемат лекари за тази експертиза и тогава можем да сме сигурни, че брат за брата няма да направи компромис в анализа. Тогава добрата медицинска практика ще стане водеща. Без никакво съмнение това е начинът да се премахнат лимитите на лечебните заведения. Ограниченият ресурс, който ще остане да се ползва във връзка с нашата данъчна система и това, което внасяме като данъци, няма да бъде лимитиращ по отношение на общата практика в здравеопазването, защото тя има и надграждане. И то ще има свободата в два допълнителни стълба. Единият е допълнително задължително здравно застраховане, което покрива разликите между реално изразходваните средства и това, което е необходимо на обществото и другият – луксозен пакет, който има своето място, защото има и хора, които имат пари, а ние в момента тези хора ги лекуваме с клинични пътеки. Смятате ли, че остойността на медицинския труд може да бъде направено достатъчно бързо, преди да бъде приета промяната на здравната система?

Ще Ви отговоря на въпроса с въпрос - да сте чули как се остойността хапчетата и сиропчетата? Някой знае ли как се остойността и каква е себестойността им? Пазарът определя цените. Един продукт струва толкова, колкото някой е готов да плати за него. Цената не се формира само на база себестойност. Тя е необходима на този, който инвестира, за да е наясно къде се намира и да прецени дали да го прави или не.

Лекарският и сестринският труд съществуват като компонент в цената на продукта и в момента. Ние от години чакаме държавата да направи остойностяване. Това обаче никога няма да се случи. Не може административно да се определят цени, тъй като цената е категория от пазарната икономика. Лекарската професия е свободна, не може цената ѝ да бъде унифицирана. Един лекар работи по един начин, друг е с по-висока квалификация, повече лични вложения, няма универсална рецепта.

Какъв според Вас е начина да се реши проблемът с изравняването на публичните средства дадени за лекарствата и болнична помощ?

Ние сме държава на крайностите. Ако да речем преди 10 години не правехме нищо за онкоболните или твърде малко, включително апаратура и медикаменти, вакуумът беше запълнен с практики, които не са най-правилните, поради липсата на правила и норми. Ние обаче имаме много такива проблеми. Защо продължаваме да държим хора в пенсионна възраст на възлови позиции и в здравеопазването, и в държавните структури, при положение, че има закон? Как при това положение ще се реализират младите специалисти, а се оплакваме, че бягат. В момента имаме толкова много завършващи медицински университети, за които обаче у нас няма места, тъй като те са окупирани от хора, които отдавна би трябвало да работят в други условия.

www.clinica.bg, 12.10.2018 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/6362->

Сменят системата с бюджета на НЗОК

Вместо акредитация - рейтинг, касата плаща на болниците, ако лекарят е на трудов договор

Пълно прекрояване на системата предвижда да направи здравното министерство със закона за бюджета на касата за 2019 г. Над 40 страници е драфтът с промени, върху които работи ведомството. Въпреки че окончателният вариант не е готов и част от текстовете със сигурност ще отпаднат до представянето на проекта пред Надзорния съвет другата седмица, представяме ви „суровия“ му вариант. Той вече циркулира и в социалните мрежи.

Промени във всички фундаментални здравни закони иска да заложи ресорното ведомство с бюджета на касата за 2019 г. Корекции се предвиждат както в закона за здравето, за здравното осигуряване, така и в тези за лекарствата и за лечебните заведения. Както вече clinica.bg писа, предвижда се

Министерски съвет да разрешава новите болници и дейности, а касата да плаща само за тези пътеки, които са извършени от лекар на трудов договор в клиниката.

Така се слага край на възможността за „гастролъори“

в болниците. Изключение ще има само за дефицитните специалности като патоанатомия, нуклеарна медицина и др. Също така се предвижда отпадане на акредитацията на болниците и смяната ѝ с частни системи на рейтинг или „самооценка“, в които никой няма да е длъжен да участва. Ще има и нова система за определяне на това кои клиници могат да обучават студенти по медицина.

Променя се и контролът.

МЗ планира да създаде една мегакомисия,

в която да влее ИАМО и ИАТ. Тя трябва да иземе функциите им. Фондът за деца отива към НЗОК. Освен това се залагат промени и при лекарствата. Предвижда се онкомедикаментите да се вкарат в клиничните пътеки. Лекарите пък да изписват терапии само според фармакотерапевтичните ръководства. Също така ще се забави

реимбурсирането на нови терапии. Всички идеи, върху които умува здравното министерство може да видите и сами в драфта, който публикуваме тук.

24 часа

ТС "В. 24 часа" \f C \l "1" 13.10.2018 г., с. 56

Акад. Любомир Желязков бил мозъкът на ВГ фармацевтиката
Не се страхуваше да изпробва върху себе си и децата си нови лекарства, спомня си дъщеря му Антонина Желязкова

ГЕНКА МАРКОВА

Едва ли има български дом, в който да не са купувани лекарствата, които още преди десетилетия са направени в научноизследователския институт, основан от Любомир Желязков. Между тях са прениламин, фурантрил, пирамем и емовит, темпалгин, трибестан и много други.

Акад. Любомир Желязков е роден на 14 октомври 1918 г. в Свиленград, а тази година БАН представя изложба по случай 100 г. от рождението му. Тя е открита в централната сграда на БАН и може да се види от 14 до 21 октомври.

„Баща ми е роден в семейството на Танка Старирадева от копривщенския род на Стария Рад (негова праправнучка) и Димитър Желязков от Свиленград. Завършва гимназията в Хасково, а след това и химия в СУ „Св. Климент Охридски“, разказва за баща си Антонина Желязкова, историк и социален антрополог. Любомир Желязков е

Брат на по-малката от него Бинка Желязкова

- първата жена режисьор у нас.

„Беше привилегия и радост да живееш в семейството на Любомир Желязков. Личност, която беше издигнала в култ толерантността, правото на всеки да има свои възгледи и занимания и любовта към музиката и изкуството“, разказва Антонина.

„Беше учен изобретател и съществуваше в свой свят, който никакъв домашен хаос и шум не можеха да смутят. Седеше с неговите листчета, изпълнени с формули, задълбочено водеше записки въпреки игрите и врявата на деца, снахи, зетьове и внуци, разнасянето на гърнета, пранета и тенджери. Макар да беше отнесен учен като от роман, той държеше на голямото семейство и раздаваше любов и справедливост“, спомня си Антонина Желязкова.

Акад. Желязков има един син и две дъщери (всичките кадри на БАН), шестима внуци (четирима мъже и две жени), дочека две правнучета (момче и момиче). Сега в момента правнуците са седем, а има и две праправнучки.

По неговия път поемат средната му дъщеря Татяна Желязкова - микробиолог и автор на изобретения в областта на патогенните микроорганизми, и една правнучка. Синът му Георги Желязков работи до пенсионирането си в Института по роботика и кибернетика, един от първите у нас хардуеристи и съавтор на първия български компютър.

Най-малката дъщеря - Антонина Желязкова, беше съветник на президента Желю Желев, сега преподава в СУ „Св. Климент Охридски“ и е директор на Международния център за малцинствата и културните взаимодействия, прави задълбочени изследвания за Балканите.

Акад. Любомир Желязков е създателят на Научноизследователския химико-фармацевтичен институт (НИХ-ФИ). Институтът разработва лекарства и извършва контрол и изпитания над тях. „Навремето наричаха този институт и баща ми „мозъка на фармацевтиката“. Започнал е от едно мазе с един лаборант, докато успя да развие внушително фармацевтично изследователско звено с производствен профил, известно у нас и в чужбина. Не се страхуваше да изпробва новите лекарства върху себе си и върху

нас. Това правеше живота на нас, децата, весел и авантюристичен. Всички сме около масата за хранене,

краката ни под нея са натопени в легени със соли

а ние похапваме престаряла храна, за да установим, че тя не вреди на стомасите ни - разказва Антонина Желязкова и продължава: - Заминавам на първо море с двама приятели, след като съм завършила гимназия. Татко ми връчва колба с формули по нея и ми заръчва само аз да се мажа с тази емулсия и ще придобия фантастичен тен. Не отстъпвах пред молбите на приятелите да изпробват тази таткова магия за тен. Като резултат те почернях, а аз се върнах толкова бяла, колкото заминах. Вероятно са разработвали слънцезащитен крем."

Много интересна е историята ѝ с проваления държавен изпит - причината да предаде бели листове на комисията било хапчето, което получава от баща си: „Когато трябваше да се явя на държавен изпит в университета, бях много изнервена. Не можех да тръгна, непрекъснато тичах до тоалетната, докато баща ми не ми даде малко бяло хапче от новите им транквилизатори. На изпита, когато раздадох темите, бях обхваната от весела еуфория, не ме свърташе на банката в този хубав слънчев ден. Върнах празните листове, магнах с ръка на колегите и седнах да ги чакам в „Грозд“. Преподавателите ми квестори се смаяха, тъкмо бях защитила с отличен дипломната си работа и напускам след минути изпита. Татко ми се извини, но доста разсеяно, защото ме разпитваше и водеше записки, когато се прибрах разплакана. Каза спокойно, че има и поправителна сесия, а резултатът е фантастичен (от хапчето). Така си живеехме и беше много плътно, наситено, интересно."

Големият принос на акад. Желязков и делото на неговия живот е създаването на НИХФИ. Институтът разработва и внедрява нови лекарствени средства и форми, които са оригинален български продукт. От малка лаборатория за 14 г. той се разраства в голямо научно звено и благодарение на усилията на акад. Желязков се премества в специално построена 10-етажна сграда. Той създава екип от сътрудници, изключителни експериментатори и теоретици. Активно участва при създаването на актуалния и досега и рдващ се на добър прием в чужбина оригинален темпидон.

„С неговото лично участие бяха създадени и внедрени множество синтетични и фитохимични лекарствени препарати, много от тях се продават и до днес. Това са противотуберкулозните ИНХА-17 и САХ, сърдечносъдовият прениламин, диуретикът фурантрил, препаратите пирамем и емовит, оригиналните стеноприл и темпалгин, карсил и оригиналният български трибестан, разказва неговият студент, а после и активен сътрудник в института д-р инж. Кирил Нинов, ст.н.с. II ст.

„Под ръководството на проф. Желязков дейността на НИХФИ обхващаше всички възможни аспекти на фармацевтичното производство на България: от синтеза на субстанции през използването на растителното богатство на страната, органопрепаратите, антибиотиците и различните видове готови лекарствени форми до контрола на качеството. И сега по-голямата част от продукцията на българските фармацевтични фирми се произвежда по технологии, разработени и внедрени от НИХФИ. Като резултат българската фармацевтична промишленост заемаше едно от първите места заедно с Унгария по износ на лекарства в бившия Съветски съюз и осигуряваше основните приходи по т.нар. първо направление, а много от тези лекарства и сега се продават в Русия и някои от бившите съветски републики", спомня си д-р инж. Кирил Нинов, който е и директор на института от 1991 до 1997 г.

Благодарение на разработките на ръководения от акад. Желязков институт българската фармацевтична промишленост се нарежда на

Шесто място в света

по производство и износ на лекарствени препарати и досега около 85% от създадените и произведените у нас лекарства са разработка на НИХФИ. „Баща ми беше от грубо ограбените по времето на социализма, а и след това. Има многобройни лекарствени патенти от Швейцария, Германия, Франция, Канада, Япония и други страни по света. Печелил е милиони марки, долари, франкове, йени годишно за България. Когато се разболя тежко и предусещаше края си, ми каза: „Ужасното е, че нямам пари дори за погребението си.“ Аз му отговарях: „Да, но имаш всички нас, за да те изпратим, както трябва“, разказва Антонина Желязкова.



ТС "В. Труд" \f C \l "1" 15.10.2018 г., с. 14-15

Ако се приеме предпочитаната от здравното министерство реформа

Медицинските услуги ще поскъпнат

При сегашната схема няма стандарти да се следи ефективно ли се лекува пациентът

Разходите в сектора достигат 6,7 млрд. лв.

Димитър Чобанов, финансист

В края на септември министърът на здравеопазването Кирил Ананиев направи две предложения за промени във финансирането му, които бяха придружени с анализ на състоянието на системата. В две последователни статии ще разгледам предимствата и недостатъците на настоящата система и евентуалните ефекти от предложените реформи. За съжаление, предпочитаното от министерството предложение в настоящия си вид няма да реши проблемите, а ще оскъпи допълнително медицинските услуги.

Ситуацията в момента

През 2018 г. разходите за здравеопазване в държавния бюджет са планирани в размер 4,7 млрд. лв., което представлява нарастване с 8,2% спрямо предходната година. През периода 2000-2017 г. се регистрира бърз растеж на тези разходи. В началото на периода те са 978 млн. лв. и нарастват почти 4,5 пъти до 2017 г., когато достигат 4,36 млрд. лв. Така средногодишният им темп на растеж е 9,2%, който надвишава този на номиналния брутен вътрешен продукт (БВП) от 7,9%. По този начин относителният дял на бюджетните разходи за здравеопазване се повишава от 3,5% от БВП през 2000 г. до 4,3% от БВП през 2017 г.

Освен разходите от бюджета обаче от домакинствата се изразходват средства за медицински услуги и доплащане при болнично лечение, както и за лекарства. Липсват точни данни за размера на тези разходи, но тенденцията за нарастването им е трайна. Според изследване на Алфа Рисърч тези разходи са около 2 млрд. лв., а преките доплащания в България са около 30% от разходите за здравеопазване. По този начин общият размер на разходите за здравеопазване достига 6,7 млрд. лв.

Важна характеристика на системата на здравеопазването е т.нар. солидарност. На базата на вноските от общо 8% от осигурителния доход (за сметка на осигуреното лице и евентуално на работодателя му или от държавния бюджет) се формира общ фонд. Тъй като осигурителният доход е различен, за придобиването на едни и същи права, осигурените лица заплащат различни вноски. През 2018 г. тези вноски варират между 40,8 лв. на месец (489,6 лв. на година) и 208 лв. на месец (2 496 лв. на година). Тези суми се изискват от тях за получаването на еднакви права. При никой друг тип осигуровки несъответствието между принос и права не е толкова ясно изразено. И при пенсионното осигуряване, и при осигуряването срещу безработица, и при това за общо заболяване и майчинство размерът на пенсиите или обезщетенията зависи от определени формули

според направените преди това осигурителни вноски. При здравното осигуряване такава връзка няма. Независимо дали човек плаща приблизително 500 лв. на година или почти 5 пъти повече той има едни и същи права. В такъв случай стимулите да се плащат вноски при доход, различен от минималния осигурителен, са силно ограничени.

Макар че това не се посочва като недостатък на системата в анализа на МЗ, предложението допълнителното задължително здравно осигуряване да бъде с равни вноски (евентуално от 12 лв. на месец) в самостоятелни сметки, всъщност е неявно признание за наличието на проблем. Например, допълнителното задължително пенсионно осигуряване също е на базата на самостоятелни сметки, но вноските там представляват отново процент от осигурителния доход. Средствата в сметките обаче се използват за изплащане на втора пенсия и колкото повече са натрупани, толкова по-голям е размерът на тази пенсия.

Предимства на настоящата система

Първото предимство, което се отбелязва в анализа на Министерството на здравеопазването, е наличието на свръхкапацитет в болничната помощ, което се съчетава с високо ниво на специализация и голям брой лекари. Според данните на Евростат през 2016 г. в страната е имало 727 болнични легла на 100 хил. човека население, с което България се нарежда единствено след Германия (806) и Австрия (742) по този показател в Европейския съюз. От тях 603 на 100 000 души са за активно лечение, което е почти толкова, колкото в Германия (606 легла на 100 000 човека), която е лидер по този показател в ЕС.

Друго предимство е наличието на добре обучени и висококвалифицирани специалисти. България е близо до Германия и според броя на практикуващите лекари, който съответно е 414 и 419 на 100 000 души, докато пред двете страни са Австрия (513) и Литва (447). При практикуващите зъболекари България се нарежда на второ място след Лихтенщайн, съответно със 112 и 127 на 100 хил. души. Същевременно България е начело според броя на изписаните пациенти след лечение на сърдечно-съдовата система (4 548 на 100 000 човека) при 4 193 в Литва, която е на второ място, и на дихателната система (2 985 на 100 000 души) при 2 358 в Румъния.

Достъпът до болнични услуги е относително лесен, като се осигуряват спешна помощ и високоспециализирани дейности. Нараства капацитетът за преодоляване на рискови фактори за възникване на хронични незаразни заболявания. Осигурено е финансиране от Европейския съюз за интегрирани социално-здравни услуги.

Основни проблеми

На първо място трябва да бъдат поставени резултатите. Въпреки наличието и използването на медицинския капацитет очакваната продължителност на живота при жените е 78,5 години при средно 83,6 години за ЕС, което означава, че България е на последно място в ЕС. При мъжете тези стойности са съответно 71,3 години и 78,2 години в ЕС, като България се нарежда единствено пред Латвия (69,8) и Литва (69,5). България е на последно място и според показателя стандартизирана смъртност на 100 000 човека с 1 660 при 1 036 средно за ЕС.

В анализа на Министерството на здравеопазването са посочени множество недостатъци на системата. На първо място, отделените средства както публични, така и частни постоянно се повишават, но това не води до подобряване на резултатите или на удовлетвореността на пациентите. Освен това контролът върху изразходването на средствата е слаб, което е една от най-важните причини за увеличаването на разходите във всички направления - болнично лечение, лекарствени средства, медицински изделия. Липсва дългосрочно планиране при разкриването на нови дейности или разширяването на обхвата на съществуващите такива.

Координацията между болнична и извънболнична помощ е слаба при ниска ефективност на доболничната помощ. Разходите за активно лечение и за лекарства доминират за сметка на дейностите по превенция и профилактика. Особено важно е, че не са налице медицински критерии и стандарти за проследяване на ефективността и качеството на лечение на пациентите.

Медицинските специалисти и ресурсите са неравномерно разпределени териториално. Системата за реализиране на специализациите, за планиране на обучението и за продължаващото обучение е неясна и непрозрачна. Фактически тя не се ръководи от министерството на здравеопазването. Освен това липсват критерии за съответствие между медицински стандарти, акредитация и разрешителни за дейност на лечебните заведения.

Също така се наблюдава дублиране на дейности, финансирани от различни източници и предназначени за лечение на едни и същи заболявания. Това са Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), Министерството на здравеопазването и доброволното застраховане. Договорите между НЗОК или регионалните ѝ поделения се сключват с лечебните заведения на база налични легла, но не се упражнява контрол за изпълнение на критериите и изискванията от страна на тези заведения.

В резултат от това системата се натовазва с функции и дейности, които имат социален, но не и медицински характер. Все още не са изградени интегрирана информационна система, система за статистическо и аналитично наблюдение на резултатите и ефективността на разходите. Логичното последствие от всичко изброено е, че сред населението се наблюдава неудовлетвореност от качеството на здравни услуги и от големия нерегламентиран размер на доплащанията, а при медицинския персонал - от равнището на трудовите възнаграждения.

Друг проблем е свързан с остойносттаването на медицинските услуги като цяло и в частност с по-адекватно формиране на възнагражденията на медицинските работници. Тъй като липсва пазарен механизъм, който да разкрие реалните им цени, те са определени административно. Това обаче може да означава големи несъответствия между обективните(пазарни)стойности и определените към момента и поради факта, че оценяването е извършено преди повече от 15 години. При нереални цени и слаб или липсващ контрол върху ефективността на разходите общата оценка на необходимите средства за издръжката на системата е невъзможна.

Политиката по лекарствата също има сериозни недостатъци, като дава възможност за източване на средства от НЗОК. Средствата за лекарства са близки по размер до тези за болнична помощ, което не е типично за по-добре развитите системи.

Друг съществен проблем е големият брой здравно неосигурени лица. Понастоящем те са приблизително 720 хил. човека. Тези данни са силно повлияни от броя на българските граждани, които пребивават постоянно в чужбина. Тоест те не са редовни ползватели на медицински услуги в страната. Когато им се налага, те изплащат минималния брой необходими вноски за възстановяване на правата си. Разбира се, немалко хора, които работят в неформалната икономика или нямат никакви доходи, изобщо не плащат вноски и нямат здравноосигурителни права.

Всички посочени недостатъци безспорно показват необходимостта от реформа в здравеопазването.



www.btv.bg , 14.10.2018 г. TC "www.btv.bg" \f C \l "1"

<https://btvnovinite.bg/bulgaria/kasata-slaga-vavezhda-limit-za-skapostruvashto-biologichno-lechenie.html>

Касата въвежда лимит за скъпоструващо биологично лечение

От здравната каса твърдят, че достъпът до иновативно лечение няма да се ограничи

Здравната каса въвежда лимит за скъпоструващо биологично лечение на пациенти с тежки заболявания.

Новите случаи на псориазис, болест на Крон и някои артрити ще се лекуват с „най-разходоефективния“ медикамент за фонда.

Пациенти заплашват да атакуват промяната в съда.

Любомир е с псориазисен артрит. От 5 години е на скъпоструваща биологична терапия като е сменил няколко медикамента. И казва, че благодарение на това сега води нормален живот. Новите пациенти няма да имат право на избор, казва Любомир.

„Няма да има възможност да избираме и няма да има достъп до нови лекарства, които се въвеждат, те ще бъдат по-скъпи“, обяснява пациентът Любомир Иванчев.

От здравната каса твърдят, че достъпът до иновативно лечение няма да се ограничи.

За всяко от заболяванията е определен медикамент с най-голяма разходна ефективност - т.е. най-добро съотношение между резултат и цена. Лекарите ще избират между него и поне още един продукт с близка стойност.

„Ще дадем възможност във всяко едно заболяване да има избор на минимум 2 продукта, в някои заболявания дори ще има 4 продукта за избиране“, пояснява д-р Галя Кондева от НЗОК.

Продуктите са избрани сред такива, които имат сходен ефект, но в момента са на твърде различна цена, казват от касата. Списъкът с тях би трябвало да е готов. А пациентите се притесняват, че ако лекарите все пак изпишат по-скъпо, те ще доплащат.

Боряна Ботева, Организация на пациентите с ревматологични заболявания. „Голямата част от пациентите го разбират така че ще трябва да доплащат, в тази посока са и писмата, които получихме”, обяснява Боряна Ботева от Организацията на пациентите с ревматологични заболявания.

От касата обясняват, че ако лекарите обосноват добре решението си за друго лекарство, пациента няма да доплаща, фондът ще го поеме. Промените влизат в сила от 15 октомври.

www.dnevnik.bg, 13.10.2018 г. ТС "www.dnevnik.bg" \f C \l "1"

https://www.dnevnik.bg/zdrave/2018/10/13/3326881_durjavata_iska_poveche_vlast_pri_opredeliane_na/

Държавата иска повече власт при определяне на плащаното от нея лечение

Вкарване на онкологичните лекарства в клиничните пътеки, стягане на финансирането на лекарствата и ограничаване на плащаните от здравната каса медикаменти до тези с най-голяма "разходна ефективност", закриване на фонда за лечение на деца и вливането му към здравната каса, нова комисия за регулиране и контрол на медицинските дейности. Това са част от законодателните изменения, които здравните власти ще се опитат да прокарат с преходните и заключителни разпоредби на бюджета на здравната каса за догодина, съобщи "Капитал".

Измененията от над 40 страници, подготвени от ръководството на Националната здравноосигурителна каса /НЗОК/ са все още в суров работен вариант, но са почти готови, се вижда от документа, с който и "Дневник" разполага.

Директорът на касата Д-р Дечо Дечев обяви намеренията си за реформа още в стъпването си в длъжност, заговори и за закриване на фонда за лечение за деца и за свиване на разходите за лекарства, като се търси финансовата ефективност. И обеща до няколко месеца да е готов да представи визията си в цялост, която по думите му като идеи се подкрепя от здравния министър Кирил Ананиев. Самият Ананиев пък каза пред здравната комисия в парламента в четвъртък, че ще бъдат направени първи стъпки за здравна реформа през бюджета на здравната каса за догодина, но отказа да даде подробности, тъй като тепърва предстоят дебати и ще се търси широко съгласие. Вместо в специализираните закони, здравните власти ще се опитат да прокарат идеите си през преходните разпоредби на бюджета на НЗОК, се вижда от документа.

Основна част на промените минават през обявената вече от Дечев и Ананиев политика за най-голяма "разходна ефективност". Или както директорът на здравната каса многократно коментира – защо държавата да плаща различни суми за различните пациенти, понякога и в пъти по-големи за медикаменти, които са с един и същи ефект. Как точно ще се определя дали ефектът действително е един и същ за конкретния пациент и ще имат ли право лекарите на самостоятелна преценка кое е най-добро за конкретния човек, до момента не ставаше особено ясно.

Проектът на изменения дава някаква светлина за това как ще бъдат затегнати режимите и как ще се прави преценката.

Държавата решава за терапиите

След измененията националният съвет по реимбурсиране ще направи нови фармако-терапевтични ръководства тоест начинът за лечение на болести, включващи критерии за оценка на резултата от прилаганата терапия. Досега това ставаше след консултация със съответните национални консултанти, медицински научни дружества и експертни

съвети, но след измененията правото ще е еднолично на съвета. За медикаменти, за които е определено проследяване ефекта от терапията, НЗОК ще може да договаря заплащане едва след отчитане на резултата от терапията, тоест се отваря врата и да може да отказва такава заплащане.

"Лекарят/лекарят по дентална медицина предписва лекарствения продукт/терапевтичния курс с най-голяма разходна ефективност, когато в конкретния случай са налице терапевтични алтернативи, лекарствените продукти имат доказана сходна терапевтична ефикасност и безопасност за лечение на заболяването на задължително осигуреното лице, с подобно клинично протичане и тежест съгласно кратката характеристика на продукта/те.", се казва в измененията. Най-голяма разходна ефективност означава най-доброто съотношение между постигане на терапевтичен резултат от прилагане на лекарствен продукт и разходване на средства от бюджета на НЗОК за същия продукт/терапия, при съпоставянето му с други лекарствени продукти или терапии, се казва в текстовете.

Санкции за лекари, нарушили разходната ефективност

Сред правомощията на новата Комисията за регулиране и контрол на медицинските дейности пък ще бъде да проверява спазването на утвърдените фармако-терапевтични ръководства и извършването на оценка на ефективността на терапията. Проследяването на ефекта от терапията ще се извършва от лечебни заведения, определени от Националния съвет по цени и реимбурсиране. Ако лекар е нарушил правилата за разходоефективност ще бъдат глобяван.

Онкологичните лекарства

Онкологичните лекарства, които сега се заплащат отделно според нуждите на пациента, ще бъдат вкарани в стойността на клиничните пътеки, се вижда от промените. Вероятно по този начин болниците ще имат икономически интерес да купуват за пациентите с рак евтините медикаменти.

Новите терапии

Както заяви преди време Дечо Дечев, ще се направи промяна и за най-новите лекарства, тъй като по думите му там има сериозни разходи за скъпоструващи медикаменти. С планираните промени значително се увеличава срокът за допускане на нови лекарства до пазара. Комисията за оценка на здравните технологии вече ще има срок не 90 дни, а 180 дни, за да разгледа документацията на новото лекарство. Това на практика може да забави с поне една година достъпа до нови продукти.

Освен сериозен контрол и правомощия в областта на определяне на лечение, терапии и медикаменти, държавата иска по-сериозни правомощия още в редица други области. Като например ще има повече права по откриване или закриване на болници, търговия с медицински изделия и т.н. Както възнамеряваше, Дечев планира и закриване на фонда за лечение на деца и поемане на функциите му от здравната каса.

www.news.bg, 13.10.2018 г. ТС "www.news.bg" \f C \l "1"

<https://news.bg/bulgaria/mz-reanimira-donorskata-programa-v-bulgariya.html>

МЗ реанимира донорската програма в България

Диляна Панайотова

Здравното министерство реанимира българската донорска програма.

Това стана ясно от пресконференция на заместник-министъра на здравеопазването доктор Бойко Пенков.

Идеята е да се направи пътна карта, благодарение на която в нашата страна да можем спокойно да извършваме трансплантации, обясни пред медиите той.

Търсим партньорство, за да можем да решим проблеми на хората, които за съжаление умират поради липса на органи, сподели още Пенков.

Много хора не само в България, но и в Европа очакват своя шанс, подчерта заместник-министърът на здравеопазването.

Той недоумява защо са се променили нещата в сферата на донорството и защо са станали по-трудни.

Има проблеми от известно време с извършването на трансплантации в чужбина, каза Бойко Пенков.

В началото на тази година 115 държави са се присъединили към декларацията за борба с трафика на органи. След като са се присъединили към тази декларация срещу "трансплантационния туризъм", все повече държави затварят достъпа на пациентите до своите трансплантационни програми.

Според него трябва да се обърне негативното отношение към донорството.

Проблемът е толкова сериозен, че от 50 потенциални донори в болницата лекарите успяват да убедят близките на максимум един или два от случаите, за да може други нуждаещи се да получат органи и правото на живот.

Това е проблем и ключът към всичко е донорство, донорство, донорство, отсеке доктор Бойко Пенков.

В момента има два подготвени лицензирани центъра за трансплантация на бял дроб и сърце. Междувременно БНР съобщава, че Адриан Петков, един от българите, чакащи за белодробна трансплантация, е починал в Правителствена болница. Младият мъж беше включен в листата от чакащи към Изпълнителната агенция по трансплантации през февруари тази година.

www.zdrave.net, 13.10.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/Новини/.n7503>

Д-р Стоян Борисов:

Ще направим всичко възможно да повишим бюджетите на болниците за 2019 г.

Лимитите в болничната помощ са абсурдни, заяви зам.-председателят на ДСОПЛ д-р Николай Колев

„Тази година ще направим всичко възможно да повишим бюджетите на болничните заведения, защото ако в момента се увеличат клиничните пътеки, бюджетът ако сега свършва на 25-о число, ще свършва на 22-ро число. Така че при всички положения ще искаме да имаме увеличение на бюджетите на болниците.“ Това заяви пред телевизия Европа главният секретар на Българския лекарски съюз д-р Стоян Борисов.

„Едни разумни лимити, които да коригират нещата, може да съществуват. Ние искаме идеалния вариант – да няма лимити, но това не може да стане отведнъж. Нека да се увеличат лимитите, ще видим за цени на клинични пътеки – може би на най-нуждаещите се пътеки ще настояваме, и то такива, които се работят и от болници от II и от I ниво. Но още не сме запознати с бюджета“, добави той.

„Лимитите в болничната помощ са абсурдни“, заяви от своя страна зам.-председателят на Дружеството на софийските общопрактикуващи лекари д-р Николай Колев. Той отбеляза, че ако в даден момент няма направление за специалист, пациентът ще може да изчака, но ако например пациент е с остър апандисит, лимитът в болничната помощ може да го убие. „Безспорно трябва да има контрол, трябва да се види къде изтичат парите в системата и това да се прекрати, но лимитите са абсурдни“, коментира д-р Колев.

И двамата лекари отбелязаха, че средствата в системата са крайно недостатъчни и това трябва да се промени. Д-р Борисов посочи, че у нас процентът от БВП за здравеопазване,

отделян от обществените средства, никога не е надвишавал 4,2-4,3%, докато в ЕС средната цифра е 6,9% от БВП. „Т.е. ние трябва да се стремим да достигнем този среден процент, въпреки че има държави, в които отделят от 10 до 16% от БВП за здравеопазване. И тук няма никакво значение дали една държава е слабо или силно развита икономически, тук става въпрос какви са приоритетите на тази държава“, подчерта той.

„По данни на Световната банка и министерството ние достигаме 8%, но никой не казва, че 4% от тези 8% ги плащаме ние като пациенти. Всеки човек и в болничната помощ, и в доболничната, плаща. Събрани парите, които идват от здравни вноски, тези, които идват от държавния бюджет, и тези, които ние доплащаме, правят 8%. А би трябвало 8% да бъде само онова, което отделя държавата“, отбеляза и д-р Колев.

По време на разговора стана въпрос и за остойността на клиничните пътеки и всички дейности в системата. „Когато говорим за реална стойност на клиничната пътека, трябва да имаме предвид труда на медиците. Това остойността ако се направи, може би цената на клиничната пътека ще се увеличи от 60-70 до 100%. Т.е. ще са необходими още повече средства“, коментира главният секретар на БЛС. По думите му, това ще повиши и качеството на лечението, тъй като тогава ще има средства за ремонт на лечебните заведения, за нова апаратура, инструментариум и т.н. „И най-важното – лекарите, сестрите и акушерките ще бъдат удовлетворени от своя труд“, отбеляза той.

В коментар на предложенията за промяна на здравноосигурителния модел и по-конкретно на предложението, което включва допълнителна здравна застраховка и доплащане от пациента, д-р Борисов отбеляза, че във всички държави от ЕС има доплащане подобно на предлаганото от министъра, в рамките на 15% до 20%.

Той обаче посочи друг проблем: „Ние имаме 1 млн. неосигурени, които работят и не се казва как да стане така, че да се осигуряват. Ако всички те се осигуряват на минимална заплата от 510 лв., това са 40 млн. лв. на месец или 480 млн. лв. на година. След това – държавните служители. Има такива на много високи заплати, по-високи от 2600 лв., което е осигурителния праг, и те не се осигуряват. Осигурява ги държавата на 5%, това са 25 лв. Е, добре, хубаво, нямам нищо против държавните служители да бъдат компенсирани, но защо точно в сферата на здравеопазването? Нека ги компенсират по друг начин“, коментира главният секретар на БЛС.

Д-р Колев от своя страна отправи други критики към предложенията за промени. „През цялото време става въпрос само за болнична помощ, а основата на здравеопазването е извънболничната, за която въобще не става въпрос“, посочи той.

Освен това според него средствата, които се планира да дойдат от допълнителната здравна застраховка, биха били крайно недостатъчни. „Няма как с тези 800 млн. да покрием недостига, тъй като говорим за доплащане от 4 млрд. Т.е. веднъж ще си плащаме здравната осигуровка, втори път ще си платим здравната застраховка, трети път като отидем в болницата, ще си доплатим, защото системата пак не е дофинансирана. Това е категорично крайно недостатъчно и то няма как да свърши работа“, смята зам.-председателят на ДСОПЛ.