

## ПРЕСКЛИПИНГ

16 октомври 2019 г., сряда

[www.dariknews.bg](http://www.dariknews.bg), 15.10.2019г. ТС "www.dariknews.bg" \f C \l "1"  
<https://dariknews.bg/novini/bylgariia/vmro-i-nfsb-s-proekt-za-otdelni-organizacii-na-sestrite-akusherkite-i-feldsherite-2191922>

### **ВМРО и НФСБ с проект за отделни организации на сестрите, акушерките и фелдшерите**

#### **Василия Пейчева**

И медицинските сестри, и акушерките, физиотерапевтите, лекарските асистенти и фелдшерите да имат свои собствени съсловни организации. С това искане те протестираха още от пролетта насам. Сега желанието им е претворено в проект за промени в закона за съсловните организации за медицинските специалисти, внесени от "Обединени патриоти".

В момента медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти се представляват от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. Медицинските специалисти обаче настояват всяка от професиите да има своя професионална организация, за да имат по-добро представителство.

"На срещата с медицинските сестри с парламентарната група на "Обединени патриоти" те заявиха, че това е едно от техните желания, които законодателят може да осъществи. Законопроектът е изготвен от тях и след обсъждане в нашата група, го внесохме. Става дума всяка от видовете специалности да има собствена професионална организация, тъй като в момента всички са в графата на медицинските специалисти и често конкретните им проблеми - например на лаборантите, на кинезитерапевтите, остават на заден план. Идеята е да има по-голяма чувствителност в системата за проблемите на всяка от специалностите. Нашите текстове са в отговор на тяхното желание да се промени законовата регламентация", обясни пред DarikNews.bg зам.-председателят на ВМРО Искрен Веселинов

В мотивите на законопроекта е записано, че здравните специалисти извършват разнородна дейност и поставянето им в рамките на една съсловна организация не защитава достатъчно добре техните права и интереси. Създаването на съсловни организации ще засили и самоконтрола при упражняването на дадена регулирана професия.

"Когато една организация включва еднородни специалисти, ще се позволи да се говори за проблематиката, свързана с тези специалисти. Всяка от групите ще казва какви са проблемите и по този начин ще има пряка комуникация между управлението и специалистите", поясни Веселинов.

В проектозакона е записано, че съсловната организация на медицинските сестри е Асоциация на българските медицински сестри (АБМС), на лекарските асистенти и фелдшери - Българска асоциация на лекарските асистенти/фелдшери (БАЛАФ), на акушерките е Алиансът на българските акушерки (АБА), на кинезитерапевтите и рехабилитаторите е Асоциацията на физиотерапевтите в България (АФБ), на лаборантите, ортопедичните техници, масажистите с увредено зрение и санитарните инспектори е Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ).

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net) , 15.10.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"  
<https://www.zdrave.net/-/n10842>

## 12 научно-изследователски програми са започнати по проекта ПЕРИМЕД

Проф. д-р Мариана Мурджева, ректор на МУ-Пловдив и чл.-кор. проф. д-р Стефан Костянев представиха постигнатото до момента по проекта Център за компетентност „Персонализирана иновативна медицина (ПЕРИМЕД)“.

Напредъкът на проекта е видим и физически, защото усилията ни през първата година бяха насочени към създаване на инфраструктурата, подчерта проф. Мурджева, като допълни, че и в трите партньорски институции - МУ – Пловдив, ПУ „Паисий Хилендарски” и ИМК – БАН, са бил ремонтирани и реновирани лаборатории.

Строително-ремонтни дейности за „Лаборатория за лекарство-доставящи системи и персонализирана медицина“ на обща стойност 29 000 лв. са извършени на територията на водещата организация – МУ-Пловдив. ПУ „Паисий Хилендарски“ отчита строително-монтажни работи за комплекс от специализирани лаборатории – експериментална база за пилотни продуктови образци и анализа им, на обща стойност 923 000 лв., а ИМК-БАН – строително-ремонтни дейности за „Лаборатория за физико-химично охарактеризиране на лекарствени средства“ на обща стойност 60 000 лв.

От планираното оборудване за нови лаборатории и системи за общо 8,06 млн. лв. в МУ – Пловдив до момента е доставена апаратура за 4,3 млн. лева. В ПУ „Паисий Хилендарски” планираното оборудване е за 6.5 млн. лв., а доставеното до този етап е за 1.3 млн. лв. В ИМК-БАН, София, планираното е на стойност 1.4 млн. лв., а доставеното досега – за 640 хил. лв.

„Най-голямото ни предизвикателство са обществените поръчки. Цялата апаратура, всички реактиви, консумативи, които предстои да се закупят, са обект на обществени поръчки, които вървят малко по-бавно и мъчително. Но засега се движим в определения срок и то благодарение на факта, че разполагаме с много експертни екипи“, сподели проф. Мурджева. Тя уточни, че 70% от стойността на проекта е предназначена за апаратура.

Това е проект, насочен към третото десетилетие на 21-ви век. Напредъкът му е реален, защото всички участници в него осъзнаваме голямата отговорност пред обществото за здравето на хората. Създаваме не само научна инфраструктура, а и научна среда, в която градим творческо мислене и иновации, каза ръководителят на проекта чл.-кор. проф. д-р Стефан Костянев.

Към момента МУ-Пловдив отбелязва принос към лечението на злокачествени лимфоми в детска възраст и иновативни лекарство-носители, а ИМК-БАН – физикохимични моделни системи за лекарства и лекарство-носители биополимери, наночастици и техните комбинации, коментира проф. д-р Борис Шивачев от Института по минералогия и кристалография.

Сключени са 51 договора по 21 процедури, като общата стойност на сключените договори е над 15 милиона лева, разказа още проф. Мурджева. Тя допълни, че е даден старт на 12 амбициозни научно-изследователски програми.

Екипът на МУ-Пловдив в проекта работи в сферата на онкологични и онкохематологични заболявания и критично-болни пациенти и лекарство-доставящи системи за насочено действие на лекарства; генетични полиморфизми в гени, асоциирани с лекарствени продукти, приложими при лечение на злокачествени лимфоми. Учените от ПУ „Паисий Хилендарски“ изследват молекулярни биомаркери, имунобиомаркери, биокатализатори и биологично активни вещества, биополимери,

биосензори, а колегите им от ИМК-БАН са съсредоточили усилията си върху физико-химичния контрол на иновативните лекарствени форми.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net) , 15.10.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"  
<https://www.zdrave.net/-/n10846>

### **Трябва национален консенсус, за да се решат проблемите в здравеопазването**

*Според акад. Воденичаров закъсняваме все повече, защото тази здравна реформа се отлага*

В много области е нужно да се направи едно реструктуриране, за да може нещата да вървят. Натрупали са се много проблеми и в здравеопазването, и в образованието. Назрява моментът, в който ще има национален дебат по тези проблеми. Това означава, че ще има дългосрочни цели, които трябва да бъдат обсъдени с повече българи, за да бъдат те ангажирани с тях". Това каза бившият председател на БАН акад. Стефан Воденичаров пред Bulgaria ON AIR.

„Няма лекар в България, който да не се вълнува от тези проблеми. Здравеопазването е една от основополагащите сфери на нашия социален живот. Много са проблемите, наслоени в годините. По този начин не могат да се случат нещата", коментира и ръководителят на Катедра по неврология на МУ-София акад. Лъчезар Трайков.

По думите му преди 10-15 години се е говорело по същия начин за решаването на проблемите във сферата. Акад. Трайков заяви, че около 30-50 свестни мъже и жени в страната в сферата на здравеопазването, които знаят какви са проблемите и как могат да се решат.

"Трябва на тези хора да им се гарантира, че могат да разработят модела и той няма да се пипа поне 10 години, независимо кой е на власт. Това е начинът да се постигне качествено здравеопазване и да са доволни сестрите, лекарите и пациентите. Който и да дойде министър, ако не получи такава гаранция, няма да постигне абсолютно нищо. Виждаме министър Ананиев, той има много добри идеи. Нищо обаче не зависи от него и екипа му, не могат даже скоростта да променят, камо ли посоката“, каза още акад. Трайков.

Трябва да си отговорим на въпроса колко са важни парите за качеството и функционирането на сектора. Да си отговорим на въпроса всичко ли е само пари. Факт е, че здравеопазването става все по-скъпо, но трябва да има много ясен регламент каква е целта на всяка допълнителна стотинка, която влиза в здравеопазването", каза акад. Трайков.

Според акад. Воденичаров закъсняваме все повече, защото тази здравна реформа се отлага. Идва време политиците да се обединят и в тези сфери да предложат общи идеи на обществото.

„Това, което виждам е, че министерството има добра воля и много добри намерение. Оттам насетне дано да имат куража и да им стигне времето, за да направят това, което са започнали. Оттам насетне за по-големите промени се иска национален консенсус, иска се единение“, допълни той.

"Има разлика сто пъти между различни пътеки, по света няма такова нещо. Има и сто пъти разлика в заплатите. Политиците трябва да бъдат принудени, за да седнем и да говорим за бъдещето на България. Ето, сега на изборите - това е един от механизмите, по които може да се случи това", каза и акад. Воденичаров.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg) , 15.10.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"  
<https://clinica.bg/9762->

## Ананиев се среща със сестрите

*Специалистите по здравни грижи ще настояват министърът да се ангажира с конкретни срокове по всичките им искания*

### Лиля ВОЙНОВА

Медицинските сестри, които продължават протеста си пред парламента, са поискали среща със здравния министър Кирил Ананиев и той ще ги приеме на 16 октомври. Това каза Мая Илиева за [clinica.bg](http://clinica.bg).

Специалистите по здравни грижи ще настояват да се разпишат срокове по всичките им искания. „Ще сигнализираме министъра за пореден път, че системата не работи и ще му предложим начини, по които тя може да се промени. Има неща, които според нас зависят изцяло от него“, каза Мая Илиева. По думите ѝ, след като здравният министър издава лицензите за работа на болниците, това означава, че ако те не изпълняват разпоредбите, може и да им ги отнеме.

„Има лечебни заведения, които не спазват

методиката за заплатите и не отделят над 50% от разходите за възнаграждения на персонала. Който не иска да предоставя информация за заплатите, да му бъде отнеман лиценз за определено време, в зависимост от нарушението.“, заяви Илиева.

Медицинските сестри ще искат да се определи и конкретен срок за премахване на търговския статут на болниците и той да се спази. „Освен това ние отдавна сме казали, че начинът за повишение на нашите заплати не е чрез вдигане на цените на клиничните пътеки. Дори 1 млрд. лв. допълнително да се влеят в здравеопазването, те ще потънат. Министърът се опита с тази методика да наложи някакви правила, но тя е само за общинските и държавните болници, което означава, че останалите пак са на произвола. Това е решаване на проблемите на парче“, заяви Мая Илиева.

Министерството на здравеопазването обеща

увеличение на работните заплати на специалистите по здравни грижи още през май, след като те излязоха на протест пред сградата на правителството. По-високите възнаграждения обаче все още не са факт на много места в страната, а там, където ги има са между 20 и 100 лв. Затова те заявиха, че ще продължат да се борят за исканията си, а именно - стартова заплата, равна на две минимални, отмяна на търговските дружества и учредяване на отделна съсловна организация, която да отстоява правата им.

[www.skener.news](http://www.skener.news) , 15.10.2019 г. ТС "www.skener.news" \f C \l "1"  
<http://skener.news/2019/10/15/>

## БЛС връчва наградите Лекар на годината на 17 октомври

*Общо 8 медици ще получат признание за работата си през 2019-а*

БЛС връчва наградите Лекар на годината на 17 октомвриБЛС ще връчи традиционните си награди Лекар на годината 2019 на 17 октомври (в навечерието на празника Ден на българския лекар).

Съсловната организация получи десетки номинации от цялата страната в категориите: “Дългогодишна дейност в областта на медицината и активен принос в развитието на специалност“; „Принос за развитие и прилагане на иновативна медицина и уникални

техники“; „Ти си нашето бъдеще“ – награда за младите медицински надежди на България; „Принос за развитие и утвърждаване авторитета на съсловната организация“ и „Лекар на годината 2019“.

Имената на победителите ще бъдат обявени по време на тържествената церемония в четвъртък от 19:00 часа, в зала Роял, София Хотел Балкан. Сред официалните гости ще са омбудсманът Диана Ковачева, здравният министър Кирил Ананиев, д-р Даниела Дариткова – председател на парламентарната комисия по здравеопазване, депутати, директори на болници, представители на различни организации в здравеопазването, лекари. Скенер нюз научи името на големия победител, но за да не разваляме изненадата, ще подскажем само, че той е от Варна.

Тази година БЛС реши да връчи и три специални награди. Едната от тях е посветена на инициативата “Добрата дума лекува“, която е част от националната кампания срещу насилието над медици #ПребориГнева. В централата на съсловната организация бяха изпратени стотици благодарствени писма, придружени със снимки. Най-много добри думи бяха получени за д-р Здравко Пенков от Сливен, който ще бъде отличен по време на церемонията.

Другите две специални награди ще бъдат връчени на д-р Елиас Хаддад, който оперира под светлината на фенер и д-р Илиян Траянов, който заедно с колегите си от МБАЛ-Пазарджик, спаси родилка с амниотична емболия и ДИК синдром.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg) , 15.10.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"  
<https://clinica.bg/9771->

## **БЛС и бизнеса с въпроси към НОИ за болничните**

*Между 15-17 % от всички болнични са издадени от семейните лекари, казва д-р Николай Брънзалов*

БЛС и АИКБ искат информация от НОИ по темата с болничните. Това стана ясно след общата среща на представители на лекарското съсловие и бизнеса. Те обсъдиха възможните решения за ограничаване на болничните листове и недопускане на тяхното преразходване от страна на недоброжелателни ползватели.

Двете организации решиха да попитат НОИ колко са издадените болнични през 2018 година, какви са най-честите причини за временна нетрудоспособност по пера – например гледане на дете, болест и други, какъв е размера на болничните за период от 3 дни. Към НОИ е отправен и въпросът колко са издадените болнични от ОПЛ, лечебни заведения, лекарски комисии и всички, които имат право да издават такива. Лекарите и бизнесът питат още

кои са периодите в годината с най-много издадени

болнични за 3 дни и съвпадат ли те по време с почивни дни за национални празници, както и колко от болничните за 3 дни са издадени в навечерието на уикендите. БЛС и АИКБ ще разгледат и анализират съвместно данните, което ще подпомогне изясняването на проблема и вземането на решение. Лекарите нямат вина, ако някои злоупотребява с издаването на болнични, както и че работодателите трябва да контролират процеса, категорични бяха от БЛС. Д-р Николай Брънзалов цитира данни, според които между 15-17 % от всички болнични са издадени от семейните лекари. От АИКБ заявиха, че проблем с болничните има и трябва да се търси

бързо решение. Васил Велев заяви, че отговорността между работника и работодателя трябва да бъде споделена. Сред възможните решения според него са ограничаване на

ползването на 3 дни болничен до няколко пъти в годината, първият ден от болничния да е за сметка на работника, а следващите 2 да се плащат от работодателя и други. Ръководството на БЛС изслуша предложенията и представи позицията на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България, които вече са изпратените до различни институции.

Акцентирано беше върху настояването за прекратяване на съществуващата към момента порочна практика един лекар да разпорежда на друг лекар да издаде болничен лист, защото първият е преценил, че болният е нетрудоспособен, но не желае да се натоварва с административна дейност или го е страх да поеме отговорността. Напомнено беше, че вече трета година НОИ и лекарите ползват софтуер за регистриране на издадените болнични листа, но тази информация не достига своевременно до работодателите.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 15.10.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"  
<https://www.zdrave.net/-/n10850>

### **НЗОК предлага редица промени в проекта за Наредбата за медицинските изделия**

НЗОК е направила съществени корекции в проекта за изменение и допълнение на Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат. Това става ясно от публикуваната справка за отразяване на становищата, получени след обществено обсъждане на проекта в периода 7-20 юни 2019 г.

Причините, които налагат приемането на предложените с проекта промени са свързани **с преминаването на тази дейност от Център „Фонд за лечение на деца“ към НЗОК** от 1 април. Предлага се да се създаде уредба, касаеща определянето на стойността на медицинските изделия, високоспециализираните апарати/уреди за индивидуална употреба, прилагани в хода на лечението на пациентите и се предвижда при предварително одобрение за заплащане на медицинско изделие, НЗОК да провежда процедура за определяне на стойността на заплащане, като се гарантира, че не се нарушава своевременното лечение на пациентите, за които е налице предварително одобрение.

От НЗОК допълват, че Касата определя стойността при ежегодно договаряне в сроковете по наредбата – за медицински изделия и високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба, които са заплащани през предходната календарна година, както и при договаряне на тримесечни периоди или в друг срок, когато е възникнала необходимост по начин и срокове така, че да не се нарушава своевременността на лечението на пациентите, за които се провежда процедура за одобрение на лечението. От Здравното министерство допълват предложението на Касата, че процедурите при необходимост са за медицински изделия и високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба, **които не са заплащани с публични средства** през предходната година.

Добавено е изискването медицинските изделия и високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба, да са включени в списъка по чл. 30а, ал. 1 от Закона за медицинските изделия, да отговарят на изискванията на Закона и да нямат регистрирани данни в ИАЛ и EUDAMED за инциденти/потенциални инциденти, както и за блокирани или изтеглени от пазара партии през последните две години, освен в случаите на медицински изделия и високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба, при които не е налице такова изискване.

От Министерството са предложени при издадено предварително одобрение за заплащане на медицинско изделие за индивидуална употреба, НЗОК да отправя покана на интернет страницата си към производителите или търговците на едро със съответното медицинско изделие или техни упълномощени представители за участие в процедура по определяне на стойността на заплащането му. Поканата трябва да съдържа спецификация (технически характеристики) съобразно издаденото предварително одобрение; най-ниска стойност на съответното медицинско изделие за индивидуална употреба, заплащана от НЗОК през предходните три календарни години и цена, **договорена по реда на Закона за обществените поръчки от лечебното заведение**, за което е получено предварителното одобрение за прилагане на съответното медицинско изделие (ако са налични съответни стойности и цени).

От НЗОК допълват, че процедурата по договарянето на медицински изделия и високоспециализирани апарати за индивидуална употреба, която се провежда веднъж в рамките на календарната година, се извършва на основата на спецификация, утвърдена от Надзорния съвет на НЗОК. Спецификацията ще се утвърждава в срок до 20 декември на съответната календарна година и ще определя и групира медицинските изделия, прилагани в условията на извънболничната и болничната медицинска помощ, по технически изисквания. Когато са налице заявления с предварителни одобрения или заявления в процедура за заплащане при условията медицинските изделия и високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба се определят по технически характеристики съгласно представената към заявлението медицинска документация. В срок **до 10 работни дни след утвърждаването на спецификацията**, НЗОК отправя покана на интернет страницата си към производителите или търговците на едро със съответното медицинско изделие за индивидуална употреба или техни упълномощени представители за участие в процедура по определяне на стойността му на заплащането им. Поканата трябва да съдържа предмет на процедурата – медицински изделия, отразени в спецификация със съответните им технически характеристики, най-ниска стойност на съответното медицинско изделие, заплащана от НЗОК през предходните три календарни години и цена, договорена по реда на Закона за обществените поръчки от лечебното заведение, прилагало тези медицински изделия, (ако са налични съответни цени).

От МЗ допълват, че в процедурите при договаряне на тримесечни периоди или в друг срок ще бъдат включени и медицински изделия и високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба, които не са заплащани с публични средства през предходната година. Направено е конкретно препращане към документите, които следва да бъдат представени от производителите или търговците на едро/техни упълномощени представители.

Предвижда се процедурата по договаряне на стойността на заплащане да се провежда от комисия, определена от управителя на НЗОК. „По този начин се гарантира прозрачност при провеждането на съответните процедури, чрез които се договаря стойността на медицинските изделия, високоспециализираните апарати/уреди за индивидуална употреба и които се заплащат с публични средства“, казва министърът в доклада си. Според предложението на министерството членовете на комисията трябва да подписват декларация, че не са свързани лица по смисъла на § 1, т. 1 от Търговския закон с производители или търговци на едро с медицински изделия/техни упълномощени представители. Според приетото предложение на НЗОК обаче членовете на комисията трябва да подпишат декларация, че не са свързани лица по смисъла на § 1 от Търговския закон **само с участниците в процедурата** В проекта на министерството по предложение на НЗОК е прецизиран и срока за подписване на договор с участниците, като той става 14 дни от крайния срок за подаване на предложения, посочен в поканата.



ТС "В. Сега" \f C \l "1"  
16.10.2019 г., с. 12-13

**С лоши резултати и обхват здравната ни система пак е на дъното в Европа**

***Поредната класация показва къде сме - зад Черна гора и Северна Македония***

### **ЯНИНА ЗДРАВКОВА**

*Българската здравна система от години оре дъното на всякакви класации. Тя е неефективна, враждебна към пациентите, несправедлива, извратена и с тотално изопачени приоритети. Ето поредните доказателства, които за съжаление служат единствено за сведение на управляващите. Тях, както и шепа директори и собственици на лечебни заведения, дъното ги устройва.*

Според авторитетното проучване Индекс на европейския здравен потребител през 2018 г. България е на 31-во място от 35 държави в Европа, като в сравнение с 2016 и 2017 г. бележи напредък с 2 места. Зад нас са Полша, Унгария, Румъния и Албания, което пък значи, че Северна Македония, Черна гора и Сърбия са пред България. От години обясненията на авторите на изследването - шведската компания Health Consumer Powerhouse, за страната ни са лаконични и повтарящи се, тъй като нищо в показателите на страната ни и съответно в представянето ѝ спрямо другите не се променя. Единственото постижение на страната ни е било през 2012-2013 г., когато анкетиранияте пациентски организации у нас са дали висока оценка по показателя "Достъпност" на здравната система. Данните се проверяват и от изследователите и се потвърждават през годините. Това - лесният и бърз достъп до болница и личен лекар, като цяло е единственото, което държи България на не последно място. През 2018 г. обаче страната ни губи точки по показателите "Резултати" и "Обхват на осигурените услуги" и **с 2-3 изключения не може да се похвали с нищо**

Изследването се провежда от 2005 г. насам. То проучва здравните системи в Европа с помощта на публични статистически данни, анкети на пациенти и независими изследвания, като акцентът е върху потребителя, т.е. доколко системата е добра за него. Индексът се базира на 6 основни показателя - права на пациентите, достъп до лечение, резултати от лечението, превенция на болести, обхват на здравната система и осигуряване на лекарства. Индексът отчита и особено драматични за нашата система показатели като плащания от джоба на пациентите. Затова и през 2017 г. Кипър, който е единствената страна в Европа с по-високи от българските кешови плащания (там едва 44% от разходите за системата са публични при около 52% у нас), беше изключен от индекса - "системата" там просто не може да се измери и сравни с останалите страни по редица показатели, тъй като не са публично осигурени. През 2018 г., за пръв път от 10 години, Холандия отстъпва първото място в класацията на Швейцария. Това се дължи на промяна в методологията на проучването - включен е нов показател за достъпност - време за чакане за детско психиатрично лечение, и там дългогодишният лидер губи точки.

46-те показателя, по които се измерва индексът през 2018 г., са особено интересни и сами по себе си показателни за това къде сме ние и къде са те. У нас дори не подозираме, че съществуват неща като хемодиализа у дома или пък че нейде из Европа пациентите имат право на безплатно второ мнение.



Макар и първите 12 страни в класацията да са от Западна Европа, един от изводите на авторите на индекса е, че **няма връзка между парите, които се харчат за системата, и достъпността ѝ**

В богати страни като северните проблемът с листите на чакащи за планово лечение продължава да стои с пълна сила. Освен това липсата на листи на чакащи пести пари, а не обратното - колкото по-бързо се решава даден проблем, толкова по-ниска е цената, отбелязват авторите на индекса. За пример са дадени Черна гора и Северна Македония, които са намалили драстично листите на чакащи, въвеждайки национална система за електронни направления в реално време, по същия път върви и Сърбия.

България има добри точки по този показател и не е изпаднала още по-назад благодарение на него - у нас достъпът до болница е изключително лесен. Цената обаче е висока - ние имаме най-високите разходи за болнична помощ като процент от общите разходи за здравеопазване в цяла Европа, което прави системата ненужно скъпа. Освен това България не следва да се приема като страна с ниски разходи на здравеопазване - у нас за сектора се харчат 8.2% от БВП, което ни подрежда на 16-о място в ЕС. Проблемът е, че тук едва половината от тези пари са публични разходи, а останалите се поемат кеш от пациентите.

Класацията също подкрепя тезата, че многото разходи не водят автоматично до по-добра система. Лидерът в потребителския индекс Швейцария е един от световните лидери по разходи за здравеопазването като процент от БВП - 12.2 на сто, но следващите я в класацията Холандия и Норвегия не са дори сред европейските лидери, макар че и те отделят немало - съответно 10.3 и 10.5.

Франция с 11.5% от БВП за здраве е едва 11-а в европейския здравен индекс, а Германия с 11.1% е 12-а. Швеция отделя 11% от БВП за здраве, но е 8-а в индекса. Първата южна страна в класацията - Португалия (13-а позиция), отделя 9 на сто от БВП, а първата източна - **Чехия, на 14-о място, е с едва 7.1 на сто от БВП, отделяни за здраве.**

Лидерът в класацията Швейцария е единствената с отлични показатели по отношение на достъпността, а с Норвегия и Финландия си делят първото място в друга категория - резултати (т.е. ефективност) на системата, показателите с най-голяма тежест в целия индекс. Парите може и да не дават най-добрия достъп до здравни грижи, но дават най-добрите резултати от лечението, отбелязват по този повод авторите. Обяснението - извън очевидното, че с пари се купуват апаратура и топ специалисти, е, че по-щедрото финансиране позволява индикациите за достъп до лечение да са по-широки. Холандия, която 10 години беше на първо място, сега изпада до второ заради въвеждането на нови показатели - време за чакане до преглед при детски психиатър и тенденция за промяна в нивото на самоубийствата. Норвегия е на трето място и това, което я дели от първото, са листите на чакащи за лечение. Авторите отбелязват, че по-лошият достъп там се дължи на недостатъчно добро управление на проблема, а не на липса на пари. Нещо повече - индексът отбелязва, че прекалено многото пари могат да бъдат проклетие, защото спъват рационализациите и опитите за по-добра логистика. Известни като нацията, която е винаги на ски писалки, норвежците са победители в показателя превенция на болестите. Местата от 4-о до 6-о се заемат съответно от Дания, Белгия и Финландия. Интересни са 18-ото място на Сърбия, която намалява листите си на чакащи и подобрява резултатите от лечението, и лошите позиции на Испания и Италия, които са на едва 19-о и 20-о място. В Испания, отбелязват авторите, се разчита прекалено много на лечение на частно за добри резултати, а в Италия разликите между Севера и Юга са огромни.

Окупираните последните места България, Албания и Румъния имат доста общи неща, но най-фрапираща е "остарялата структура на здравните грижи", при която делът на средствата, заделени за най-скъпата - болничната помощ, е най-висок. България е лидер с цели 60 на сто от всички разходи за здравеопазване, следват Румъния с малко над 50 на

сто и Албания с 50 на сто, като и на трите страни е препоръчано да реструктурират системите си. Подобна препоръка имаме и от Световната банка, и от Еврокомисията, но явно ги приемаме само за сведение. Преди няколко години доклад на ЕК посочи, че България е с най-високия дял хоспитализации в ЕС - 320 на 1000, а средно на глава от населението се падат по едва 5.9 посещения в извънболничната помощ при средни 7.5 в ЕС.

Тоест - освен че е скъпа, системата у нас е неефективна. Предотвратимата смъртност у нас е близо два пъти по-висока от средното за ЕС - около 20 000 смъртни случая, или 19% от всички смъртни случаи, са могли да бъдат избегнати, като тази цифра е много по-висока от средната за Европа от 11%. Броят на хоспитализациите, дължащи се на хронични болести като диабет, сърдечно-съдови болести и болести на дихателната система, е сред най-високите в ЕС. "Вместо да бъдат (повторно) приемани в болница, пациенти с тези състояния може да се лекуват ефективно в амбулаторната помощ. Най-малко 20% от болничните процедури, провеждани в България, биха могли да се провеждат в извънболнични условия", сочат анализи на Световната банка. С други думи - тук плащаме много за нещо, което не върши работа. Ето какво изражение има това в индекса на европейския здравен потребител:

### **Показателите**

Индексът е разделен на 6 подпоказателя - права на пациентите и информация, достъпност (касае основно колко време се чака за лечение), резултати, обхват на осигурените услуги, превенция и лекарства. Всеки от тях пък се измерва с по няколко критерия. Резултатът се изчислява в точки, но има оценка и за всеки от 46-те критерия - червено, т.е. зле, жълто - горе-долу и зелено - отлично. България има 591 от общо 1000 възможни точки. Първенецът Швейцария е с 893.

България събира най-високия си резултат в показателите за достъпност - 200 точки. Страната ни има зелен, т.е. отличен резултат при критериите достъп до личния лекар в рамките на един ден, чакането за планова операция е под 90 дни, за лечение на рак - под 21 дни, за компютърна томография под 7 дни, не се чака за детска психиатрия. Единственото "червено" тук е липсата на директен достъп до специалист у нас. Другият показател с приемливи резултати е права на пациентите - там имаме добър резултат за достъп до личната си медицинска информация, включително и в електронен вид, а също е оценено добре и че у нас има регистър на добрите лекари (макар всъщност официално да няма). В категорията с най-голяма тежест - резултати на системата, България е в зелено само при критериите ниво на самоубийства и смъртност в рамките на 30 дни след инфаркт - под 6% от хоспитализираните умират след сърдечен удар. При инсултите обаче сме в червено - смъртността в рамките на 30 дни след приема в болница е над 10%, смъртността при децата до 1 година е над 5 на хиляда (червено), под 60 на сто от хората с рак у нас оцеляват, смъртността на хора под 65 години е над 6000 починали на 100 000 души, абортите са над 300 на 1000 живородени деца. В жълто сме по показателя процент на диабетиците с лоши нива на гликиран хемоглобин и при вътреболнични инфекции, причинени от т.нар. златист стафилокок - супербактерия, резистентна на антибиотици. При показателя обхват на осигурените услуги България е в жълто само при критерия включена в пакета на здравната каса дентална помощ. Всичко останало е в червено - справедливост на здравната система, т.е. процент от публичните средства, плащани за здравни грижи - у нас той е под 70 на сто от всички разходи (останалите с ниски публични разходи са Албания, Кипър, Гърция, Унгария, Латвия, Литва, Румъния, Португалия, Черна гора, Сърбия, Малта и Северна Македония); операции на катаракта при пациенти над 65 години - под 3000 на 100 000 възрастни; бъбречни трансплантации - под 30 на милион население; често плащане под масата за лечение (заедно с Латвия, Литва, Черна гора, Сърбия, Северна Македония, Полша, Румъния, Хърватия, Кипър,

Унгария, Албания и Гърция); дългосрочни грижи за възрастни; диализа вкъщи; висок процент раждания с цезарово сечение (този показател сочи нивото на пренаталните грижи). При показател превенция в зелено е критерият ваксини срещу рак на шийката на матката. В жълто - покритието със задължителните у нас ваксини - официално то е между 90 и 95 на сто. В червено са показателите високо кръвно - над 30 на сто от хората над 18 г., превенция на тютюнопушенето, приемът на алкохол, физическа активност в училище и жертви на пътя. При показателя за лекарства, естествено, в червено е показателят поети с публични средства лекарства от всички, платени на пазара - под 50 на сто, достъп до нови лекарства. Само употребата на антибиотици е в жълто.

И нищо от случващото се у нас не обещава подобрене. Което значи, че в индекса за тази година ще сме поне толкова зле, колкото и в изданието от 2018 г. А може и повече.

### **Бисмарк или Бевъридж?**

Авторите смятат, че индексът е показателен за това коя е по-добрата система - Бисмарк или Бевъридж, т.е. на здравно осигуряване през една или повече каси, или с финансиране през данъци и управление от една структура, често свързана и с доставчиците на здравни услуги - например община и общински болници. Според авторите на изследването по-добра е системата на здравните каси - Бисмарк (Холандия), а Бевъридж е успешна само в страни с по-малко население като Норвегия, Дания и Исландия. Великобритания, Испания и Италия са другите Бевъридж системи - те не се представят добре и според авторите това се дължи на факта, че, от една страна, е трудно да се управлява организация с 1.5 милиона души персонал (Националната здравна служба на Великобритания отговаря за обществените болници, личните лекари и т.н.), а от друга, е далеч по-зависима от правителството. При Бисмарк има много каси, които са независими от доставчиците на услуги и потребителят има избор - както на осигурител, така и на доставчик на услуги, смятат от Health Consumer Powerhouse.



В зелено са богатите страни в Европа - очаквано. Видно е обаче, че извън Скандинавия по-успешни са Бисмарк системите, при които потребителите имат избор от много здравни каси - такава е системата в Германия, Франция, Белгия, Холандия.

Снимка на две колони - В България смъртността след инфаркти е ниска, но повечето ни останали показатели при измерването на резултатите на системата са лоши.

