

ПРЕСКЛИПИНГ**20 септември 2019 г., петък**

VINF 13:16:01 19-09-2019

МН1314VI.004

Йорданка Фандъкова - Първа градска болница - общинско здравеопазване

Общо 55 млн. лв. е инвестирала Столичната община в здравеопазването за четири години

София, 19 септември /София Господинова, БТА/

Общо 55 млн. лв. е инвестирала Столичната община в общинското здравеопазване през последните четири години. Това съобщи днес кметът Йорданка Фандъкова, която посети реновираната клиника по обща хирургия в Първа градска болница, за която е закупена нова ендоскопска апаратура за диагностични и терапевтични процедури.

Столичната община инвестира средно годишно между 8 и 9 млн. лв. за подкрепа на общинските болници за дейности, които не се финансират от НЗОК, посочи столичният кмет. Тя информира, че в Първа градска болница само тази година общината е инвестирала над 600 хил.лв. Успяхме да направим така, че нашите болници да станат конкурентни. Първа градска стана и първата общинска университетска болница, която позволява специалистите да се хабилитират, подчерта кметът Фандъкова.

По думите ѝ в общинското здравеопазване е налице голяма промяна. През първите години на управление в общината ни се налагаше да спасяваме общинските болници от фалит и от приватизация. Подкрепихме ги, намерихме за тях добри мениджърски екипи и постепенно изчистваме задълженията им, каза Фандъкова. Тя подчерта, че общината инвестира във всички общински болници и ДКЦ-та.

Кметът Фандъкова представи второто ново лице, след арх. Ивайло Петков, в листата на общинските съветници на ГЕРБ за предстоящите избори. Това е кардиологът, проф. Иво Петров, медицински директор и началник на клиника по кардиология и ангиология към частен сърдечно-съдов център в София, специализирал инвазивна кардиология и радиология в Аржентина. Проф. Петров каза, че като общински съветник ще работи за въвеждането на електронното здравеопазване. Моя мечта е електронната лична здравна карта. Смятам, че с усилията на общината и подкрепата на институциите, въвеждането ѝ може да бъде постигнато, посочи проф. Петров.

www.bgonair.bg, 19.09.2019 г.**<https://www.bgonair.bg/a/36-sutreshen-blok/175215-v-malki-kolichestva-ranitidin-ne-bil-opasen-kam-momenta-preparatat-ne-e-spryan>****Канцерогенен ли е ранитидинът? Не е спрял от българския пазар*****Предстои да бъде направена оценка на риска***

Европейската агенция по лекарствата (ЕМА) започва проверка на лекарства, съдържащи ранитидин, поради съмнение за възможно замърсяване с нитрозамини.

Съмнението произлиза от предоставени данни на частни лаборатории извън ЕС, съобщиха от Министерството на здравеопазването.

Нитрозамините са изключително канцерогенни химични съединения. Ранитидинът има противоязвено действие и се използва при киселини в стомаха, като потиска стомашната киселинна секреция, в резултат на което премахва парещата болка и дискомфорта.

"Към момента препаратът не е спрял от българския пазар. Предстои да бъде направена оценка на риска, тъй като в определени нива той не представлява опасност", коментира пред Bulgaria ON AIR председателят на Асоциацията на собствениците на аптеки Николай Костов.

По думите му проблемът идвал оттам, че производството е концентрирано в няколко китайски завода, които при производствени нередности засягали целия свят.

По данни на Министерството на здравеопазването у нас се предлагат 5 лекарствени продукта, съдържащи ранитидин - четири под форма на таблетки и един като инжекционен разтвор на две фирми.

"Това че производството им е концентрирано в Китай, представлява опасност за европейската сигурност. Канцерогенната съставка нитрозамин от своя страна е изключително опасна над определени нива и затова ЕК въведе в началото на 2019 г. изисквания и промени за производствените процеси в някои китайски компании", каза още Николай Костов.

Пациентите трябва също да имат предвид, че съществуват много други лекарствени продукти като ранитидин, които се използват за лечение на същите страдания, включително по-нови поколения лекарствени продукти.

От 2010 г. до настоящия момент в Изпълнителната агенция по лекарствата няма подадени съобщения за нежелани реакции, свързани с лекарствените продукти, съдържащи ранитидин.

www.capital.bg, 19.09.2019 г.

https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2019/09/20/3965506_letiashtite_li_neiki_koito_vlastta_ne_dava_na_horata/

Летящите линейки, които властта не дава на хората

Частните хеликоптери работиха на загуба пет години. Сега е ред на държавата

ТЕМАТА НАКРАТКО

Ако в състава на спешната помощ се включат хеликоптери, ще бъдат спасявани над 180 човешки живота на година.

Последната частна въздушна линейка беше продадена преди месец.

Изграждането на държавна мрежа от медицински вертолетни е напълно постижимо, но не се случва заради липса на капацитет в здравното министерство.

Гергана Михайлова

В горещия неделен следобед над центъра на София шумно прелита хеликоптер и всеки, който е следил новините през деня, знае кой се вози в него. По-рано през деня шофьорите на Националната служба за охрана след вероятно изпреварване на забранен участък са участвали в катастрофа близо до Шумен, при която е пострадала председателката на парламента Цвета Караянчева. Тя е сравнително леко пострадала,

но се взема решение за незабавно транспортиране до София. Мобилизиран е хеликоптерът на "Авиоотряд 28", който да я откара в правителствена болница.

Два дни по-късно, в 17:25 ч. следобед, туристка пропада по североизточния склон на връх Джангал в Пирин. Има черепно-мозъчна травма, тежки фрактури на крайниците, счупен таз. Планинските спасители искат военен хеликоптер, но понеже се стъмвало, такъв не е изпратен и операцията по транспорта на пострадалата до болницата в Разлог се провежда на ръка до 2 ч. сутринта. Участват 22-ма спасители доброволци.

Тези две истории бяха посрещнати с доста противоречиви реакции. От една страна, състоянието на Караянчева е далече от спешно, а от друга - превозът с хеликоптер е абсолютно недостъпен за всички освен тези, на които Бойко Борисов би вдигнал телефона. В държавите с развита система на спешна помощ въздушните линейки са задължителна част от нея. Те са незаменими най-вече при автомобилни катастрофи и други инциденти далеч от населените места, когато пострадалите трябва да стигнат до спешен център в рамките на първия "златен" час. Използването на хеликоптери намалява броя на жертвите с 25 - 30%, показват статистиките, което за България означава близо 180 спасени човешки живота годишно само от инциденти на пътя.

Въпреки това у нас вече няма нито един медицински хеликоптер и единствените, които могат да са сигурни, че тази услуга работи, са представителите на най-висшата държавна номенклатура.

Причината тук да няма спешна въздушна помощ не е липсата на пари. Организирането на такава система изисква първоначални разходи, които са изключително малка част от големия бюджет за здравеопазване. В същото време спасените човешки живота имат не само морална, но и съвсем конкретна икономическа цена, като дори само тя оправдава инвестицията. Истинската причина в системата за спешна помощ да няма хеликоптери е изцяло в ниското качество на държавното управление - слаба мотивация и практически никаква организация.

Когато през юли частната компания "Хели ер" се отказа да губи повече и продаде и последната си машина за спасителни мисии, това беше посрещнато със сериозно недоволство. В отговор от здравното министерство побързаха да успокоят, че ще се задействат, ама през следващия програмен период (тоест след поне три години). А междувременно от чужди държави не крият тревогата си за туристите, които идват на почивка тук, след като лекари и планински спасители са оставени да работят буквално на мускули.

Според специалисти територията на страната може да се покрие изцяло с въздушна спешна помощ с четири до пет бази. Нужна е координация между държавните служби и ангажиране на застрахователите при възстановяването на разходи, което донякъде обяснява защо такава система в България няма. Просто когато една фактура се гледа от повече очи, отклоняването на ресурси е мъчна работа.

Винаги ли е било така

По време на социализма в България са се поддържали четири самолета-болници и два специални хеликоптера, базирани в Пловдив, за облитания по планините. След демократичните промени своя машина, но за кратко, поддържа застрахователят ДЗИ, което е било лична инициатива на тогавашния ѝ собственик, покойния Емил Кюлев. Оттогава насам за мисии са се ползвали военни машини, но при извънреден режим.

Другата инициатива за хеликоптерно спасяване също е частна - на българската "Хели ер", която преди пет години купува две машини втора употреба от Швейцария. Планът е включвал покупка и на трета, за да може да се изпраща помощ в която и да било част от страната до трийстата минута от обаждането. За частично покриване на постоянните разходи по поддръжката на хеликоптерите компанията сключва договор със застрахователя "Лев инс", а с Планинската спасителна служба се договаря ползването

на машини при заплащане на разходите за летателен час. Прави се опит за привличане и на държавата, но без отклик остават исканията за включване на хеликоптерите в системата на Спешната помощ чрез тел. 112, което се оказва ключов недостатък.

При ползване на хеликоптерите в около 20 операции на застрахователя за тези пет години и по 7-8 случая на година от планинската служба се оказва, че машините не се ползват достатъчно, за да покрият разноските си, което обяснява и защо в момент, когато загубите стават прекалено големи, собственикът им, Георги Спасов, решава да се откаже от авантюрата (виж интервюто).

Още трудности

Системата на "Хели ер" се е сблъскала и с други пречки, които обричат на неуспех всяка следващата частна инициатива. За излитанията компанията е разчитала на собствената си площадка в авиобаза "Враждебна". Там обаче е трябвало да се съобразява с графика на пътническите самолети на летище София - например да изчаква излитащите или кацащи пътнически самолети по разписание, което създава риск от забавяне при реагирането на спешен сигнал.

Друг проблем е липсата на достатъчно площадки за кацане в специализираните болници. Стигало се е до случаи, в които хеликоптер сваля пострадал от планината на летището или на някой стадион, предварително отцепен от полицията, след което човекът се пренатоварва на линейка и така се откарва до болница. Това създава допълнителен стрес за ранения.

Отделно проблем за частни компании, които биха се занимавали със спасителни операции по въздух, са системите на военните за отбрана, графици им за учения, както и установките за изстрелване на ракети срещу градушки. Те периодично отцепват територии от въздушното пространство, така че всяко излитане трябва да се координира и с тях с искане за осигуряване на въздушен коридор.

Какво казва държавата

"Осигуряването на въздушен транспорт е сред приоритетите на Министерството на здравеопазването, по които тепърва ще се работи в рамките на следващия програмен период", заявиха от ведомството на Кирил Ананиев за "Капитал". Това подсказва, че държавата вече се е ориентирала кой да е органът, който ще поеме инициативата, както и че ще се разчита на европейско финансиране за изграждането на системата. Лошата новина е, че това означава реално работата да започне едва след 2020 г. Освен това подобен модел на финансиране с европейски средства е ползван за създаване на хеликоптерно спасяване в Румъния, където резултатът не е положителен и това може да повлия негативно върху шансовете за подпомагане на българския проект.

За нуждата от хеликоптери са съгласни и в Държавната агенция "Безопасност на движението по пътищата". "Една от препоръките към Министерство на здравеопазването и неговите структури е да направи пълен преглед на времето за реакция, тъй като констатацията е, че в много райони не се покриват изискванията, описани в Наредба №3 от 6.10.2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт", посочват от агенцията и продължават, че една от възможностите за подобряване за времето за реакция е именно ефективното използване на въздушна спешна помощ. "Още повече че в страната има значителен брой планински пътни участъци с голяма натовареност, както и населени места със сезонна натовареност, които поставят на критично изпитание съществуващите сили и средства за реакция."

Според изследване, предоставено от агенцията, намаляването на времето между катастрофата и пристигането на спешни медицински служби от 25 на 15 минути може да намали смъртността с една трета, а систематизираното обучение на спасителните екипи може да намали времето за извеждане на загиналите от катастрофата от 40 до

50%. Същевременно използването на въздушна спешна помощ води до намаляване на смъртните случаи при ПТП-та, бедствия и аварии с около 20 до 30%.

Към момента в системата на здравеопазването разчитат на военните за въздушен транспорт при спешни случаи, особено за трансплантации. Ползването на такива машини става след заявка до министъра на отбраната, а лицензирани площадки за кацане има на три болници в София и на още толкова в провинцията: УМБАЛ "Света Ана", "Аджибадем Сити клиник", болница "Лозенец", УМБАЛ "Бургас", УМБАЛ "Св. Марина", Варна, и "УниХоспитал", Панагюрище.

Възможни решения

Военните хеликоптери са неприложими за планинско спасяване, тъй като са твърде големи и не могат да летят нощем. Те могат да са полезни при гасене на пожари и в издирвателни мисии, но не и за транспорт на пострадали, особено с лебедка. Военните обаче имат цялото ноу-хау, експерти и всичко необходимо като техника, комуникации и дори метеорологична служба, за да поемат организацията на една гражданска система. В Турция например спасителната дейност е поета именно от военните.

Ето защо решението е в привличането на специализирани и оборудвани за спасителни мисии машини и подсигуряване на издръжката им чрез включване в единна национална система, интегрирана в системата на спешна помощ чрез телефон 112. Една такава система би имала две страни участнички: авиационен оператор, който е специализиран в експлоатирането на хеликоптери, и втора страна, която обезпечава покриването на разходите на системата. Това може да е държавата или специално сдружение от институции.

В Европа моделите на финансиране на подобни спасителни системи са два. Първият е чрез държавния бюджет, както е в Испания, Франция, Италия. Другият е чрез частно финансиране, което се комбинира с неправителствени организации - фондации, спортни клубове с членски внос, както е германският съюз на автомобилистите. Швейцария има уникален модел на финансиране - организацията за въздушно спасяване REGA се финансира от членовете (физически и юридически лица), а също и от личните здравни застраховки на пострадалите. Възможните варианти са изброени в работен доклад за създаване на хеликоптерно спасяване в България, изготвен от Станислав Радков и Димитър Димитров от "Екско клуб", изпратен до президента Румен Радев през март миналата година.

"Нашето предложение е да се направи като в Европа - държавата да създаде системата, да я свърже със спешния център на телефон 112, да се включат по някакъв начин застрахователите по възстановяване на разходи, да се направят конкурси за тези бази, които да се поемат от частни фирми. Ще дойдат отначало да кандидатстват чужди фирми. Интерес ще има", смята Димитър Димитров от спортния "Екско клуб". Според него, за да се покрие страната, са достатъчни 4 или 5 центъра. "Само от София нищо не става. Не е достатъчен само един хеликоптер, защото машините влизат в поддръжка или примерно ще го пратят за някакъв медицински транспорт и ако в същото време стане тежка катастрофа, няма как да е полезен", смята Димитров. Той намира, че държавата не следва да поема разноските при инциденти, свързани със спортове на открито, тъй като това трябва се покрива в специалните планински застраховки.

"Хора, които се интересувате от планини, сме мислили да направим нещо като частен клуб, да си купим машини, но излиза голяма инвестиция - към 15 - 20 млн. евро. Чудехме се дали да не направим една подписка, която може и да няма някакво правно значение, но ако събере обществена подкрепа, може да окаже някакъв натиск върху властите да се задействат в тази посока", обяснява Димитров.

"Хеликоптерното спасяване е изключително важно за държава, която развива туризъм и с това лице излиза пред света. Имали сме запитвания от израелските служби имаме ли

хеликоптер. Но всичко опира до разбирането на държавата каква е стойността на човешкия живот", добавя Емил Нешев, директор на Планинската спасителна служба.

Снимка - без текст

Георги Спасов, собственик на "Хели ер":

Защо се отказате от хеликоптерите-линейки?

С голяма мъка съм продал хеликоптерите. Взеха ги в Грузия и сега там с нашите хеликоптери си изградиха система за спасителни мисии. Купихме ги изгодно втора ръка преди пет години от Швейцария с идеята, че пилотите ни, които изпълняват и операции зад граница, ще могат да летят и тук. Тази година прекратихме работата с хеликоптерите в Африка и надеждата ми беше някои от пилотите, които са най-добрите, да ги задържим и да са полезни. Затова и сме вложили много в тяхната подготовка. Но разходите за техническо поддържане са сериозни.

Колко струва издръжката на една машина?

Ние можем да се справим с 50 - 55 хил. евро месечно на един хеликоптер. Имаме база, хангар, техническо обслужване. Грубо летателен час излизаше средно над 3500 евро, но много зависи колко се лети. Ако се лети малко часове, може да излезе и 10 хил. евро един час.

Как покривахте тези разноски?

В някои години сме имали по-добри финансови показатели и това позволяваше да поемаме разходите. Но нещата се променят и вече беше неразумно да продължаваме. Най-вече ни отказа това, че не получихме подкрепа нито от държавата, нито от обществото освен частично от застрахователна компания "Лев инс". Писали сме доста писма. За да съществува такава система, на първо място трябва да има подкрепа от държавата чрез договор и организация със системата на спешната помощ и болниците.

Как би била най-ефективна една система за хеликоптерно спасяване?

Хеликоптерите биха били най-полезни, ако са базирани в болниците. Ние изградихме площадка съвместно с болница "Света Ана", изградихме площадка в "Сити клиник" и помогнахме да се изгради площадка на Правителствена болница. Ако на всяка от тях имахме по един хеликоптер, можеше на десетата минута от обаждането да сме във въздуха и да се притечем на помощ, какъвто е световният стандарт. Иначе, базиран на летището, излитането на хеликоптера се забавя с поне 30 минути заради различните летищни процедури. Какъвто е бил един от проблемите във вашия случай...

Системата, която ние се опитвахме да изградим, тръгна с два хеликоптера с база в София, като имахме идея за още една база във Велико Търново. Така щяхме да можем да покриваме цяла България. С един хеликоптер успявахме да покрием почти половината територия. Хеликоптерът се движи с 250 км в час, за 35 минути можеше да слезе долу до Сандански.

Как го правят другите държави?

В Швейцария има минимум 12 бази. Словакия, която е по-малка от България, има 7 бази, там се правят около 2900 мисии годишно. В България има много случаи, инциденти има, но не ни пращат. Планинските служби също не са ни търсили активно. Въпрос на политика на държавата е. Цената на живота явно тук е ниска.

В какви случаи сте се задействали?

Имали сме много случаи. Например францужойка беше пострадала с опасност за живота край Мусала, на 50-та минута беше в болница. Помагали сме на заклещен израелец - хеликоптерът спусна 30 - 40 метра въже, слезе спасител, изтегли пострадалия. На Пирин един декември, в три часа следобед изпратихме хеликоптер да

спасява хора в планината. Разходите после никой не ги пое. Сигурно сме спасили 10 - 15 живота, за които ние сме поели разходите.

Как гледате на възможността Министерството на здравеопазването да изгради система с финансиране от Европа?

Дори Европа да даде пари за 5 хеликоптера, за тях ще трябва поне 15 пилоти. Ако са нови машини, разходите за поддръжка ще са поне двойни от това, което ние имахме. Ако пък са на изплащане - тройно. Стои въпросът къде ще се обслужват машините, къде ще са болниците, до които ще се откарват случаите. Всичко това изисква време. А и доколкото имам информация, след като вече веднъж са дали средства за Румъния и са останали резервирани от резултата, в Европа не гледат много благосклонно към подобни проекти.

А добра ли е идеята междуременно да се ползват ресурсите на военните?

Идеята да се преоборудват кугърите не е вариант, защото това е съвсем друг клас хеликоптер. Спасителната работа се върши с клас 3 тона до 3.2 тона, които имат и съответния диаметър. При по-тежък хеликоптер като кугъра въздушната струя е много голяма и това поставя в риск операцията. Той може да се ползва при пътни инциденти, да кацне на шосето, да качи пострадал и да го транспортира, но не би могъл да се ползва в планината. Може да гаси пожари, да участва в издирвателни операции. Армията има добри пилоти, макар и с малък нальот от по 500 - 600 часа. Нашите имат по 10 хил. часа. Но военните си имат други задачи.

Снимка - без текст

Емил Нешев, директор на дирекция "Планинска спасителна служба" към БЧК

Колко важно за планинските спасители е да разполагат с хеликоптер?

Изключително важно е за нас, тъй като достигането до пострадал отнема време. Колкото да си бърз и трениран, разстоянията и денивелациите в планината са такива, че отнема часове. При една комбинирана травма да носиш пострадал 7-8 часа е много.

А какъв е стандартът за време?

В света работи правилото на "златния час". Това е времето от получаването на съобщението за бедстващ човек, до транспортирането му в болница, в което шансът за оцеляване е най-голям. А ние имаме средно 2-3 часа за достигане до човека, после още поне толкова връщане. Това работи, но за случаите с по-леки травми.

Средно по колко тежки случая имате в планините?

Всяка година отчитаме увеличение в броя на пострадалите и повишение на травматизма в планините. Само за последните три седмици имаме 20 акции. Така че за нас загубата на хеликоптерите е много голяма, защото това беше работеща схема. Имаме много случаи на спасени хора.

Колко често ползвахте хеликоптери досега?

Случаите са били в рамките 6-7 до 10 на година. На нас ни е ясно, че само от планинско спасяване поддръжката на хеликоптери няма как да е рентабилна, дори и двойно да се плаща на летателен час. Трябва да се изгради система, която да осигури издръжката на тези машини. Но това е до разбиране на държавата за това каква е цената на човешкия живот.

След като вече няма хеликоптер, кои са най-критичните точки?

Големите планини като Рила, Пирин, Централна Стара планина, където достъпът е изключително затруднен, а в същото време има голямо струпуване на хора. Хората не си дават сметка, че планинското спасяване е изключително скъпа дейност. Поддържахме 24-часови дежурства на пет места в България, имаме бази в страната, екипи, 530 души доброволци, тренировъчно обучение за тях, техника и поддръжка за нея.

Как да намалим рисковете за себе си, докато в държавата няма хеликоптери-линейки? Проблемите идват от подценяване на условията в планината и надценяване на собствените възможности. На всеки може да се случи, но ако направим едно добро планиране на маршрута и си дадем ясна сметка къде сме като подготовка и екипировка, би трябвало да намалим рисковете. В целия свят е прието на планина да се ходи със специална застраховка за планина. Тя няма как да е задължителна. Но и тук трябва да узреем за това разбиране, въпрос на застрахователна култура е.

www.zdrave.net , 19.09.2019 г.

<https://www.zdrave.net/-/n10601>

Д-р Шарков отново в борда на Световната дентална федерация

Д-р Николай Шарков, председател на Български зъболекарски съюз, е избран за втори тригодишен мандат за съветник в борда в Световната дентална федерация (FDI), съобщиха от БЗС.

Той е единственият представител на Източна Европа на такова високо ниво. Изборът се състоя по време на Световния годишен конгрес на FDI, който се проведе от 5 до 8 септември т. г. в Сан Франциско, Калифорния. В него взеха участие над 31 000 делегати от 130 дентални асоциации от целия свят.

Световната дентална федерация има стратегия за оралното здраве до 2020 година, а сега подготвя и тази до 2030 г.

Сред най-големите проблеми са застаряващото население и увеличаващият се брой на възрастните хора в световен мащаб. Другият сериозен проблем е миграцията.

FDI работи активно за това оралното здраве да бъде признато като основна част от общото здраве и добруване на човека.

www.zdrave.net , 19.09.2019 г.

<https://www.zdrave.net/-/n10602>

Д-р Николай Брънзалов: Бизнесът не страда заради лекарите

„Да се казва, че бизнесът в България страда, защото лекарите издават болнични листове, аз никога няма да се съглася“, това заяви д-р Николай Брънзалов от Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в предаването „Тази сутрин“ по БиТиВи по време на дискусия за фалшивите болнични.

Той допълни, че явно проблемът с фалшивите болнични не е в лекаря.

„На лекаря работата не е свързана с цифри и милиони. Нашата работа е да прегледаме пациента и по възможно най-бързия начин да го върнем на работа. А за времето, в което отсъства, лекарят трябва да издаде надлежния документ. Оттук-нататък идва ред на законодателството и на контрола. Ние няма да протектираме лошите практики. Който лекар се докаже, че краде, да си понесе отговорността.

Ако иска работодателят да си прави втора експертиза на болния, след като сме издали болничен, той има пълна свобода. Има ли човешки фактор, винаги ще има и причини за грешки. Ние сме диалогични. Управителният съвет на БЛС пожела среща, за да изгладим тези неща“, коментира д-р Брънзалов.

Председателят на Асоциацията на индустриалния капитал Васил Велев каза в дискусията, че всъщност първите 3 дни болнични не ги плаща работодателят, а съвестните работници, които не се правят на болни.

„Ние предлагаме солидарността в изплащането на болнични да започва от 4-тия ден, а не от първия, както е сега. 9-10 дни е средно при нас отсъствието по болест, а в Турция е 2-3 дни. Феноменът расте. Нашето законодателство стимулира едно грозно явление – масови кражби и масова корупция. Крадат се от съвестните работници около 50 млн. лв. всяка година. Още 150 млн. лв. се крадат от НОИ и се пропускат да се изработят 1 млрд. лв. годишно, което прави около 400 млн. лв. пропуснати ползи за бюджета. Ние сме бедни, защото крадем, а не работим“, заяви Велев.

Мика Зайкова, икономически експерт, обясни, че не е приемливо да не се плаща на работещите: "това е абсурдно, нечовешко и в известна степен незаконно".

„Трябва да се плаща, но не бива да се прави от бизнеса. Проблемът с фалшивите болнични се решава с ефективен контрол от страна на Министерството на здравеопазването, на труда и социалните грижи и НОИ. Това деяние трябва да се криминализира“, смята Зайкова.

Припомняме, през юли премиерът Бойко Борисов предупреди лекарите да внимават с изписването на болнични. „Предупреждавам. Никак не ми е приятно да арестувам доктори или медицински лица, защото всеки от нас дълбоко ги уважава, но призовавам да спрат тази практика, защото много сериозно сме се заели с нея“, каза той, заради увеличеният брой на болничните тази година. Думите му бяха посрещанти остро от съсловие. "Когато се говорят нещата, че само докторите са виновни, проблемът няма да бъде разрешен. Дори и да има лоши практики, ние като Лекарски съюз, не ги подкрепяме, ще се борим това нещо да бъде изкоренено“, каза д-р Гергана Николова, член на УС на БЛС. Председателят на общопрактикуващите лекари доц. Любомир Киров заяви: „Ние ежедневно сме поставени под натиск. Ежедневно живеем с хората и знаем техните проблеми. Ние като лекари определяме дали един човек има нужда да бъде изведен от работната среда, но не е наша работа да контролираме какво прави пациентът, на когото е издаден болничен лист, когато си отиде вкъщи. Т.е. ние нямаме ангажимента да упражняваме този контрол“.

www.zdrave.net, 19.09.2019 г.

<https://www.zdrave.net/-/n10610>

Д-р Иван Маджаров:

Изразяваме ясната си позиция за реформата на система, не искаме да сваляме министъра

Надежда Ненова

„Искам категорично да заявя на всички, които с „неприкрита радост“ си мислят, че сме искали да сваляме министъра: Не, не сме го искали! Българският лекарски съюз има последователна позиция по мерките, които трябва да се вземат по оптимизиране на здравната система.“ Това каза председателят на БЛС д-р Иван Маджаров по повод коментарите за позицията на Националният съвет на БЛС относно концепцията за нов здравен модел.

„Това е нашата позиция, която няколко пъти сме изразявали. Макар да изглежда твърде остра, всъщност тя е пределно ясна. Не е витиевата, не е усукваща, което според мен е предимство“, каза председателят на БЛС.

По думите на д-р Маджаров най-важните неща за оптимизирането на системата са да е ясно колко струва здравния труд в България, да има изградена и работеща единна информационна система с електронна рецепта и електронно досие и да се даде възможност на всички граждани на България да си направят допълнително здравно

застраховане, така че да бъдат платени дейностите и услугите, които не се покриват от наличната здравна вноска. По отношение на най-бедните също трябва да се предвиди кой ще поеме допълнителната здравна застраховка.

„Още преди близо три години, още когато се заговори за задължително здравно застраховане и всичко задължително, което е над сегашната задължителна здравна вноска, ние сме били винаги против. Преди да си събереш всички вноски, които сега не са събрани, да задължиш отново всички хора, които и сега са коректни, да плащат още, ми се струва несправедливо“, каза още д-р Иван Маджаров.

В отговор на изразеното учудване на министър Ананиев, че позицията на БЛС, която беше вече публикувана през юли, е разпространена отново, д-р Маджаров уточни, че причината е сегашното ѝ съгласуване с Националния съвет на БЛС. „Юли месец, след кръглата маса, на която беше представен проекта за реформа на министър Ананиев, имахме Управителен съвет. На заседанието одобрихме тази декларация и тя беше разпространена по всички медийни канали. Поради летния сезон обаче нямаше възможност да съберем Национален съвет, който е съставен от председателите на 28-те регионални колегии в цяла България, и сега, на 13-ти септември, той препотвърди декларацията. Тъй като това е решение на Националния съвет, ние сме задължени да го публикуваме отново. Не сме търсили сензация точно в този момент, нито заради откриването на политическия сезон“, каза той.

Очаквайте тази седмица интервю с председателя на БЛС.

24 часа

20.09.2019 г., с. 4

Медсестрата от протестите се оттегля от комитета зад Манолова, не иска да е част от политически игри

Мая Илиева не разбира защо името ѝ било в списъка. Присъствала при издигането на обмудманката само заради каузата ѝ за медиците

Не съм част от Инициативния комитет на Мая Манолова и това може да се види на сайта на Столична община. Това заяви медицинската сестра Мая Илиева вчера.

Макар да не е сред онези, които са внесли документите за регистрация на Манолова като кандидат за кмет от името на инициативен комитет, Илиева фигурира в пълния списък на членовете му, разпратен до медиите на 4 септември - в деня, в който бе обявен комитетът. Тогава Илиева дори отправи приветствие от трибуната: „Тук сме, за да подкрепим единствения човек, който застана до нас, когато имахме нужда, който даде гласност на проблемите в здравеопазването, които се оказаха тема табу, засягаща много интереси. Тук сме, за да подкрепим човекът-професионалист, който показва, че когато се захване за дадена кауза не отстъпва и отстоява целите ѝ докрай.“ Какъвто и пост да заеме оттук нататък, тя ще отстоява интересите и правата на обикновените българи, пожелавам ѝ успех, каза още медичката по адрес на Манолова.

„Да, бях на представянето на инициативния комитет, но за да изразя нашата благодарност за това, което направи. Само тя застана до нас по време на протестите, а на черното бяло не може да се каже. Ще продължим да ѝ съдействаме по тези теми, ако има нужда, но не искаме да влизаме в политически игри“, ? заяви Илиева вчера от името на комитета, организиращ протестите на медицинските сестри. „Не мога да разбера какво точно представлява този инициативен комитет. Не сме политически ангажирани с никого. Ако искате като гражданин да застанете зад нас, сте добре дошли. Ако имате дейност, свързана с политически амбиции, си е ваше право. Но в

момента, в който решите да изразите тези амбиции, това означава, че ние приключваме с взаимните си отношения“, допълни Илиева.

Сп. Икономист, 20-26.09.2019 г., с. 20-21

Миграция към частното здравеопазване

Болниците, собственост на бизнеса, привличат със специализирани дейности и по-добро обслужване

Иглика Горанова

Все повече пациенти у нас се насочват към частното здравеопазване и тенденцията е устойчива. Причините за миграцията от държавното към частното здравеопазване са по-добрата техника и по-добро обслужване в част от специализираните частни болници, показват наблюденията на Националното сдружение на частните болници.

Интересът към частното здравеопазване следва европейските тенденции, където се забелязва повишен интерес към частните клиники. В Европа те имат два елемента: първо, това са частни болници, където една трета от болниците са частни, макар да финансират основните си дейности от публичната Национална здравноосигурителна каса. И докато в Централна и Източна Европа (виж стр. 22) все повече пациенти се насочват към частните болници заради дългите срокове за прегледи и операции в държавните лечебни заведения, у нас предпочитанията са свързани с по-добрата техника, с по-качественото обслужване и със специализацията на болничните заведения.

„В болници като „Софиямед“ и „Полимед“ се чака с месеци за операции на ставите, макар там да е по-скъпо, а най-модерната клиника в Европа за откопчаване, оборудвана с най-съвременна апаратура, е „Уни Хоспитал“ в Панорагорице. Много добри са и частните офталмологични клиники“, коментира пред „Икономист“ Красимир Грудев, шеф на Националното сдружение на частните болници. Той уточни, че в частните болници пациентите не

са само медицински центрове, но за да могат да ползват ресурс от здравната каса се регистрират като болници, което е изгодно. Промина в политиката на финансиране на извънболничната помощ би могла да доведе до трансформирането на част от тези болници в центроле и да намали броя на частните лечебни заведения.

Каска с картината

Броят на заведенията за болнична помощ в България расте ежегодно. По данни на Националния статистически институт в края на 2018 г. те са 346. От тях 65 са собственост на държавата, 130 на общините. В съответствие с публичния срещу частни дружества големата част от играта попада в ръцете на държавната администрация, или 23 от болниците, за сметка на 13 от тях, чиито собственици са бизнесът, коментира пред „Икономист“ Здравинат икономист от ЕКПМ Аркадий Шарков. Броят на болниците в страната е няколко пъти по-голям от този в Европа отчасти, но въпреки това, че няма да се открият нови лечебни заведения, преди месец Министърският съвет одобри създаването на ново лечебно заведение в Габрово. Правителството за пръв път се въздържа от промените, които биха направили в Закона за лечебните заведения през 2019 г. – централната власт да може да разрешава разкриването на нови болници. До новата промена разрешението се издава от Министерството на здравеопазването.

Според експерти в сектора, където държавата регулира цените, плащанията и броя на приетите пациенти, частните болници са поставени в състояние на неволна конкуренция. Държавата и общините запитават всички свои дружества от приравнявания и фалит, като ги захранват с финансови инжекции, но не същото може да се каже за частните болници, които при фалит биват закривани.

Въпреки лошата регулация някои от частните болници стигват да заемат

предни позиции по приходи от лечебна дейност. По данни от Търговския регистър на първо място в страната по приходи се нареждат УМБАЛ „Св. Троица“ в Пловдив и УМБАЛ „Св. Марина“ във Варна, след тях веднага са двете от болниците на турската верига „Арджубадем“, а петото място заема УМБАЛСМ „Протоин“. „Погледът през кризиса на посрещемостта, приходите говори за качество на медицинската услуга, но не трябва да се забравя, че темпът на следването на ефекта от лечението“, коментира Шарков.

Проблемите

Лечебните заведения, членували в Националното сдружение на частните болници, за момента не изпитват недостиг на лекари, но нък имат недостиг на здравни специалисти. „Когато започнахме дейност, картината беше обратна – имаше недостиг на лекари и достатъчно медицински сестри. И макар в частния сектор да даваме по-добри възможности, не можахме да се справим сами с този проблем. Държавата трябва да се погрижи да направи привлекателна

тази професия за младите хора“, коментира още Грудев.

Сдружението, както и Асоциацията на университетските болници, Сдружението на многопрофилните болници и др. настояват да се въведе задължително здравно застраховане. За да се случи това и да се преодолее недофинансирането в здравната система, от асоциацията предлагат три съставки. Първата е да се определят реални и единни цени на медицинските услуги. Втората е да се осигурят доплащанията за прегледи и лечение. Трето, болничните директори и собственици искат да се определят източниците за дофинансиране на лечението. В момента лечебните заведения имат голяма свобода да обявяват допълнителни цени за прегледи и манипулации, които не се отразяват от здравната каса. Има клиники, в които само прегледът достига 100 лв. Цената за осигуряване на доплащането е да провикат пациентите да се застраховат за здраве, след като установят, че няма безплатно здравеопазване, а така да престанат да плащат под масата в клиниките, а застрахователят да плаща за лечението. ▀



ИНИЦИАТИВА: Здравният министър, Кирил Ананиев, правява ра с забраната допълнително в проектово за промяна на Закона за лекарствените продукти в хуманитарните медицински

плацат за дейности, финансирани от НЗОК, а само за медицински изделия, по-добри битови условия, допълнителни прегледи и услуги.

Грудев обръща внимание на един парадокс – част от болниците с частно финансиране по същество



СЪРБЕВАНЕ: По оборудване болницата „Уни Хоспитал“ в Панорагорице е най-модерната в Европа.

МЗ иска забрана на доплащанията

Забрана на допълнителните на медицински помощи да излизат от бюджета на НЗОК, предвиденият променен, предвидени от МЗ в проектите и законодателни разпоредби на Закона за лекарствените продукти в хуманитарните медицински помощи, в проектово е забранено плащането от здравноосигурителния фонд за плащането с лекарствените продукти при изключително забраняване, забраняване на плащането с медицински помощи и специални операции и изключително интервенции при пациенти с бродени коагулопатии, както и сдържане на напълне на провазия за предоставяне на лечението на определени в Националния разпоредителен мандат болничен процес. В законопроект са изброени случаите, в които доплащането е допустимо, като те се обхващат с изключително изключително на пациентите. Това са конкретни, допълнително поискани случаи по време на болничния престой. Дейностите, включени в тези случаи, както и редът за плащането им ще бъдат определени с наредба на министъра на здравеопазването. Доплащането е допустимо по инициатива на здравноосигурителното лице за получаване на медицинските помощи с лекарствените продукти, медицинските изделия или дриетична храна за специални медицински цели, различни от предоставяните от лечебните заведения. В рамките на оказването от ново медицинско помощ и наредбата от същността ѝ, гаранцията от бюджета на НЗОК. По свои инициатива здравноосигурителните пациенти имат право на получаване битови услуги, допълнително обслужване в болницата и избор на лекар, или от медицински специалисти. Обществено обсъждане на законопроект е го 18 септември.