

ПРЕСКЛИПИНГ

24 юли 2019 г., сряда

www.clinica.bg , 23.07.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"
<https://clinica.bg/8978->

ПРОМЕНИ В СЪСЛОВНИЯ ЗАКОН НА ФАРМАЦЕВТИТЕ

Промените в Закона за съсловната организация на фармацевтите влизат на второ четене в парламентарната здравна комисия. При гласуването им преди месец се появи разногласие в гилдията. Ръководството обясни, че те се правят, за да се подобрят правилата и да се улесни работата на висшите органи на БФС. Опонентите пък заявиха, че не трябва да се приемат точно преди отчетно-изборния конгрес на съсловната организация, който е планиран за есента.

Измененията предвиждат да се намали броят на делегатите на Конгреса на БФС. В момента те са по един на 10 членове, а на първо четене се прие да се избира по делегат на 20 членове на районните колегии. Аргументите на проф. Илко Гетов, председател на БФС бяха, че броят на фармацевтите се е удвоил през последните няколко години и достига 6500. Това означава, че делегатите на Конгреса трябва да са 650, ако не се променят правилата. Такъв голям брой хора трудно биха взели някакво решение, каза той. Според негови колеги обаче по този начин се нарушава представителността. Затова сега има ново предложение на здравната комисия за промени, които предвиждат да се посочва един делегат на 15 фармацевти.

Новите текстове предвиждат при брой

на членовете на регионалната колегия, който е с повече от десет души над нормата на представителство, броят на делегатите да се увеличава с един. При избрани по-малко от половината представители по данни на регионалните колегии съобразно броя на членовете на БФС, Конгресът се отлага с три месеца, пише още в проектозакона. Дали всичко това ще се приеме, ще стане ясно на заседанието в четвъртък.

Записано е също решенията на органите

на БФС на национално равнище да са задължителни за регионалните колегии и за членовете на БФС. Това провокира съмнения, че може да се стигне до авторитарност при вземането на решения. Според Николай Костов от Асоциацията на собствениците на аптеки по този начин съдбата на всички фармацевти ще се решава от 5 човека. На предишното заседание той заяви, че с новите текстове се променя изцяло духът на закона, а най-притеснителното е, че решенията на централните органи не могат да бъдат обжалвани никъде. Предвижда се те да могат да се атакуват в съда, но това беше определено преди време от КС като противоконституционно.

По предложение на председателя на здравната

комисия д-р Даниела Дариткова чрез Закона за съсловната организация на фармацевтите се правят изменения и в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Те предвиждат Фармако-терапевтичните ръководства да се приемат с наредби на МЗ и да се обнародват в „Държавен вестник“. Ще бъде гласувано също удължаване на срока за изготвяне на стандартите по специалности и правилата за добра медицинска практика. Той изтече на 30 юни, но тъй като не са готови, новата дата е 30 ноември. Текстове предвиждат също Националният съвет по цени и реимбурсиране да може да контролира и променя цените на лекарствените продукти и да ги включва или изключва от Позитивния лекарствен списък. А също и да извършва оценка на здравните технологии на лекарствата.

VINF 12:23:[31_23-07-2019](#)
RM1221VI.004

Промени в законодателството за извънсъдебно решаване на спорове в сферата на здравеопазването ще предложи неправителствена организация

София, 23 юли /Константин Костов, БТА/

Промени в законодателството за извънсъдебно решаване на спорове в сферата на здравеопазването ще предложи Център за защита на правата в здравеопазването. Това съобщиха в Националния пресклуб на БТА представители на неправителствената организация.

Центърът започва проект, чиято крайна цел ще бъде да предложи модел за намиране на работещо решение при съдебни спорове в здравеопазването между пациенти и лекари/лечебни заведения. Като например медиация или арбитраж. Проектът ще има за цел да улесни гражданските дела за медицинска грешка, които продължават с години, натоварват съдебната система и разходват големи средства за провеждането им. Той ще се финансира от Социален фонд на Европейския съюз по Оперативна Програма "Добро управление".

Според адвокат Христина Николова излизането на тези спорове от съдебната система е възможно най-добрият вариант за тяхното решаване. Тя допълни, че с годините тези дела стават все повече, увеличават се и обезщетенията по тях, а няма конкретна законова регулация за тях.

Председателят на центъра Д-р Стойчо Кацаров коментира, че съдебната система е претоварена с подобен тип дела, а магистратите изпитват затруднения заради медицинската терминология. По думите му пациентите са лишени от възможност за процедура, при която извън съда да решат тези спорове.

Проектът включва анализ на този вид дела и на нормативната уредба ще се състоят и две обществени обсъждания - в София и Пловдив, като ще бъде изследван и опита на другите държави. След това ще се изготвят съответните предложения за законови промени, които ще бъдат представени пред политиците. Това трябва да стане до 1 юли 2020 г.

www.bnr.bg , 23.07.2019 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"

<http://bnr.bg/burgas/post/101147684/jivotopoddarjashoto-lekarstvo-za-pacienti-s-redki-zabolavania-izcheznalo-ot-pazara-minalata-godina-oshte-ne-e-dostaveno>

Заради неспазени процедури

Животоподдържащо лекарство за пациенти с редки заболявания липсва в аптечната мрежа

За да си осигурят алтернативна терапия болните търсят лекарството или негов заместител от чужбина

Гергана Хрисчева

Животоподдържащо и без аналог в България лекарство за пациенти с лупус и ревматоиден артрит липсва в аптеките у нас от края на миналата година. За това сигнализираха пред "Хоризонт" от Организацията на пациентите с ревматологични заболявания в България. Фирмата производител не е спазила законовия срок от 18 месеца да информира Изпълнителната агенция по лекарствата, че спира производството

му и чак тогава да го изтегли от позитивния списък, за да има възможност агенцията за предприеме мерки, посочват от пациентската организация.

Вече повече от 6 месеца хиляди пациенти не могат да си купят лекарството „Резохин“, което се приема като поддържаща всекидневна терапия при лечение на лупус и ревматоиден артрит, каза пред БНР Боряна Ботева, председател на Управителния съвет на Организацията на пациентите с ревматологични заболявания в България.

"Почнахме да получаваме сигнали на Фейсбук страницата на сдружението, че липсва медикаментът „Резохин“, който се реимбурсираше от Здравната каса. Това е основен медикамент, особено при пациентите с лупус, а според данни на Здравната каса диагностицирани са 3 хиляди и 900 души. Те остават без лечение, тъй като медикаментът липсва“, подчерта Боряна Ботева в предаването "Преди всички" по "Хоризонт".

„Свързахме се с фирмата производител, където ни беше казано, че имат производствени проблеми, но се очаква да имат медикамента през месец май. Да, обаче това не се случи. На поредното запитване, което отправихме - този път до институциите, от Националния съвет по цени и реимбурсация ни уведомиха, че на 6 юни е постъпило заявление от фирмата производител за изтегляне на медикамента от позитивния лекарствен списък и заличаване на цената му. Ние изпратихме писмо до Изпълнителна агенция по лекарствата, откъдето ни уведомиха, че пък на 21 юни фирмата производител е подала заявление, че спира производството на медикамента, макар че според закона този процес е обратен. Първо трябва да се подаде уведомление, че производството спира (което трябва да стане 18 месеца преди реалното спиране) и чак след това да се поиска изтегляне на медикамента от позитивния лекарствен списък“, поясни Боряна Ботева от Организацията на пациентите с ревматологични заболявания.

Според Ботева, когато медикаментът е единствен и в случая няма заместител, институциите трябва да могат да реагират, така че хората да не остават без лечение.

Една част от пациентите преминават на лечение чрез алтернативния медикамент „Плакенил“, който пък изобщо не се внася в България и хората си го закупуват от Гърция или Турция, уточни още Боряна Ботева.

"Но тъй като, да речем, са развили някаква непоносимост към „Резохин“ (въпреки че активната съставка е една и съща, все пак всичко е индивидуално), те се снабдяват с „Плакенил“ от Гърция и Турция", допълни тя.

Основният проблем според пациентската организация е, че държавата не е осигурила алтернатива на лекарството по линия на здравната каса.

"Защото, ако имаше алтернатива, проблемът щеше да е много по-малък. Не да пътуват до Гърция или да си поръчват онлайн, или каквото се сетите. Тук разнасяме едни хапчета напред-назад като амбулантни търговци. Това е основен медикамент", коментира Боряна Ботева.

Липсата на лекарството поставя пред непрекъснато изпитание и Юркие Фейзи:

"Аз съм един от малкото пациенти в България, страдащи от лупус. Формата при мен е кожно-ставна, имунологична. Заболяването е системно и могат да бъдат засегнати всички органи и системи в организма. Ние основно се лекуваме с „Резохин“ - медикамент основно с поддържаща функция. При нас лечение няма, но той е изключително важен, за да може да поддържа едно стабилно състояние и да облекчаваме нашите симптоми. И в момента много трудно се снабдяваме с неговия аналог – „Плакенил“-а. Аз „Плакенил“ вече си взимам от Турция, там като цена е доста по-евтино, защото има възможност да си взема повече опаковки, за по-дълъг период от време. Нямам възможност да пътувам всеки месец до там."

Докато се снабдят с лекарството някои пациенти спират да ходят на работа, пояснява Юркие Фейзи.

"На пациентите им е изключително трудно, защото не всеки има възможност да пътува. Много от тях са трудно подвижни. Ако нямат близки, които да отидат в чужбина да вземат съответното лекарство, тези хора просто са обречени. Аз съм една от малкото късметлийки, която има близки там и всъщност те ми купуват. И когато някой от тях се връща в България, ми носи по няколко опаковки, за да мога аз да имам за няколко месеца. Но всеки път, когато видя, че опаковките ми намаляват, имам голям стрес и притеснение - трябва ли да пътувам, някой друг ще успее ли да ми го вземе..."

Болните предпочитат да имат достъп до „Резохин“, защото се повлияват добре от него и той е по-евтин. Медикаментът обаче вече липсва и в други страни от ЕС, докато преди е можел да бъде набавен от Италия, Германия, Франция и Испания, а „Плакинил“ има в Турция, Гърция и Румъния, става ясно от думите на Юркие Фейзи.

www.mediapool.bg, 23.07.2019 г. ТС "www.mediapool.bg" \f C \l "1"
<https://www.mediapool.bg/prof-ivo-petrov-solidarniyat-zdraven-model-e-totalno-razrushen-news296035.html>

Проф. Иво Петров: Солидарният здравен модел е тотално разрушен

В момента системата е най-несправедлива за най-социално слабите

Здравната система трябва да бъде така променена, че здравеопазването да бъде достъпно, по-предвидимо и по-справедливо. В момента то не е справедливо, защото принципът на солидарност е разрушен. Това коментира инвазивният кардиолог проф. Иво Петров пред БТВ по повод дискусиите за промяна в здравния модел.

В момента системата е най-несправедлива за най-социално слабите заради доплащането. "Защото много често се налага всички ние, като пациенти и като роднини на пациенти, да вадим пари и да доплащаме. Това хаотично, безумно доплащане от джоба е възможно най-социално несправедливо и солидарният модел е тотално разрушен", коментира Петров.

Той каза още, че в момента здравеопазването ни е солидарно само на книга, но от европейските страни е най-несолидарно. Първо, защото тук по принцип има малко средства и заради голямото доплащане. "В България има относително малко средства в сравнение със страни като Германия, Белгия, Франция. Лечението при тях е значително по-добре финансирано, разликите стигат до 10 пъти", коментира Петров.

Според него промените не се случват, защото има закостенялост в системата на здравеопазването, която се държи от хора, които нямат интерес тя да бъде променена.

"Напоследък се създава впечатлението, че целта е да се изхарчат едни пари, а не да се излекуват едни пациенти. Докато не се постави пациентът в акцента на здравеопазването, нещата няма да се получат", посочи той.

"Има прекалено много здравни заведения и така принципно добрата медицинска услуга се размива на добра на средно ниво. Но това, което касае пациентите със сложна патология, която изисква голям професионализъм и сложни технологии, дефицитът там е много голям и затова пътуват в чужбина", коментира Петров. Той посочи, че високотехнологичната медицина трябва да бъде достъпна за повече пациенти.

По думите му "харчим много за малките неща, и не харчим за големите".

"Трябва да преценим на кои лечебни заведения каква функция им се пада, каква функция биха имали като най-необходими на местното население. Не можем да очакваме от една общинска болница с 40 операции на година да прави сложна хирургия. Тези, които имат

своята социална функция, те да останат с такава функция, а високотехнологичната функция да бъде пренесена към университетските центрове", посочи той.

“Ако има по-малък брой болници, няма да има дефицит на персонал, няма да има дефицит и в заплащането, т.е. медицинските сестри няма да се налага да стачкуват, ако са разпределени в по-малък брой болници, които ще бъдат по-добре финансирани, няма да има изтичане на средства в пясъка, както е в момента“, заяви още Петров.

По думите му трябва да се вземат големите стратегически решения и тогава конкретиката ще бъде изяснена.

“Ако има допълнителни фондове, разрушаване на монополния модел, сигурен съм, че допълнителните здравни фондове ще направят всичко възможно така, че ефикасна медицинска помощ да има за всеки пациент, който е осигурен при тях. Има една медицинска група в момента, която има и организиран транспорт. Щом държавата не го осигурява, хората, и занимаващите се със здравеопазване успяват да го осигурят“, коментира той.

www.skener.news, 23.07.2019 г. ТС "www.skener.news" \f C \l "1"
<http://skener.news/2019/07/23/>

53 млн. лева струва издръжката на НЗОК

Това е малко над 1 процент от общия бюджет на касата, който за тази година е 4,3 млрд. лева

Малко повече от 53 млн. лева струва издръжката на НЗОК, което е над 1 процент от общия бюджет на касата. Това пресметнаха от Центъра за защита правата в здравеопазването (ЦЗПЗ) в разгара на дискусиата за промяна на здравния модел и опасенията, че частните фондове ще харчат по-голяма част от вноската ни за административни разходи и формиране на печалба, отколкото за медицински дейности. [30 664 038](#) лева са планираните разходи за заплати на служителите на НЗОК за 2019 г. Щатните бройки са 2267, като половината от тях са държавни служители. През месец май, са заети 2087, а 2,4 млн. лева са предвидени за допълнителни възнаграждения по граждански договори, облекло и обезщетения. Други 8,2 млн. лева НЗОК ще плати на НОИ, като осигуровки от работодател за наетите лица. Извън заплатите, издръжката на институцията ни струва още [12 140 000](#) лева. Общо разходите за администриране на НЗОК за 2019 г. са [53 443 000](#) лева.

Много или малко е това от ЦЗПЗ не се наемат да коментират, но са категорични, че има огромни резерви в ефективността на другите разходи – за прегледи, изследвания, болнично лечение и лекарства. „Общата сума на здравноосигурителни плащания за 2019 г. е 4,3 милиарда лева, а подобряването на ефективността на тези разходи само с 1 процент ще даде резултат от 43 милиона лева или почти колкото всички разходи за администриране на НЗОК“, изчислиха обаче от ЦЗПЗ.

www.capital.bg, 23.07.2019г. ТС "www.capital.bg" \f C \l "1"
https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2019/07/23/3942072_zdravnoto_ministerstvo_zapochva_da_plashta/

Здравното министерство започва да плаща специализациите на младите лекари

Държавата ще отдели 6.5 млн. лв. годишно за обучението, а след това кадрите ще трябва да работят три години в места с недостиг на специалисти

Десислава Николова

България няма достатъчно лекари, особено в ключови специалности като педиатрия, анестезиология, психиатрия, патология и др. С нова промяна, иницирана от здравното министерство, този недостиг трябва да бъде поне частично разрешен.

Ведомството на Кирил Ананиев е въвело промени в наредбата за специализациите, които най-накрая решават проблема с липсата на държавно финансиране за взимане на специалност.

Само допреди няколко години младите лекари, чието първоначално обучение продължава шест години, трябваше да плащат още четири или пет години, за да работят в болница и да се обучават. Преди три години здравното министерство промени този абсурден модел и накара клиниките, на които са нужни специализанти, да им плащат минимум две минимални работни заплати. Това обаче също доведе до проблеми: в много болници, особено в провинцията, младите лекари получаваха заплати, по-високи от тези на обучаващите ги лекари.

Според промените в наредбата държавата вече ще плаща от бюджета на здравното министерство за обучението по държавна поръчка за специализацията на лекарите, които са ѝ необходими. През тази година такива са 489 души и необходимата сума за обучението им е около 6.5 млн. лв. годишно. За специализациите, които започват през тази година, министерството е спестило средства от други пера, за да плати на младите лекари и техните бази за обучение.

Държавата взима мерки

Според обнародваната нова редакция на наредбата за специализациите на лекарите, обучението по държавна поръчка вече ще се поема от държавата, като ведомството, оглавявано от Кирил Ананиев, ще субсидира университетските болници, в които се обучават младите лекари. Лечебните заведения вече няма да бъдат длъжни да отделят средства за заплати на специализантите, които работят при тях.

Според наредбата размерът на месечната субсидия, която ще получават за всеки специализант базите за обучение, в общия случай ще е в размер на две минимални работни заплати за страната и дължимите осигурителни вноски върху тях. На специализантите от дефицитни специалности ще бъдат плащани три минимални работни заплати.

През тази година минималната работна заплата е 560 лева.

Специализантите ще могат да получават субсидии за обучението си не само от държавата, но и от общините, от самите болници и по европейски проекти и програми.

Не си отивай от болницата

Минималните срокове за специализация на лекарите са 4-5 години. Пет години се специализира по хирургичните специалности. След като приключи обучението, лекарите могат да се явят на сесия два пъти годишно. Така, дори и да започнат веднага след завършването си на 25-годишна възраст, младите лекари се обучават поне до 29-30-годишна възраст.

Наредбата обаче въвежда и правила за работа след специализацията. След като придобият специалност, младите лекари ще могат да избират да работят от списък с лечебни заведения, области или общини, в които има установен недостиг на специалисти и ще бъдат длъжни да работят по специалността си поне три години.

Ако специализант, който е получавал държавна субсидия, не изпълни това задължение, той ще бъде длъжен да върне парите, които е получил по време на обучението си. Към днешна дата става въпрос за минимум 53 760 лв.

www.zdrave.net, 23.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n10124>

ЕМА взима спешни мерки срещу предозиране с метотрексат

Комитетът за безопасност на Европейската агенция по лекарствата (PRAC) препоръчва нови мерки за избягване на предозирането при пациенти, приемащи метотрексат, съобщава Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ).

Оказва се, че някои пациенти неправилно са приемали медикамента всеки ден, вместо веднъж седмично.

Новите мерки включват ограничение на това кой може да предписва тези лекарства, открояващо се и забележимо отразяване на предупрежденията върху опаковката и предоставяне на обучителни материали за пациенти и медицински специалисти. В допълнение, за да се подпомогнат пациентите в придържането към еднократно седмично приемане на лекарството, таблетките метотрексат, предназначени за дозиране веднъж в седмицата, ще се предлагат като блистери вместо в досега използваните контейнери или шишенца.

Медикаменти с активно вещество метотрексат се изписват при остър ревматоиден артрит при възрастни пациенти; тежък псориазис, когато отговорът към други терапии, като фототерапия, PUVA-терапия и ретиноиди е незадоволителен, тежък псориаатичен артрит при възрастни пациенти. Медикаментът е и цитостатик - поддържаща терапия при остра лимфоцитна левкемия.

Неправилното приложение на метотрексат може да причини сериозни нежелани реакции, включително такива с фатален край. Предозирането с метотрексат може да доведе до тежки токсични реакции. Най-често наблюдаваните симптоми при тези случаи са били хематологични и гастро-интестинални оплаквания. Симптомите включват лесни насинявания или кървене, необичайна отпадналост, язви в устната кухина, гадене, повръщане, кървави или черни изпражнения, отхрачване или повръщане на кръв, като утайка от кафе.

Припомняме, че ЕМА започна преглед на грешките при дозиране на лекарството метотрексат на 1 май 2018 г.

Комитетът за оценка на риска при проследяване на лекарствената безопасност на ЕМА се ангажира да проучи наличните доказателства и да направи препоръка относно необходимостта от допълнителни мерки за свеждане до минимум на риска от грешки при дозирането, след поредица от случаи сериозни нежелани реакции, свързани с предозиране, включително смъртни случаи.

www.bnt.bg, 23.07.2019 г. ТС "www.bnt.bg" \f C \l "1"
<http://news.bnt.bg/bg/a/d-r-tanya-andreeva>

Д-р Андреева: Пациентите у нас може би плащат най-много от джоба си в целия ЕС

Поредната идея, която се обсъжда е за промяна в начина, по който да се финансира извършваната дейност в здравеопазването. Това е едната част на проблема - дали там се налага и каква трябва да бъде промяната. Ако говорим за промяна в здравния модел, трябва да коментираме какви лечебни заведения да има, къде да бъдат разположени, какъв тип дейност да извършват те и най-важното - качеството на дейността, която предлагат на своите пациенти и условията, при които работят лекарите и специалистите по здравни грижи, това заяви д-р Тая Андреева, бивш здравен министър, гост в студиото на "Още от деня".

Що се отнася до промяната на финансирането, първо трябва да бъде зададен въпросът защо е необходима тя, каква е крайната цел, която министърът и екипът, предложил тази поредна идея, искат да постигнат, подчерта д-р Андреева.

Д-р Таня Андреева, бивш здравен министър: За мен е погрешна по принцип философията на всеки 6 месеца да се представя някаква поредна идея за промяна във финансирането. Очевидно е, че трябва да има промяна във финансирането. В повечето добре развити европейски държави процентът от brutния вътрешен продукт, който се отделя за здравеопазване надвишава 7, 8, 10, във Франция е 15%. Очевидно е, че това е тенденцията, защото медицината е скъпа дейност, скъпа наука с много модерна апаратура, изисква непрекъснато учене и усъвършенстване от страна на екипите.

Тя обаче се обърна към министъра на здравеопазването с въпроса дали с последния модел, който той предложи, ще се постигне ли увеличението във финансирането на системата?

Бившият здравен министър обясни, че новата идея залага на това, че тези 8%, които осигуряващите се внасят и които държавата плаща за определени групи, вместо с тях да работи един платец, какъвто в момента е Здравната каса, ще се разпредели на повече платци. Това по същество не променя параметъра на сумата, с която работи здравноосигурителният модел.

"Така че, ако искаме да влязат повече финанси в системата, или трябва да има допълнителни доплащания, или през доброволното здравно осигуряване, или то да бъде през плащане "кеш", което, според мен, е най-лошият модел, защото в ЕС може би няма държава, в която е толкова голям процентът на директните плащания от джоба на пациентите", посочи д-р Андреева.

Снимка - без текст

www.bnt.bg , 23.07.2019 г. ТС "www.bnt.bg" \f C \l "1"

<http://news.bnt.bg/bg/a/novi-pravila-za-mladite-lekari-s-obuchenie-na-drzhavna-izdrzhka>

Нови правила за младите лекари с обучение на държавна издръжка

Мая Димитрова

Нова наредба задължава лекари специализанти, чието обучение е поето от държавата, да работят три години в болници, посочени от здравното министерство. Това е мярка срещу недостига на кадри и изтичането на млади лекари в чужбина.

Първа година специализант по кардиология, избран за млада медицинска надежда в конкурса "Лекар на годината", д-р Мирослав Ангелов смята, че за да не станеш посредствен лекар, трябва да имаш добри условия за развитие. А минималната заплата, която получава за труда си като специализант сега, няма да задържи младите лекари като него.

Д-р Мирослав Ангелов - специализант в УМБАЛ "Св. Анна": Със сигурност има случаи, в които аз и голяма част от колегите ни е срам да кажем какво сме учили.

От днес здравното министерство променя правилата - заплатите на специализантите ще се плащат от държавния бюджет, а не от болниците. В общия случай те ще получават по две минимални заплати, а за определени специалности до три. Така болницата в Благоевград например ще спести над 300 000 на година.

Д-р Огнян Митев - директор на МБАЛ, гр. Благоевград: Мисля, че това е едно разумно начало на подкрепа от страна на държавата.

Има обаче и уловка.

Д-р Росен Радев - съветник на министъра на здравеопазването: след завършване на специализацията специализантът има право да избере лечебно заведение, област или община, в която да работи за срок от три години.

Всяка година ще бъде изготвян списък с лечебни заведения, в които има недостиг на специалисти. Ако специализантът откаже да избере болница от списъка, ще връща парите за обучение. Това прави поне 50 000 лв.

Според д-р Ангелов много млади лекари ще се откажат от държавната субсидия, за да не бъдат "разпределяни" в провинцията.

Д-р Мирослав Ангелов - специализант в УМБАЛ "Св. Анна": Почти на 100 процента съм сигурен, да. Това означава, че за три години аз няма да мога да отида никъде на друго място, за да надградя това, което съм получил като специализация.

Наредбата предвижда тези, които са започнали специализацията си по старите правила, да довършат обучението си при условията, по които са приети. Избор ще имат специализантите по "Обща медицина".



ТС "В. Дума" \f C \l "1"

24.07.2019 г., с. 10-11

Д-р Мими Виткова:

При новия модел пациентът ще плаща повече

Няма как включването на частни каси в системата да реши кадровия проблем, частните застрахователи и осигурители не могат да оправят проблемите на здравеопазването, казва известният експерт

Мими ВИТКОВА е родена във видинското село Макреш. Възпитаничка е на Медицинската академия в София. Специализирала е вътрешни болести - ревмокардиология, както и ехокардиография в град Делфт, медицинска статистика в Москва и здравна икономика в Йорк. От 1982 до 1985 г. завежда кардиологичното отделение в Окръжната болница във Видин. От 1990 до 1995 г. е народен представител. През 1995-1997 г. е министър на здравеопазването. Изпълнителен директор е на Обединения здравноосигурителен фонд "Доверие".

Аида Паникян

- Преди дни управителят на касата представи идея: ако пиан или дрогиран е причина за катастрофа, да плаща за лечението на пострадалия. Това добра идея ли е, д-р Виткова?

- Този текст съществува от 1999 г., изменен е през 2002 г. Има съдебно решение за виновно деяние до касата, тя прави регистър, иска бързо производство виновният да ѝ възстанови сумите, които е платила за лечението на невинния човек. Остават обаче доста дефекти в този текст: от една страна, той продължава да има пожелателен характер - НЗОК може да поиска бързо производство, т.е. може и да не поиска. От друга страна, не е ясно кои разходи ще се плащат, защото лечението на тези хора често продължава години, ползват се скъпи медицински изделия, а плюс платеното от касата тези хора плащат и от джоба си. При всяка хоспитализация и рехабилитация ли виновният ще плаща? Защото съдът след приключване на делото няма информация за следващите хоспитализации на човека. Как касата ще си взема тези пари? Текстът не е ясен, трябва да се прецизира - касата да е задължена да иска бързо производство, както и да се помисли как да бъде платено последващото лечение на човека.

- Тези дни министър Ананиев предложи поредния здравноосигурителен модел, който получава само негативни оценки от експертите. Според вас осъществим ли е?
- От него не става ясно например кои застрахователи ще се включат - лицензираните и действащи в момента, или съвършено нови юридически лица. Защото от презентацията се вижда, че те трябва да бъдат лицензирани според изискванията на европейските директиви. А може би ще се изиска съществуващите застрахователи да направят отделни дружества по здравно осигуряване, които да работят в основния пакет.
- Но може ли обществената каса без право на печалба да "играе" равностойно на пазара със застрахователи, които имат право на печалба?
- Тази конкретика липсваше в презентацията, но най-вероятно НЗОК също трябва да бъде прелицензирана по новите правила. Освен това не е ясно какво гражданите и пациентите получават по задължителното осигуряване. Първо, тези неща трябва да се обяснят. Защото в момента всяка болница ги тълкува по свой начин. Например анестезиологичните консултации се плащат предварително и някои болници твърдят, че те не се поемат от касата. Други вземат такси за "битово обслужване", трети искат 10% от минималната заплата за административно подпомагане. На въпроса какво представлява тази услуга, отговорът е: "Съдействие на пациента при попълване на документи за постъпване в болница". Четвърти вземат пари за "запазване" на час за операционна зала. Така се е случило с наш клиент - близо 900 лв. са му взели за "запазване на час за операционна". Простете, кой човек, на когото му предстои операция, ще си запазва час? В kalkulацията са включени памук, лигнин, брой спринцовки, игли, 3 пъти мерене на кръвно за 5-дневен болничен престой и пр. - общо 10 хил. лв. На пациента се казва, че за всичко това касата плаща 3800 лв., а останалото трябва той да си плати. Могат ли бъдещите осигурителни фондове да се справят с това безредие в системата?
- Удачни ли са предложените от министър Ананиев промени?
- Бих дискутирала проблема от друга гледна точка. Казва се, че целта на промените е да удовлетворят, или по-точно, да отстранят недоволството у гражданите от здравната система и да коригират финансовите дефицити в нея, т.е. новите предложения да тушират недоволството. Има обаче едно голямо "но". На първо място, никой още не знае какво точно покрива т.нар. основен пакет здравни услуги. За какво лечебните заведения, най-вече болниците, могат да изискват доплащане. Притеснителен за хората е непрекъснато нарастващият размер на доплащанията, особено при болнично лечение. Притеснителни са цените на лекарствата, административните неуредици около доставката им. Голям е броят на нерегистрираните лекарства, които в повечето случаи са отпаднали от регистрация. Хората се притесняват от неяснотата на правата им. Голям е броят на хората, чиито осигуровки плаща държавата. Защо бюджетът трябва да плаща за държавни служители, за магистрати - все хора, чиито възнаграждения са над 1000 до няколко хиляди лева?
- Моделът би трябвало да тушира недоволството и на лекарите.
- Т.нар. нов модел, защото той не е нов, обсъждан е неведнъж в годините, трябва да тушира и недоволството в съсловието от големите диспропорции във възнагражденията. Едни лекари получават по 1000-1100 лв. заплата, а други по 30-50 хил. лв. Това води до кадрови дефицит на определени места в страната и този дефицит пряко се отразява на достъпа на хората до медицинска помощ. Отдавна няма селско здравеопазване, виждаме състоянието на общинските болници, сега сме във фаза на тежка катастрофа (най-вече кадрова) на областните болници.
- Включването на частни каси би ли решило финансовия дефицит в системата?

- Не е ясно как може да стане това, при условие, че вноската остава 8%. Но аз се питам как включването на повече финансови играчи в системата ще реши кадровия проблем? Осигурителите ли ще "произведат" медицински сестри и ще ги задържат в България?

В края на предишната дискусия (26 септември 2018 г.) поискахме ясно разписване на основния пакет, ясно разписване на услугите, за какво имат право да вземат пари лечебните заведения, които ползват обществен ресурс. Настоявахме за остойностяване на основния пакет (стига ли или не 8% вноска). Какво ще покриват тези 8%? Няма отговор на тези въпроси. При това положение кой сериозен финансов играч би влязъл да оперира в такава система? Ако не стигат тези 8%, да видим как да изпълним ежегодните предписания на Европейската комисия, на Световната здравна организация, на Световната банка, според които е необходимо да се увеличат публичните разходи за здравеопазване и да се намалят доплащанията от пациентите. Те у нас и сега са най-високи в целия ЕС - около 45% при 15% в Европа.

- Вашият частен застраховател би ли се съгласил да се хвърли в това море?

- В много деликатна ситуация сме - от една страна, текат критики как е възможно публичен ресурс да се даде на частни субекти (аз в момента представлявам такъв частен субект), от друга страна, са въпросите, които посочих, и ако на тях няма отговор, не бих посъветвала акционерите да влизат в такава неясна обстановка. За да не се окаже накрая, че частниците са необходимият грешник и да бъдат изкупителна жертва на опита държавата да прехвърли своите отговорности върху частни субекти.

- Може ли зад лансирането на този нов модел да се крие невъзможността на държавата да се справи със здравната система?

- Контролът в момента е нулев. Как може 30 години държавата да не създаде експертен потенциал, който да знае средната стойност на една клинична пътека например? От презентацията на министъра стана ясно, че осигурителят трябва да сключва договор с всеки медицински център, с всеки лекар, с всяка болница - няма да има национално договорени цени за нищо, всичко е въпрос на пазар. И само няколко часа по-късно бе заявено, че ще има минимални прагове на цените на медицинските услуги.

Как държавата допусна в няколко града в страната на всеки ъгъл да има болница? Те изтеглиха кадрите от периферията и хората в отдалечените райони останаха без достъп до медицинска помощ. В страната има 60-70 патоанатома, липсват анестезиолози, не достигат педиатри. Няма как застрахователите и осигурителите да решат тези проблеми. Германия след повече от 100 години осигурителен модел едва през 90-те години на ХХ в. допуска конкуренция между здравните каси - при което установяват, че настъпват деформации в конкуренцията. Тогава създават държавен контролен орган, който да изправя тези изкривявания в конкуренцията - опити на някои каси да подбират пациенти, лекари да поставят по-утежнени от реалните диагнози, за да се вземат повече пари, и т.н. Тоест без държава никъде не може. У нас преди години политиците решиха, че здравеопазването е пазар. Но докъде доведе този пазар? И сега, когато искат повече пазар, наясно ли са какви ще бъдат последиците от това?

Според мен независимо от собствеността лечебните заведения, които ползват обществен ресурс, не трябва да са търговски дружества. Държавата не може да позволява само в няколко града да се откриват нови болници, а трябва да намери механизъм те да бъдат равномерно разпределени според нуждите на населението - колко болнични легла са необходими за определен брой население, колко лекари и от какви специалности са необходими и пр. И всичко това да се покрива от обществения ресурс, щом държавата е признала, че на това място трябва болница с такива специалисти. Останалото, щом някой иска да строи болница или да си разкрива кабинет - да отива на кешовия пазар. Настроихме толкова много частни болници, трябва да закрием другите. Едва когато се осигури достойно заплащане на труда на лекарите и сестрите в болниците, ще спре този

разгул в строителството на болници в няколко големи града в страната. И тогава хората ще имат равнопоставен достъп до медицинска помощ. Сега населението на страната е намаляло с 2 млн. души, а хоспитализациите се увеличават многократно. Така е, защото повечето болнични лекари имат и частни кабинети, откъдето осигуряват въпросния оборот.

- Имаше вече няколко здравни карти...

- Нищо не произлезе от тях. Вижте, някога голяма част от лекарите се стремяха да работят в болница, защото искаха да се изградят като добри професионалисти. Защото голямата медицина се прави там, където е трудно, работи се на високи обороти. Сега се предпочитат кабинетите - получават достатъчно пари, няма нощни дежурства, няма притеснение за съдбата на всеки болен. Лекари има достатъчно, но те не са в болниците, където заплатите са ниски. И така се получи параграф 22 - като една болница няма достатъчно лекари по дадена специалност, тя не може да работи по определена клинична пътека и да приема пациенти по нея.

Боя се, че държавата бяга от своите отговорности и очаква пазарът да реши всички проблеми под благовидния образ "свобода на избор и на осигурител". Тоест, щом не сте доволни от касата, идете при друг осигурител. Но не е ясно какво повече ще даде другият осигурител. Според представения модел се дава пълна свобода на болниците да образуват цени. Законодателят казва: "Всичко, което не се покрива от НЗОК и не е в основния пакет, се плаща от пациента, стига да е изнесено в ценоразпис на публично място." На практика този модел узаконява всичко написано в този ценоразпис. Така че при този модел нищо от доплащането няма да отпадне. Напротив. Друг е въпросът, че не знаем какво покрива касата! И пак казвам, че след като държавата за 30 години не е разработила никакъв експертен потенциал, как частният осигурител ще ходи от болница в болница и с всяка ще се договаря? С всяка ще договаря и цени на лекарства, и отстъпки. Сега това го прави НЗОК и централизирано.

- Имаше забележка, че никой фонд няма да иска да работи с болници в отдалечени райони, защото повечето от тях са пред фалит...

- В населените места, където болницата е само една, тя може да слага каквато си иска цена на дадена услуга, защото няма конкуренция.

- Какъв е според вас изходът?

- И преди малко казах - държавата да спре да плаща здравните осигуровки на платежоспособните - съдии, прокурори, полицаи, държавни служители, и те сами да си плащат вноските. Да видим какъв ресурс влиза в касата. Ако е недостатъчен, да се реши колко пари още са необходими за обезпечаване на вече уточнения основен пакет и тогава обосновано да се излезе пред хората и да се обясни защо и с колко се повишава здравната вноска. И тя да се увеличава поетапно. Сега за 2/3 от населението държавата плаща някаква част от 8-процентната вноска, а останалата 1/3 плащаме по някаква осреднена сума. Реално в момента 8% плащаме само 1,5 млн. души. Държавата не внася 8% за онези 2/3, които осигурява.

Друго важно нещо е възрастовата структура на работещите в системата. Това също никой освен държавата не може да промени. Нека студентите, които са приети да следват медицина по държавна поръчка, тъй като те се обучават с парите на данъкоплатците, да сключат договор, според който 3 или 6 години няма да напускат страната. А ако я напуснат - да си платят за обучението. Защото бедното българско общество издържа тези най-скъпи студенти и после те напускат страната, а хората остават без лекари!

- Къде според вас е причината нещата да не се оправят у нас през годините?

- В демагогията от заиграването с определени условия, в кривото разбиране и липсата на анализ на последствията от т.нар. неолиберален модел - насаждането на пазар

навсякъде и във всичко. Но има системи като здравеопазването, в които формулата 100% пазар не работи, системата се деформира.