

## ПРЕСКЛИПИНГ

26 юли 2019 г., петък

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net) , 25.07.2019 г.

<https://www.zdrave.net/-/n10148>

**Здравната комисия прие компромисно промените в Закона за съсловната организация на магистър-фармацевтите**

**Надежда Ненова**

**Представителността на конгресите и общите събрания на Българския фармацевтичен съюз (БФС) се превърна в ябълката на раздора при гласуването на второ четене на Закон за съсловната организация на магистър-фармацевтите в парламентарната здравна комисия днес.**

В първоначалния вариант на законопроекта, предложен от МЗ, делегатите за конгреса на БФС трябваше да бъдат излъчвани по един на 20 души, а в сега действащия Закон за съсловната организация на магистър-фармацевтите - по един на 10. БСП се обяви изобщо против приемането на изменението и предложи да остане действащия към момента принцип. „Бъркайки се в работата на БФС, по принцип нарушаваме тяхната автономия. Тъй като обаче има направени предложения от МЗ, ще направя нашето предложение да остане стария вариант“, каза депутатът от БСП д-р Иван Ибришимов.

Според него изборът на един делегат на 20 човека ще намали представителността на малките колегии. „Съгласен съм, че броят на членовете на БФС се увеличава и вече е близо 6600. Съответно трудно се събира кворум при 660 делегата на конгрес, но това нарастване става само в големите колегии от порядъка на София, Пловдив, Варна и не касае малките“.

Здравната комисия прие компромисно решение, предложено от председателя на комисията д-р Даниела Дариткова на конгресите

делегатите да се излъчват по един на 15 души

В мотивите си за предложението д-р Дариткова поясни, че това ще гарантира представителност и няма да затрудни работата на конгреса. Като пример тя даде останалите съсловни организации като в БЛС се избира един делегат на 75 души в колегиите, в БЗС - един на 25, а в БАПЗГ - един на 20.

По отношение на делегатите, избиране за общите събрание, д-р Ибришимов предложи общото събрание на регионалните фармацевтични колегии с до 200 членове да се състои от всички членове на колегията, а за регионалните фармацевтични колегии с над 200 членове общото събрание се формира на делегатски принцип, при норма на представителство един делегат на двама членове. „Това е пак в посока консенсус, затова предлагам да има норма, но да е в защита на малките колегии. Цифрата 200 е на базата на броя на фармацевтите от списъчния състав на националния електронен регистър на БФС“, каза той.

„Всички депутати настояваме да бъдат разкрити аптеки и в по-малките населени общини. Ние създаваме система, в която решенията ще се взимат само от фармацевтите в големите градове, а в малките, в които реално трябва да се осъществят, се оказва, че фармацевтите нямат глас“, каза и доц. Йорданов.

От своя страна председателят на БФС проф. Илко Гетов коментира, че трябва да се помисли не само за малките, но и за големите колегии и събирането на кворум. „Ако в Пловдив членовете на БФС са 770 и трябва да се съберат над 350 човека на едно място, това би оголило доста общини да нямат обслужване в рамките на провеждането на общото събрание. Смятаме, че въведения делегатски принцип трябва да бъде запазен и

съотношението 1:3 е най-целесъобразно. В София към днешната дата числеността на колегията е 2230, което означава, че при настоящото положение делегатите трябва да са 750 човека, а ако се въведе 1:2 са 1100 човека“, изрази становището си той.

„Опитали сме да намерим баланс на принципа, на който той е постигнат при останалите съсловни организации“, каза д-р Дариткова.

Комисията прие текста, според който общото събрание на регионалната фармацевтична колегия се формира на делегатски принцип при норма на представителство един делегат на трима членове. По предложение на д-р Дариткова отпадна и предложението на МЗ решенията на органите на БФС на национално равнище са задължителни за регионалните колегии и за членовете на БФС.

„Всичко, което беше заявено при гласуването на първо четете, че ще се промени цялата конструкция на закона и че не бива да се бърза преди конгреса, за да не създават съмнения, че този закон се гласува с конкретна цел, се оказа илюзия. Това са козметични промени. Реално решенията ще бъдат взети от големите градове, а няма да се чуе мнението на най-проблематичните райони в страната. Неравномерността на разпределението на аптеките е очевидно. Ние създаваме условия за централизиране на решенията“, каза проф. Георги Михайлов.

**Припомняме, че при дебатите за измененията на закона на първо четене против промените се обявиха председателят на Асоциацията на собствениците на аптеки Николай Костов и маг.-фармацевт Аделина Любенова.**

„Искам да изразя притеснението си от предложените промени като е видно от всички текстове, че духа на закона се променя. Променя се от децентрализираност към централизираност и авторитарност. На практика от пет човека ще зависи съдбата на всички магистър-фармацевти и се обезсмисля ролята на РФК. Най-притеснително е, че решенията на централните органи не могат да бъдат обжалвани никъде“, каза тогава Костов.

„От името на инициативен комитет, който е подкрепен от 1840 маг.-фармацевти, не подкрепям измененията в закона. Изказвам се като зам.-председател на тази организация в първите шест години от нейното учредяване. Не трябва да се променя този закон три месеца преди изтичането на мандата на това ръководство“, каза Любенова.

**www.clinica.bg , 25.07.2019 г.**

**https://clinica.bg/9016-**

## **Козметични промени в Закона за фармацевтите**

***Избират един делегат на 15 членове за конгреса на БФС, гласуваха депутатите от здравната комисия***

### **Лили ВОЙНОВА**

Конгресът на БФС вече ще има по-малко делегати. Това решиха депутатите от здравната комисия при гласуването на второ четене на Закона за съсловната организация на магистър-фармацевтите.

В момента се избира 1 делегат на 10 членове. Поради увеличението на общия брой на магистър-фармацевтите на над 6500, се прие че това ще попречи на нормалното провеждане на заседанията на висшия им орган и ще затрудни вземането на решение. Затова беше прието предложението да се посочва един делегат на 15 членове на организацията. Всъщност, това беше компромисен вариант, тъй като на първо четене се прие да бъдат излъчвани по един делегат на 20 души.

Предложението за промяната между двете четения беше на председателя на комисията д-р Даниела Дариткова, която го аргументира с пример от останалите съсловни организации. Тя подчерта, че в БЛС се избира един делегат на 75 души, при специалистите по здравни грижи е един на 20, а в БЗС - един на 25 членове. Според нея по този начин се гарантира представителност на всички в Конгреса.

Спор имаше при определяне на участниците в Общото събрание на регионалните колегии. От опозицията поискаха малките колегии да получат по-голяма представителност, за да могат да защитават по-добре интересите на фармацевтите от отдалечените региони.

Дълго време се обсъжда, дали изборът да е човек на трима членове или един на двама. Имаше дори идея при тези колегии, които са с по-малко от 200 членове, всички да участват в Общото събрание, но тя беше отхвърлена.

Председателят на БФС проф. Илко Гетов поиска да се помисли не само за малките, но и за големите колегии и за това как ще се събере кворум за заседанията. „Ако в Пловдив членовете на БФС са 770 и трябва да се съберат над 350 човека на едно място, това би създавало проблем. Смятаме, че въведеният делегатски принцип трябва да бъде запазен и съотношението едно към три е най-целесъобразно. В София към днешната дата числеността на колегията е 2230, което означава, че при настоящото положение делегатите трябва да са 750 човека, а ако се въведе 1:2, съответно 1100 човека", каза той. И допълни, че броят на магистър-фармацевтите всяка година се увеличава с 200-300 души.

Така че здравната комисия прие Общото събрание на регионалната фармацевтична колегия да се формира принципа един делегат на трима членове. Отхвърлено бе и предложението решенията на Конгреса да могат да бъдат обжалвани в съда. Според проф. Гетов обаче това би довело постоянното оспорване на легитимността им и блокиране дейността на висшия орган на БФС.

По повод гласуваните промени проф. Георги Михайлов от БСП заяви, че се правят само козметични редакции на закона, въпреки обещанието да се разгледат всички предложения, направени между първо и второ четене и да се вземат предвид. Предстои гласуването на законопроекта на второ четене в пленарна зала.

**[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net) , 25.07.2019 г.**

**<https://www.zdrave.net/-/n10146>**

## **Българска болнична асоциация с нов председател**

***Елена Христова и Андрей Марков ще са нейни заместници***

Адв. Свилена Димитрова стана Председател на Управителния съвет на Българска болнична асоциация (ББА), след провело се годишното отчетно-изборно събрание на членовете на сдружението. Това съобщиха от асоциацията.

Избора на нов Председател на сдружението и състав на Управителен съвет бе гласуван съгласно устава на ББА и ротационния принцип за избор на Председател и зам.-председатели в следващия двугодишен мандат.

Адв. Димитрова гради професионалната си експертиза от повече от дванадесет години, като в последните 10 години специализира медицинско право. Учредява адвокатско дружество Д§П през 2006 г., а днес освен с управлението на адвокатската кантора, активно се занимава с обществена дейност. От 2015 г. е зам.-председател на Българска болнична асоциация.

За зам.-председатели за следващият мандат бяха избрани г-жа Елена Христова и г-н Андрей Марков.

Сдружението е и с нов официален адрес в гр. София, бул. Цар Борис III № 85, ет.1, оф.2.

VINF 12:21:[01 25-07-2019](#)

RM1219VI.021

парламент - Кирил Ананиев - изслушване - решение

**НС възложи на здравния министър до 30 септември т.г. да представи в здравната комисия конкретни мерки за преодоляване на съществуващите проблеми с медицински специалисти**

София, 25 юли /Нелли Желева, БТА/

НС възложи на здравния министър до 30 септември т.г. да представи в здравната парламентарна комисия конкретни мерки за преодоляване на съществуващите проблеми при осигуряване на медицински специалисти у нас.

Той трябва и да изготви пълен анализ на осигуреността на системата с медицински кадри и на съществуващите проблеми.

Кирил Ананиев бе изслушан по проблема в пленарната зала по искане на депутати от левицата.

VINF 13:03:[31 25-07-2019](#)

GI1301VI.013

парламент - Кирил Ананиев - медицински специалисти - изслушване

**Застаряваща работна сила и неравномерно териториално разпределение са проблемите при осигуряване с медицински специалисти у нас, отчете здравният министър**

София, 25 юли /Нелли Желева, Десислава Антова, БТА/

Застаряващо население, съответно застаряваща работна сила в здравния сектор, неравномерно териториално разпределение в резултат на вътрешна миграция, както и миграция в ЕС и извън съюза, отчете здравният министър Кирил Ананиев при изслушването в Народното събрание. Въпреки това осигуреността с лекари у нас, по думите му, е традиционно висока. По данни на НСИ към 31 декември м.г. осигуреността с лекари е била над 44 на 10 000, а в ЕС средното равнище е 35,1 на 10 000.

От предоставените от БЛС данни се вижда сериозно увеличение на лекарите до 30 години - почти 2,7 пъти, от 1156 към 31 декември 2014 г. на 3100 в края на 2017 г.

Налице са обаче регионални различия при разпределението на лекари, посочи Ананиев.

През последните 10 години тенденцията била към увеличаване броя на завършващите медицина студенти в България. През учебната 2018-19г. има 850 места. От държавния брой студенти годишно - около 800-850, се вижда, че са достатъчни за България и не е необходимо допълнително увеличение, констатира министърът.

Висока била и осигуреността с лекари по дентална медицина, през 2018г. те са 7240 по данни на националната статистика.

Положителна била и тенденцията за магистър-фармацевтите.

Най-същественият проблем с човешките ресурси в здравеопазването е недостигът на медицински сестри, упражняващи професията си, призна Кирил Ананиев. Страната

ни е на едно от последните места в ЕС по този показател. Министърът цитира и доклад на ЕК със същите констатации.

Най-голям е бил спадът през 2000 г., когато броят на медицинските сестри намалява с повече от 30 на сто - от малко над 45 хиляди през 1999 г. на около 31 хиляди през 2000 г., а през 2002 г. са вече и около 28 500, посочи министърът.

Обективните причини за недостига на медицински сестри, обобщил той, са застаряващото население и увеличаването на хроничните заболявания, които изискват повече здравни грижи, както и застаряването на самите медицински сестри.

Според него за справяне с проблемите е важно да бъдат предприети мерки така, че медицинските специалисти да остават у нас след края на обучението си. Биха могли да бъдат предприети мерки и от други органи - например, местната власт за осигуряване на допълнителни бонуси за медиците, предложи Ананиев.

По време на разискванията Георги Михайлов от БСП обърна внимание на дефицита от детски хирурзи, които у нас били едва 28, по думите му. Смъртността в някои региони на страната е като във военни действия, описа проблема той. Хората искат промяна не в посока дофинансиране на системата, а на управлението ѝ, заключи депутатът.

Като друг съществен проблем Михайлов посочи собствеността на университетските болници и връзката с клиничните бази. Според него трябва да се направи така, че университети да управляват своите болници.

Нигяр Джафер/ДПС/ настоя Ананиев да каже колко е очакваният недостиг на кадри в следващите пет-десет години. В село Бяла река, Шуменско, работи колега на 84 години, даде пример тя.

[www.news.bg](http://www.news.bg), 25.07.2019 г. ТС "www.news.bg" \f C \l "1"

<https://news.bg/health/ne-ni-tryabvat-poveche-lekari-ananiev-tarsi-meditsinski-sestri.html>

## **Не ни трябва повече лекари - Ананиев търси медицински сестри**

### **Диляна Панайотова**

Проблемът с кадрите в здравеопазването е същият като в Европа. Това стана ясно от коментара на здравния министър Кирил Ананиев в парламента по време на разискване по темата. Осигуреността с лекари е висока, подчерта Ананиев, като когото тенденцията е устойчива.

Двойно са се увеличили лекарите до 30-годишна възраст, каза министърът. Няма нужда да се разкриват повече места във ВУЗ-овете за лекари. Неравномерно е обаче разпределението на лекарите по региони.

Същото е положението и със зъболекарите. 7240 са зъболекарите през миналата година. При тях също има двоен ръст при специалистите до 30 години. При магистър фармацевтите също има положителни тенденции, каза министър Ананиев.

Проблем пред сектора е малкият брой на медицински сестри. На едно от последните места сме в ЕС по осигуреност на медицински сестри. 30 589 са медсестрите през 2018 г. Те също застаряват като населението.

В България е налице недостиг на медицински сестри, посочи каза Кирил Ананиев и допълни, че освен това проблем има и регионалните диспропорции в разпределението на медицински кадри. До 1200 места за медицински сестри в медицинските университети ще за ни нужни годишно, за да се компенсира недостигът на сестри в лечебните заведения.

Достъпът до медицинска помощ е свободен, поясни още той. Обучените в България медицински специалисти трябва да бъдат стимулирани да останат в страната, амбициран

е здравният министър. Министерство на здравеопазването е изготвило наредба, с която да реши проблемите в сектора и при обучението на младите кадри в здравеопазването. Общините ще могат да участват във финансирането на обучението на нужните им кадри за общинските болници. Държавата ще субсидира обучението на 250 бъдещи медици. Ще се търсят начини за намаляване на свръх натоварването на медицинските сестри. Проблемът, по мнението на Ананиев, е наднационален.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg) , 25.07.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"  
<https://clinica.bg/8997->

## Правилата за 17 специалности са готови

*За първи път поставяме началото на нещо, което не е било правено до този момент, каза д-р Иван Маджаров*

### Гергана ДОБРЕВА

До момента 17 са готовите правила за добра медицинска практика, които експертните съвети по специалности са подали в БЛС. Всеки ден в съсловната организация пристигат нови такива документи, каза д-р Маджаров.

Част от правилата за добра медицинска практика вече са подадени. Някои от тях по повечето от диагнозите, по които работят специалистите, каза д-р Иван Маджаров. „На фона на това, че се очакваше да няма активност, 17 специалности не са малко, но от друга страна има такива, които не са изпратили нищо. За това ние няма да се възпротивим на предложението да бъде удължен срока за изработването на тези правила“, каза председателят на БЛС.

До забавянето в изготвянето на правилата,

се е стигнало заради объркване на някои от бордовете по специалности, разказа д-р Маджаров. По думите му повечето от медиците са смятали, че правилата за добра медицинска практика са съществуващите от преди 10 години общи правила, приети на събор на БЛС, които също ще се изпратят в МЗ за преутвърждаване. Но на практика това са различни документи, уточни той. "Те имат различни имена, защото всяка специалност ги нарича по различен начин. Английската дума е „гайдлайн“, но в България са познати като препоръки или консенсуси", обясни д-р Маджаров. И добави, че от БЛС са изпратили уточняващи писма до експертните съвети, за да изчистят недоразуменията, водещи до забавянето.

Освен това стана ясно, че някои

от вече написаните правила са изпратени на грешен адрес, директно в МЗ, а не каквото е изискването първо в БЛС. По думите на д-р Маджаров българските лекари и сега в своите практики работят по такива правила. Това са така познатите и утвърдени международни и европейски стандарти. По тях те после отчитат и постигнатите резултати на научните форуми, каза медикът. Сега задачата е правилата за работа да станат легитимни и еднакви за всички работещи лекари в България. „Нека да стане ясно, че правилата са за поведение, във всеки отделен случай и за всяка отделна диагноза“, каза д-р Маджаров. И даде пример с неврохирургията, където е описано например как реагира неврохирург при черепно-мозъчна травма. Там се описват и какви изследвания трябва да се направят, за да се постави диагнозата.

В зависимост от това какво се установи

са и стъпките, по които да се действа", разказа д-р Маджаров. Тези правила всяка година ще бъдат осъвременявани. „За първи път поставяме началото на нещо, което не е било правено до този момент. Затова смятам, че повече колеги гледат сериозно на нещата и

ще предадат, това което са подготвили. Правилата са доста по-обемни, от стандартите. Колегите са отделили време първо на предложенията за стандарти, после за правилата", каза д-р Маджаров. Подробни правила за работа има в някои от специалностите и те са написани отдавна. Това са образната диагностика, кардиохирургия и кардиология, казва той. Когато всички правила бъдат събрани в БЛС, съсловната организация ще ги предаде на Агенция „Медицински надзор“, а когато МЗ ги узакони стават валидни за всички работещи лекари в България.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg) , 25.07.2019 г. ТС "www.clinica.bg" № С 1 "1"  
<https://clinica.bg/9005->

### **Надграждащите пакети - на базата на лична партия**

*Ще се ревизира практиката с един закон да се променят още няколко, казва д-р Дариткова*

#### **Лили ВОЙНОВА**

Здравният министър Кирил Ананиев представи официално визията си за новия здравноосигурителен модел. Той предвижда демонополизация на НЗОК, която ще се конкурира с частни фондове. Какви проблеми ще решат предлаганите промени и ще бъдат ли защитени гражданите, попитахме д-р Даниела Дариткова. Тя е председател на ПГ на ГЕРБ и на парламентарната здравна комисия.

- Д-р Дариткова, има ли политическа подкрепа новият здравен модел, предложен от министър Ананиев?

- Демонополизацията на НЗОК е заложена като един от приоритетите в програмата за коалиционно управление с хоризонт 2021 година. В тази връзка и в съответствие с Решение на Народното събрание, екипът на министър Ананиев работи вече 6-ти месец върху различни варианти за развитие на здравноосигурителната система. Политическа подкрепа конкретен модел ще получи след постигане на максимално възможния експертен и обществен консенсус. За нас най-важно е правата на здравноосигурените да бъдат гарантирани .

- Защо се премина към пълна демонополизация на здравната каса, при положение, че надграждащият модел с втори задължителен стълб на здравно осигуряване получи по-голяма подкрепа преди година?

- Пълната демонополизация не изключва възможността за надграждащ модел. Предвижда се запазване на солидарния модел за НЗОК и конкурентите ѝ , при който плащат всички, а потребяват тези, които имат нужда. На базата на ясно дефиниран и устойчив основен пакет, може да се сформират надграждащи здравно-застрахователни пакети, които са на базата на лична партия.

- Ще реши ли този нов осигурителен модел въпроса с контрола в здравната система?

- Демонополизацията с включването на конкурентни структури на НЗОК предполага допълнителен контрол от новите осигурители. Но аз съм убедена, че максимално прозрачно и добре контролирано здравеопазване ще имаме тогава, когато най-после изградим единната национална здравно-информационна система. Смятам, че това е стъпка, без която не може да се осъществи и демонополизацията.

- Как ще се намали доплащането от страна на пациентите, което в момента е близо 50%?

- За да гарантираме здравна сигурност, трябва да минимализираме и официализираме всички варианти на доплащане при получаването на медицинска услуга. Позитивно е заявлението на екипа на Министерството на здравеопазването , че се ангажира с устойчивостяване на основния пакет. Това ще даде добра основа за адекватно включване и

на здравните застрахователи с различни, ясно дефинирани пакети с медицински услуги, надграждащи основния .

- Изразено бе мнение, че в частните фондове ще се запишат богатите, а НЗОК ще се превърне в социална каса. Смятате ли, че съществува такъв риск?

- При обсъждането на детайлите по реализация на намерението за демонополизация, задължително трябва да се предотврати риска от селекция на пациенти. Има различни варианти и очаквам те да бъдат предложени на следващите дискусии.

- Ако се редуцира основният здравен пакет, как социално-слабите ще се застраховат за допълнителни услуги? Държавата ли ще го направи?

- Ще се работи в посока на запазване на сегашния основен пакет. Социални фондове могат да подпомагат лечението на социално слаби пациенти.

- Предвижда ли се държавата да започне да осигурява с 8% контингента, за който плаща здравни вноски?

- В момента само децата и социално слабите се осигуряват от държавата на 70% от дължимата вноска върху минималния осигурителен доход. В Закона за здравното осигуряване е регламентирано повишение с 5% годишно до достигане на максималния размер. Всички останали контингенти: държавни служители , пенсионери, военнослужещи, полицаи , се осигуряват с 8 % върху размера на доходите им.

- Съществува ли опасност НЗОК да фалира, след като част от осигурените ще напуснат?

- Мерки против фалит трябва да се предвидят за всички фондове , които ще се занимават със здравно осигуряване.

- Каква е гаранцията, че някой фонд ще сключи договор с болницата във Видин, например? Има ли опасност част от гражданите да се окажат без медицинска помощ?

- В идеалния вариант, ако искат да гарантират достъп до болнична помощ на осигурените в съответния фонд лица от региона, трябва да се сключи договор. Очакването е , че частните фондове ще контролират по-ефективно качеството на медицинска помощ и ще подпомагат оказването ѝ.

- В модела не беше обяснено добре, как ще се развива извънболничната помощ, как ще се стимулира профилактиката. Може ли да поясните?

- Представянето на модела наистина беше в най-общи рамки и нямаше как да се очертаят особеностите на различните видове медицинска помощ. Но предвид съществуващите дисбаланси между различните нива на медицинско обслужване с преобладаване на болничните услуги като обем и финансиране, ще се разчита на конкуренцията между осигурителите за оптимизиране на структурата. Инвестициите в профилактика гарантират намаляване на разходите за последващо, далеч по-скъпо лечение.

- В новия модел се предвижда болниците да определят цените, по които да работят с фондовете. Това не е ли опит да се елиминират съсловните организации?

- Ролята на съсловните организации в преговорния процес ще се запази.

- БЛС се изказа остро срещу модела. Вярвате ли, че ще се стигне до консенсус?

- Не само БЛС, но и другите съсловни организации изразиха резерви и отправиха критични бележки. Всичко ще бъде внимателно обсъдено и взето пред вид, защото без партньорство с изпълнителите на медицинска, дентална и фармацевтична помощ няма как да се реализира промяна.

- Смятате ли, че застрахователната култура на българина е на нужното ниво, след като ние не застраховаме дори къщите си?

- По-голямо предизвикателство пред нас в настоящия момент е да преодолеем ниската осигурителна култура. Все още сме страна с висок процент здравнонеосигурени, въпреки различните законодателни мерки.

- Реформата, ако се постигне съгласие ще стартира най-рано през 2021 г. Не се ли удължава периодът, през който на практика няма да има промени в здравеопазването?

- Промените в сектора не се изчерпват само със смяна на здравноосигурителния модел. Ние имаме няколко други ключови приоритета , които са в процес на реализация. С финализирането на проекта за модернизация на Спешната помощ ще се гарантира здравна сигурност на българските граждани. Изграждането на единната информационна система също е в ход. Ще търсим по-добро качество на медицинската помощ с утвърждаването на новите медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика. Предприемат се и редица мерки за кадрово обезпечаване на системата.

- Накрая да попитам за промените в Закона за лекарствата, които изменят още 15 закона. Смятате ли, че това е добра законодателна практика?

В проведените разговори с екипа на Министерството се обединихме около идеята да се ревизира тази законодателна практика и да се предложат промените в различните закони разделно.