

02.02.2021 г.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 01.02.2021 г.

<https://www.zdrave.net/-/n16316>

### **Променят образците за протоколите за химиотерапия и хематологично лечение**

МЗ предлага за обществено обсъждане изменения на образците на протоколите от клинична онкологична комисия по химиотерапия и за лекарствено лечение по хематология. Промените са в частта „Предиктивни, имунохистохимични и генетични маркери“ от протокола по химиотерапия и в частта „Предиктивен маркер“ в протокола по лекарствено хематологично лечение.

От Министерството уточняват, че изменението се налага заради необходимостта данните, които ще се попълват, да се вписват съгласно номенклатурите на маркерите, изготвени от НЗОК, тъй като те се актуализирали периодично във връзка с включването в Позитивния лекарствен списък (ПЛС) на нови лекарствени продукти и показания за приложението им.

„Предвид факта, че в ПЛС се очаква да бъдат включени нови лекарствени продукти и ще е необходимо наличието на други видове предиктивни маркери, е целесъобразно в протоколите да не бъдат посочвани изчерпателно видовете предиктивни маркери. Необходимо е съдържанието в тази част на описаните протоколи да бъде еднакво“, казват от МЗ.

От Министерството допълват още, че целта на предложеното изменение е да се облекчи работата на специализираните комисии в лечебните заведения за болнична помощ и комплексните онкологични центрове, като по този начин според тях ще се прецизира назначаването на лекарствените продукти съобразно техните индикации.

Очакваният резултат от приемането на проекта е създаването на предпоставки за подобряване на предварителния контрол от страна на НЗОК върху предписването на лекарствените продукти, заплащани със средства от бюджета на НЗОК, което щяло доведе оптимизиране на разходите за лекарствени продукти, предназначени за лечение на онкологични и хематологични заболявания, смятат от ведомството.

Проекта на Наредба за изменение на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти можете да видите тук.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 01.02.2021 г.

<https://clinica.bg/15494-Operaciite-na-syrce-prez-2020-g>.

### **ОПЕРАЦИИТЕ НА СЪРЦЕ ПРЕЗ 2020 Г.**

*С 1737 са намалели хирургичните интервенции в кардиохирургията за година заради пандемията, показва "Индекс на болниците"*

„Индекс на болниците“ продължава да се бори за повече прозрачност в здравеопазването. Защото смятаме, че само обективните факти могат да помогнат на всички – медици, пациенти и държава, за четвърта година ще ви покажем какво се случва в болниците ни в осем направления. Данните, с които боравим са предоставени от НЗОК и отразяват максимално точно дейността на лечебните заведения. При кардиохирургията подбрахме 4-те основни клинични пътеки (КП), по които се извършват сърдечните операции. Какви са цифрите за 2020 г. може да видите в таблицата.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 01.02.2021 г.

<https://clinica.bg/15530-Operaciite-na-syrce-namalqha-s-24->

### **ОПЕРАЦИИТЕ НА СЪРЦЕ НАМАЛЯХА С 24%**

**Основната причина за понижението на дейността през 2020 г. е пандемията от КОВИД-19 и отложеното лечение, показва анализ на "Индекс на болниците"**

**Мария ЧИПИЛЕВА**

chipileva@gmail.com

С 24% са намалели операциите на сърце у нас през миналата година в сравнение с предходната. Основната причина за това е пандемията от КОВИД-19 и отложеното лечение на пациентите. Това показва анализ на "Индекс на болниците". Той е изготвен на база данните на НЗОК за изминалите години.

Общо 4448 операции на възрастни са направени у нас през миналата година в страната. От тях 3743 са с екстракорпорално кръвообращение или най-големите и сложни интервенции. Другите 705 са без екстракорпорално кръвообращение. През 2019 г. обаче интервенциите са повече с 24%. Тогава в страната са извършени 5885 операции на възрастни общо, от които 4918 са били с екстракорпорално кръвообращение. За първи път през миналата година няма и нито един случай на лечение на полиорганна недостатъчност след сърдечна операция. През 2019 г. е имало 118 такива пациенти.

**Къде**

Лечебните заведения, в които са били осъществени кардиооперациите през миналата година са 10. Шест от тях - УМБАЛ „Св. Екатерина“, Токуда, "Аджибадем Сити Клиник", НКБ, УМБАЛ „Св. Анна“, УБ „Лозенец“, се намират в София. Останалите четири са УМБАЛ „Св. Георги“ в Пловдив, МБАЛ "Сърце и мозък" в Плевен и в Бургас, УМБАЛ „Св. Марина“ във Варна. През предходната 2019 г. обаче болниците са били 11. През миналата година те са по-малко с една, тъй като дейност няма "Аджибадем Сити Клиник" СБАЛК-Бургас.

**Колко**

Най-много големи операции през миналата година са направени в Токуда (611), "Аджибадем Сити Клиник" (546), „Сърце и Мозък“ в Плевен (510). Като цяло дейността в частните клиники е по-малко засегната от пандемията, вероятно затова те бележат и по-малко намаление на дейността си. Единствената болница, която е изключение и има увеличение на операциите през 2020 г., е „Сърце и Мозък“ в Бургас. Там големите сърдечни интервенции са се увеличили от 181 през 2019 г. на 408 през миналата. Всички данни за всяка конкретна болница за миналата година може да видите ТУК.

**Децата**

В България се извършват и детски операции. Те са най-вече на новородени деца с малформации и са изключително сложни и ресурсоемки. Единствената болница, в която тези интервенции се правят у нас от години, е НКБ в София. Пандемията обаче не е оказала съществено влияние върху тях. През миналата година в болницата са направени 93 операции на деца с екстракорпорално кръвообращение срещу 108 през 2019 г. Тези без екстракорпорално кръвообращение през 2002 г. пък са били 32. Броят им позволява на екипа да запази едно прилично ниво на дейност.

В следващите дни и седмици „Индекс на болниците“ ще публикува данните за 2020 г. и по останалите направления, които следим – раждания, инсулти, инвазивна кардиология, неврохирургия, ортопедични операции, онкология, ин витро и разбира се – КОВИД-19.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 01.02.2021 г.

<https://clinica.bg/15543-100-lv.-mesechno-davat-maikite-na-bebeta-za-lekarstva>

**100 ЛВ. МЕСЕЧНО ДАВАТ МАЙКИТЕ НА БЕБЕТА ЗА ЛЕКАРСТВА**

*Срокът на специализация по отделните педиатрични специалности трябва да се удължи с година, казва проф. Владимир Пилософ*

**Силвия НИКОЛОВА**

silnikol@gmail.com

Темата за строежа на Националната педиатрична болница затихна с КОВИД-пандемията. Същевременно на 29 януари изтече срокът за обществено обсъждане на проекта за нова Национална здравна стратегия. Какво се случва с болницата, доволни

ли са педиатрите от текстовете за детското здраве в стратегията и какви предложения ще внесе днес Българската педиатрична асоциация в Министерството на здравеопазването. Това попитахме нейният председател проф. Владимир Пилософ. Той оглавява и обществения комитет за изграждане на Националната педиатрична болница.

- Проф. Пилософ, по време на пандемията не се чува нищо за строежа на Националната педиатрична болница. Има ли проблеми?

- Още с встъпването си в длъжност министър Костадин Ангелов предизвика дискусия по повод на необходимостта от национална педиатрична болница. Покрай пандемията въпросът със строежа ѝ позагълхна. Добрата новина е, че в проекта на Националната здравна стратегия, чиято дата за обществено обсъждане изтича днес, в частта на детското здравеопазване е залегнало, като задължение на държавата, изграждането на това лечебно заведение. В него е записано „Създаването на национална педиатрична болница, която да предоставя комплексни медицински услуги на децата и която да оединява всички специалисти, работещи с деца и тяхното здраве е приоритетна задача с голямо обществено значение". Това ми дава надежда, че най-сетне наистина ще имаме лечебно заведение, от каквото отдавна има необходимост у нас. В годините по различни причини построяването на болницата беше отлагане, но сега вече предстоящото ѝ изграждане ще бъде осъществено.

- Изтече срокът за обществено обсъждане на Националната здравна стратегия. Какви са предложенията на педиатрите, на Националната педиатрична асоциация?

- Основното ни предложение, което ще внесем в понеделник в Министерството на здравеопазването е свързано с поемането на разходите за лекарства на децата от Националната здравноосигурителна каса. От всичките и годишни разходи за тях се движат между 12 – 15 процента. За медикаменти за пациентите от 0 до 18 години тя харчи 5-6 на сто.

Въз основа на пилотно социологическо проучване, осъществено по поръчка на Българската педиатрична асоциация се установява, че българските семейства с деца до 1-годишна възраст изразходват месечно около 100 лева за заплащане на здравни услуги или закупуване на медикаменти и медицински изделия. Това ни дава основание да твърдим, че за децата, например до 3 или 5-годишна възраст, могат да се предоставят безплатни лекарства за провеждане на домашно лечение по назначение на общопрактикуващия лекар или педиатъра. Това няма да оцети бюджета на НЗОК. Най-вероятно дори разходите ще намалят, тъй като ще се избегнат излишни хоспитализации в резултат на непостоянно лечение, защото факт е, че има немалко твърде бедни семейства, които прекъсват лечението на децата си или въобще не го провеждат.

Като цяло разходите в абсолютни суми за детско здравеопазване, заплащани от касата, са в рамките на 550 – 600 млн лева годишно. Следователно при необходимост от целево увеличаване на бюджета целево с 10 % ще са необходими 55-60 млн. лева. Ние, от Българската педиатрична асоциация отчитаме, че през последните две години бяха увеличени цените на клиничните пътеки за деца, което се отрази благоприятно. Има обаче още много конкретни въпроси, които трябва да бъдат решавани.

- Кои от тези въпроси са най-належащи за решаване предвид здравето на децата в България?

- Приоритет и то в бърз порядък трябва да бъде решен въпросът с училищно здравеопазване. Това е сфера извън вниманието на системата на здравеопазване. Налага се да припомним, че днес „училищното здравеопазване" се осъществява, чрез остарялата Наредба № 3 от 2000 г. за „здравните кабинети". Същевременно европейският офис на Световната здравна организация публикува през 2014 година „European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals" („Европейска рамка на стандарти за качество в училищните здравни услуги и необходими компетентности за училищните здравни специалисти"). В този документ е посочено значението на училищни здравни служби (School health services for child and adolescent health). „Здравето и образованието са неразривно свързани. Доброто образование насърчава по-доброто здраве и доброто здраве е

предпоставка за постигане на образователните цели" се подчертава в документа. Целта му е да се стимулират 53-те държави-членки на европейския регион на СЗО да разработват и поддържат училищни здравни служби. Посочени са 7 стандарта, на които тези служби трябва да отговарят, като се включват оборудването им и длъжностни характеристики на персонала, които работят в тези училищни здравни служби. На практика обаче, такива у нас няма. В училищата има здравни кабинети, в които обикновено работят медицински сестри. Те изпълняват задълженията си, но не всичко, свързано със здравето на детето е в техните компетентости и правомощия. Затова ние сме категорични, че тази тема трябва да бъде разгледана сериозно предвид документа на СЗО. Нещо повече, този въпрос трябва да залегне и в Националната здравна стратегия, за да може впоследствие с екшън план към нея да се поставят реални строкове за изпълнение и да има отчет за направеното. Необходимо е да бъде намерена форма в училищата да влязат и лекари. Дали това ще стане с хора на щат или почасова е въпрос е друг въпрос. Възможности има. Това съвсем не означава, че тези медици ще изземат функциите на личните лекари и педиатри. Напротив, те ще допълнят тяхната работа. Дължим това на децата и юношите в България.

- Според Вас достатъчно развита ли е профилактичната грижа за децата?

- Профилактичната програма, поемана от НЗОК е доста добра и тя се изпълнява стриктно от личните лекари и педиатрите, но най-вече за по-малките деца. В първата година от раждането на детето профилактични прегледи се правят всеки месец, след втората година – на два месеца. Родителите, като цяло, са стриктни и водят децата си, тъй като това са и годините на ваксинациите без които не могат да ги запишат на детска градина. Макар и малко, но в България все още има родители, които не избират лекар на детето си след раждането и продължително време то остава ненаблюдавано. Обикновено те са бебета от социално уязвимите групи. Те следва да бъдат обхванати от по-стриктна мрежа за наблюдение. За тази цел в останалите европейски държави развиват програми за медико-социален подход, насочени точно към маргиналните групи, към децата на родители с нисък социален статус, крайно бедни и необразовани. Колкото и нелицеприятно да звучи, но у нас също има такива хора, за които също е необходимо да се направят подобни програми. Нужен е по-специфичен подход със съответните механизми – нещо, за което Българската педиатрична асоциация настоява отдавна. От него могат да бъдат обхванати и деца със специфични заболявания, увреждания и такива в риск.

- Понятието медико-социален подход не е в обръщение у нас. Какво се разбира под него?

- Това означава здравните власти и социалните служби да действат координирано, когато имат деца на крайно бедни родители. Нерядко имаме влошаване на детското здраве не поради лекарска немарливост, а защото близките на болното нямат средства да му купят лекарства или да полагат необходимите грижи. Ето тук трябва да бъде направена връзка – лекар – социален работник, който веднага да бъде уведомяван и да информира хората от полагащите им се социални услуги, да ги насочва, дори да им попълва документите, тъй като вече има и доста неграмотни у нас.

- Покрай ваксинирането срещу КОВИД-19 не се говори за имунопрофилактиката при децата и юношите. Според Вас необходими ли са промени в имунизационния календар?

- В страната има имунизационен календар, но няма целенасочена ежегодна проваксинална програма. Няма съмнение, че ваксинапрофилактиката е огромно постижение за съвременната медицина. Има обаче и такива родители, които са срещу нея, т.нар. антиваксъри. Проучваната показват, че ако няма задължителни ваксинации немалка част от семействата не биха завели децата си за имунизации. В имунизационния календар има два вида ваксини – задължителни и препоръчителни. Според мен не бива да се прави такова разграничение, защото задължителните се правят от години. Напоследък обаче се въведоха редица допълнителни, които са изключително важни. Например, ваксината срещу рак на маточната шийка, за която

има национална програма, осигурени пари, за да е безплатна, но в момента програмата е пред провал. По нея са имунизирани 7% от момичетата, на които може да бъде поставена ваксината. Това стана, след като всичко тръгна добре, но се получи инцидент с девойче, който нямаше нищо общо с ваксинацията. И процесът спря от само себе си. Ако тази ваксина беше задължителна, нещата щяха да стоят по друг начин. По подобен начин стои въпросът с имунопрофилактиката на грипа и ентеровирусните гастроентерити. След много предложения и настоявания от 2022 г. ваксината срещу варицела най-сетне ще залегне в имунизационния календар, което определено е от добрите неща, случили се в полза на децата през последните години. От 2017 г. Българската педиатрична асоциация е внасяла ежегодно в МЗ Становища от провежданите ежегодни експертни срещи организирани от нас посветени на ваксинапрофилактиката. От тогава датира предложението за приемане на „Национална програма за оптимизация на ваксинапрофилактиката в България“. Все още настояваме такава да бъде подготвена, както и да се организират системни и ежегодни кампании за ползата от имунопрофилактиката, базирани на професионално проведени проучвания за нагласите на населението по този въпрос. Тези кампании трябва да бъдат финансирани и това да става напълно прозрачно. Това ще бъде и едно от предложенията ни, кито трябва да залегнат в кончателния вариант на Националната здравна стратегия.

- Мантуто при 14 и 17-годишните отпадна. Плюс или минус е това, според Вас?

- Тук то отпадна, защото така се практикува в доста страни от Европейския съюз. Макар и това да не е грандиозен проблем, можеше и да не се прибягва до тази промяна. По-големият проблем са антиваксьорите, които вадят аргумент, че във Франция, в САЩ ваксините не били задължителни. Да, наистина, те не са задължителни, но без тях децата не могат да тръгнат на училище, не те записват и в университета.

- Имаше ли отлив на прегледи и лечение на деца и юноши по време на първата вълна на пандемията от КОВИД-19, а и сега?

- Няма данни за откази от прегледи на деца по време на пандемията. При възрастните имаше отлив, но когато иде реч за малките, родителите, като цяло, бързат да ги заведат на лекар. Така стои и въпросът с лечението. Провал в проследяването на заболяванията им няма. Децата бяха и остават най-незасенати от КОВИД-19 в това отношение. Наблюдават се, макар и малко случаи на срещнали се с коронавируса дори безсимптомно, след което се получава влошаване на имунната система. Следва мултивъзпалителен синдром, който може да засегне едновременно много органи. Утешителното е, че тези състояния са единици.

- Според Вас ще се покачи ли нивото на заболяемост след връщането на по-големите ученици на училище реално от 4 февруари? Крие ли рискове разхлабването на мерките?

- Няма човек в държавата, който би могъл да отговори точно на тези въпроси. Както се казва, ще видим. Как ще се движи инфекцията, предстои да видим. Единственото, което знаем със сигурност до момента е, че имаме намаляване на случаите в резултат на мерките.

- Не е тайна, че редица специалности у нас са дефицитни, но още по-дефицитни са тези, свързани със здравето на децата, например детски кардиолози, детски нефролози. Какво може да се направи, за да се преодолее този недостиг?

- Някои веднага биха казали да се дадат повече пари на младите лекари. Това е от една страна, но дефицитът има много по-дълбоки корени и той съвсем не е в емиграцията. Както е известно, през 2007 г. бе преустановена номенклатурата и системата за придобиване на медицински специалности. Съществуващите до края на 2006-та принципи бяха рязко променени – премахнати бяха профилните специалности в педиатрията - пулмология, неонатология, гастроентерология, кардиология, нефрология, неврология, онкохематология. Те придобиха статута на самостоятелни специалности. Продължителността на обучение в тези „нови“ специалности е 4 години, като две от тях (с изключение на осиротялата специалност „педиатрия“) задължително включва програма по обща педиатрия. Според препоръките на Европейската академия по

педиатрия (European academy of Pediatrics) обучението по нея трябва да е с продължителност най-малко три години. Направената преди 14 години промяна породи и друг проблем – лекарят придобил някоя от „новите самостоятелни“ специалности няма право да работи като педиатър, което е крайно нерационално и принуждава много колеги да преминат допълнителна специализация по „Педиатрия“ в продължение на 2 години, за да имат и призаната специалност „Педиатрия“.

- Какво може да се направи?

- Следва да се направи промяна в две стъпки. Най-напред в Наредба 1 от 2015 г. (последна промяна от 23 юли 2019 г.), в която срокът на специализация по отделните педиатрични специалности да се удължи с 1 година. По този начин хорариумът по обща педиатрия, ще стане 3 години и ще отговаря на изискванията на Европейската академия по педиатрия. На втори етап да се регламентира възможността след третата година на обучение по дадена специалност, с заключение на „Педиатрия“, при условие, че тя се провежда в някоя от катедрите на медицинските университети в страната, специализиращият да има право да се яви на изпит за придобиване на специалност „Педиатрия“. След това да продължи специализацията по „тясната“ специалност - пулмология, неонатология, гастроентерология, кардиология, нефрология, неврология, онкохематология, след завършването на курса да се явява на изпит за „тясната специалност“. Освен това трябва да се работи повече по продължаващо медицинско обучение. България е една от малкото страни в Европейския съюз, в която то не е задължително за лекарите. Лошото е, че и в предлаганата стратегия това не се променя. Смятаме, че е крайно време то да стане задължително за лекарите, а не да е оставено само на индивидуалната воля на лекара или работодателя. Първата стъпка е приемането на нормативен документ, който прави продължаващото медицинско обучение задължително. От там следват колко дни в годината всеки лекар има право на платен служебен отпуск за осъществяването му, колко години трае един цикъл на такова обучение (в различните страни е обикновено 4 или 5 години), разработване от Медицинските университети на лицензирани програми за обучение, по отделни специалности и направления, които да се актуализират през определен период от време – например 2-3 години. Те трябва да включват всички форми на обучение – присъствено и дистанционно. Трябва да се одобряват и от съответен отдел на МЗ система на контрол при участие в различните форми на продължаващото медицинско обучение с тестове. Това много би помогнало на колегите с педиатрична специалност, а и не само на тях.

- Ако Ви дадат възможност да направите приоритетно три промени по отношение на педиатричните грижи у нас, какви ще бъдат те?

- Най-напред бих направил продължаващото медицинско обучение задължително. Ще въведа медико-социалният подход, за да не бъдат извън борда децата от крайно бедни семейства и ще осигуря безплатни лекарства за най-малките. Ще направя промени и в имунопрофилактиката.

- Как оценявате, като цяло, предложения проект на Националната здравна стратегия в частта детско здравеопазване?

- От предлагания проект на читателя не става ясно кои са неговите автори. Дори по някакви съображения да не се посочват конкретни имена, би трябвало поне да са известни представители на кои институции са участвали в подготовката на проекта. Има и оптимистични текстове, но звучат твърде познато. И в предишните стратегии звучаха оптимистично, но само толкова. Представената стратегия има добра описателна част с адекватен анализ на настоящото състояние на здравеопазването. За съжаление, частта за детското здравеопазване е най-слабата. Това е най-малката беда. Както вече споменахме, проблематиката на детското здравеопазване е разпръсната във всички раздели на документа, което ще затрудни значително разработване на конкретен план за действие за подобряване на детското здравеопазване.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 01.02.2021 г.

<https://clinica.bg/15547-Promenqt-protokolite-za-himioterapiq>

## **ПРОМЕНЯТ ПРОТОКОЛИТЕ ЗА ХИМИОТЕРАПИЯ**

**Така ще се облекчи работата на комисиите в онкологичните, обясняват от МЗ**

Промени в „Протокол от клинична онкологична комисия по химиотерапия“ и „Протокол за лекарствено лечение по хематология“ предлага здравно министерство с актуализация на наредбата за реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти. Целта е облекчение на работата на комисиите.

Корекциите са в частта „Предиктивни, имунохистохимични и генетични маркери“ от единия протокол и частта „Предиктивен маркер“ от другия. Така данните, които се попълват, ще се вписват съгласно номенклатурата на маркерите на здравната каса. Тя се актуализира периодично при включването в Позитивния лекарствен списък на нови лекарства. В ПЛС се очаква да бъдат включени нови лекарства

и ще е необходимо наличието на други видове предиктивни маркери, затова е целесъобразно в протокола да не бъдат посочвани изчерпателно видовете предиктивни маркери. "Необходимо е съдържанието в тази част на описаните протоколи да бъдат еднакви", обясняват от МЗ.

Целта на предложеното изменение е да се облекчи работата на специализираните комисии в болниците и комплексните онкологични центрове, като по този начин ще се прецизира назначаването на лекарствените продукти, мотивират промените от МЗ. Така ще се подобри и контролът на НЗОК.

[segabg.com/hot/category-bulgaria/mz-vse-pak-reshi-da-ulesni-dostupa-zdravnoto-ni-dosie](http://segabg.com/hot/category-bulgaria/mz-vse-pak-reshi-da-ulesni-dostupa-zdravnoto-ni-dosie)

**МЗ все пак реши да улесни достъпа до здравното ни досие**

### **ТАНЯ ПЕТРОВА**

Министерство на здравеопазването все пак реши да улесни достъпа на граждани до Националната здравно-информационна система. Изискването за притежаване на електронен подпис за влизане в личното досие остава задължително, но пък самият подпис става по-евтин, стана ясно днес от съобщение на сайта на Единния информационен портал.

Според него цената за издаване и управление на квалифицирано удостоверение за квалифициран електронен подпис (КУКЕП) за физически лица, предлаган от "Информационно обслужване" АД StampIT, вече е 12 лв. с ДДС и ще важи за период от 3 години. "По този начин българските граждани ще могат да ползват услугата, която предоставя едно от най-високите нива на сигурност на личните данни, за едва 4 лв. с ДДС /година или само за около 1 ст./ ден, което е без аналог на българския пазар. Намалението спрямо досега действащите тарифи е близо 63%. На практика Националният системен интегратор предлага електронния подпис за тригодишния период на цена, която до скоро беше за годишен абонамент", се посочва в съобщението. "С намаляване на цената на електронния подпис за физически лица го правим по-достъпен за българските граждани. Така всеки ще може да има евтин достъп до електронния си сертификат след ваксинация срещу COVID-19 и медицинските си данни, които се съхраняват в електронното медицинско досие", коментира изпълнителният директор на "Информационно обслужване" АД Ивайло Филипов. За да ползват електронен подпис, новите притежатели трябва да закупят смарт карта и четец за смарт карти. Цените им са съответно 9 лв. с ДДС и 12 лв. с ДДС. Общата цена на целия комплект за тригодишния период е 33 лв. с ДДС за нови потребители, а до скоро тя беше почти два пъти по-висока.

Услугата е-подпис обаче се предоставя и от други доставчици в България, които поне засега не са обявили намаление на цената.

МЗ не смята и да премахва електронния подпис, който остава задължителен, става ясно от отговори на министерството до "Сега". Според ведомството данните в здравно-

информационната система са прекалено чувствителни и защитата на сигурността трябва да е висока. Така ползването на системата, която се чака от години в завършен и интегриран вид, поне засега ще е ограничено до близо 200 000 души, които имат издаден електронен подпис.

„Сега“ попита министерство защо друга информационна система – тази към НЗОК, предоставя достъп с ПИК на НАП или уникален код за достъп, даван от РЗОК, и това се счита за възможно въпреки високата чувствителност на информацията, събирана и там. В персонализираната система на НЗОК фигурират всички дейности, плащани по линия на здравната каса. От отговора на МЗ обаче излиза, че осигуреното ниво на защита при информационната система на касата не е достатъчно.

„Спешната нужда от по-добра и по-надеждна защита на данните във всяка една информационна система нараства не с години, а с месеци. Дори когато системите се помещават в дата-центрове с най-високи нива на сигурност (както е НЗИС), потребителите на тези системи остават едно от най-слабите звена по отношение на сигурността на достъпа. Методът на достъп на потребителите до системите трябва да бъде адекватен компромис между удобство и сигурност. Това се потвърждава и от текстовете на Регламент (ЕС) № 910/2014 на европейския парламент и на съвета относно електронната идентификация и удостоверителните услуги, които дефинират три нива на сигурност: ниско, значително и високо. Уникалният код за достъп се причислява към ниско ниво“, изтъкват от МЗ. „Тъй като при НЗИС говорим за силно чувствителни лични данни, тук компромиса клони към сигурността. Квалифицираният електронен подпис (КЕП) е изключително подходящ метод за достъп, тъй като предоставя високо ниво на сигурност и е сравнително удобен за получаване и ползване, като в същото време отговаря и на необходимото ниво на сигурност в цитирания по-горе регламент“, пишат от министерството.

Така българите, които държат да ползват националната здравно-информационна система, ще трябва да инвестират около 40 лв. за една година с карта и четец (с изключение на новата оферта на Информационно обслужване) и да доплащат ежегодно за подновяването на подписа. За сравнение безплатен ПИК от НАП към средата на миналата година имаха около 900 000 българи. НЗИС в момента генерира и сертификат за ваксинация срещу COVID-19, който може да се получава и на хартиен носител от личен лекар.

Както „Сега“ писа, НЗИС се разработва от „Информационно обслужване“, след като здравно министерство прекрати договори по проведени обществени поръчки с външни изпълнители, а тази дейност, както и системите на други администрации, бе централно прехвърлена към държавното дружество. Част от системата са и електронните рецепти и е-направленията, които тръгнаха трудно.

[www.mediapool.bg](http://www.mediapool.bg), 01.02.2021 г.

<https://www.mediapool.bg/darzhavna-firma-namali-tsenata-za-e-podpis-za-da-imat-evtin-dostap-grazhdanite-do-sertifikata-si-za-vaksinatsiya-news317589.html>

**Държавна фирма намали цената за е-подпис, за да имат "евтин достъп" гражданите до сертификата си за ваксинация**

Цената за издаване и управление на квалифициран електронен подпис, предлаган от държавната фирма “Информационно обслужване” за физически лица се намалява с 63% до 12 лв. за 3 години. Стъпката се прави от държавата и за да имат гражданите евтин достъп до сертификата си, че са ваксинирани.

Държавната фирма предлага продукта съвместно с доставчика на удостоверителни услуги StampIT.

За да ползват електронен подпис, новите притежатели трябва да закупят смарт карта и четец за смарт карти. Цените им са съответно 9 лв. с ДДС и 12 лв. с ДДС. Общата цена на целия комплект за тригодишния период е 33 лв., с ДДС за нови потребители, а до скоро тя беше почти два пъти по-висока, добавят още от фирмата.



"С намаляване на цената на електронния подпис за физически лица го правим достъпен за българските граждани. Така всеки ще може да има евтин достъп до електронния си сертификат след ваксинация срещу COVID-19 и медицинските си данни, които се съхраняват в електронното медицинско досие.", каза изпълнителният директор на "Информационно обслужване" АД Ивайло Филипов.

Преди дни компанията пусна в експлоатация новия модул, който е част от Националната здравно-информационна система (НЗИС). Достъпът до електронното медицинско досие и електронния сертификат за ваксинация става единствено чрез електронен подпис, който предпазва гражданите от злоупотреби с чувствителната медицинска информация и лични данни.

С квалифициран електронен подпис всеки гражданин може да подписва документи и да ползва електронните услуги на държавните институции. С КУКЕП се достъпват разработените услуги за граждани на Национална агенция по приходите, Министерство на финансите, Министерство на икономиката и енергетиката, Министерство на околната среда и водите, Министерство на транспорта и информационните технологии, Министерство на земеделието и храните, Министерство на вътрешните работи, Министерство на отбраната, Агенция по вписванията, Главна инспекция по труда, Комисия за защита на личните данни, Агенция по заетостта, НОИ, НСИ, НЗОК, Агенция „Митници“ и др. Притежателите на електронен подпис могат също така да криптират електронни трансакции, да ползват електронно банкиране на търговските банки, да плащат сметки и данъци през epay.bg, да регистрират домейни и др.



02.02.2021 г., с. 6

#### **СРЕЩА ПРИ КМЕТА**

**Обсъждат МБАЛ Шумен да стане университетска**

**ЦВЕТЕЛИНА ГЕОРГИЕВА**

**ТРУД, ШУМЕН**

Кметът на Шумен Любомир Христов обсъди с ректора на Медицински университет - Варна проф. д-р Валентин Игнатов възможностите за продължаване на сътрудничеството между общината и университета. Както е известно, висшето училище има филиал за мед. сестри и акушери в града. филиал за мед. сестри и акушерки

Ректорът на МУ - Варна е предложил по време на срещата вчера да работят съвместно за превръщането на МБАЛ - Шумен в университетска болница. Това би дало възможност за кандидатстване и проектно финансиране за закупуване на модерно оборудване, както и за привличане на хабилитирани медицински специалисти.

По думите на проф. Валентин Игнатов, филиалът в Шумен е сред предпочитаните учебни заведения в областта на медицинското образование.

На срещата е обсъден още въпросът Филиалът отново да използва 3-ия етаж от базата си, който в критичните месеци с COVID-19 беше отстъпен на МБАЛ-Шумен, но не се стигна до настаняване на пациенти.

[www.redmedia.bg](http://www.redmedia.bg), 01.02.2021 г.

<https://www.redmedia.bg/statii/prof-margarita-genova-s-novite-tehnologii-otsenyavame-vazstanovyavaneto-na-kletachniya-imunitet-na-patsientite-7461>

**ПРОФ. МАРГАРИТА ГЕНОВА: С НОВИТЕ ТЕХНОЛОГИИ ОЦЕНЯВАМЕ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕТО НА КЛЕТЪЧНИЯ ИМУНИТЕТ НА ПАЦИЕНТИТЕ**

*Четири специализирани апарата от най-висок клас вече функционират в Лабораториите по клинична имунология и клинична патология в Националната специализирана болница за активно лечение на хематологични заболявания (НСБАЛХЗ) в столицата. По този повод разговаряме с началникът на*

*лабораторията по клинична имунология в лечебното заведение - проф. Маргарита Генова.*

**Проф. Генова, с какви апарати бяха обновени Лабораториите по клинична имунология и клинична патология в НСБАЛХЗ?**

Това са 12-цветен флоуцитометър, който е първият в страната и е изрично сертифициран за медицинска диагностика, а не само за научноизследователски приложения, защото това е абсолютно условие в Европейския съюз от 2021 година и дава безспорно предимство на болницата ни. Също така имаме и две автоматизирани системи за имунохистохимия и ин ситу хибридизация на биопсичен материал, и автоматизиран имуноанализатор, който е единствен в България от този клас.

**Какви са възможностите на тази апаратура?**

Внедрената апаратура за флоуцитометрия и имунохистохимия дава възможност да бъде разпознат всеки един тип или подтип кръвни клетки, степента им на зрялост, нормалният им модел на развитие или болестните отклонения, разграничаването на нормалните от злокачествените клетки. Това става чрез оцветяването на кръвните клетки по определен начин и така можем да ги разпознаем, изброим, опишем, както в норма, така и при техните заболявания. Можем да идентифицираме една злокачествена клетка сред 100 хил. нормални в реално време, като на практика можем да изследваме всякакъв материал – кръв, костен мозък, лимфен възел или други тъкани, в които имаме съмнения за заболяване.

От друга страна, част от кръвотворната ни система е отговорна за производството на едни от основните фактори на имунната ни защита – имуноглобулините. Това включва В-клетките и плазмоцитите. За съжаление и те не са пощадени от риска да развият злокачествено заболяване – някои лимфоми или миелом, при които е възможно свръхпроизводство на тези имуноглобулинови молекули или част тях. Новата ни апаратура позволява изключително прецизно да определим вида и количеството на тези завишени молекули – цели имуноглобулини, отделните субкласове, леки вериги или двойки леки/тежки вериги.

**В какви случаи и какви изследвания може да се използва новата апаратура?**

За диагностика на целия спектър злокачествени заболявания на кръвта, но могат да се изследват всякакви други тумори и тъкани. Особено важно за разграничаване на доброкачествени от злокачествени процеси, точно субтипизиране на заболяванията съгласно най-новите изисквания на класификационните схеми, което е в основата за избор на възможно най-оптимално клинично поведение. Диагностика на някои редки заболявания напр. пароксизмална нощна хемоглобинурия.

Апаратурата ни дава възможност да определим редица предиктивни маркери, за да разберем дали даден пациент ще се повлияе от конкретен вид терапия. Това по същество е персонализираната медицина, която е най-съвременното ниво в онкологията. Друга възможност е чрез конкретни маркери да се определи индивидуалния риск за протичането на заболяването при всеки пациент. И нещо много важно за проследяване на ефективността на прилаганото лечение, което ни дава 12-цветната флоуцитометрия – можем да разпознаем 1 ракова клетка сред 10 000-100 000 здрави. Безспорно това е изключително прецизен инструмент за проследяване на така нар. „минимална измерима остатъчна болест“ и е важен показател за фина настройка на лечението в световната хематология. В допълнение, новите технологии ни дават възможност да оценим не само нивата, до които сме успели да унищожим злокачествения процес, но и да проследим степента на възстановяване на нормалните нива на клетъчния и хуморалния имунитет, което в последните години се налага като много важен показател за реалния успех на лечението.

Всички тези изследвания се отнасят за социалнозначими заболявания, каквито са злокачествени заболявания на кръвта и лимфната тъкан. Левкемиите и лимфомите са в TOP-10 по честота на злокачествените заболявания и при двата пола. В тази черна статистика за съжаление не е пощадена нито една възрастова група и се наблюдава трайна тенденция за ръст на заболяемостта по целия свят.

### **Какви са ползите за пациентите с въвеждането на новата апаратура?**

Най-общо казано нашите пациенти ще получат нова придадена стойност свързана с навременната, достъпна и прецизна модерна диагностика, а това е условие за правилното и ефективно лечение. Имаме възможност за идентифициране на таргети за прилагане на съвременни прицелни медикаменти. Можем много точно да проследим ефекта от провеждано лечение и да спестим излишно токсично натоварване при пациенти с изключително ниски нива на заболяването, както и да променим терапията свързана с висок риск, или неоптимално повлияване. Това ни дава и предимството да започнем повторно лечение при установяване на дискретни белези на възобновяване на заболяването преди да са настъпили тежки органни усложнения, които биха затруднили прилагането на пълен обем лечение.

### **НЗОК покрива ли изследванията, които се правят с новата апаратура?**

Част от изследванията се покриват от НЗОК. Флоуцитометричните изследвания за хематологично болните се финансират чрез амбулаторна процедура. Това ни дава възможност да осигурим изследванията не само за пациентите, хоспитализирани в НСБАЛХЗ, но и насочени от цялата страна.

Все още остава отворен въпросът за финансирането на имунохистохимичните изследвания и изследванията на патологични имуноглобулини. Това става главно за сметка на ограничените ресурси на клиничните пътеки, лечебните заведения или за съжаление – понякога и за сметка на пациентите.