

25.11.2011-11-27

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ОТНОСНО

ПРОЕКТ ЗА НАРЕДБА ЗА РЕГУЛИРАНЕ И РЕГИСТРИРАНЕ НА ЦЕНИТЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ, УСЛОВИЯТА, ПРАВИЛАТА И КРИТЕРИИТЕ ЗА ВКЛЮЧВАНЕ, ПРОМЕНИ И/ИЛИ ИЗКЛЮЧВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ОТ ПОЗИТИВНИЯ ЛЕКАРСТВЕН СПИСЪК И УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА РАБОТА НА КОМИСИЯТА ПО ЦЕНИ И РЕИМБУРСИРАНЕ

Предложенията за проектонаредбата могат да се определят две направления

1. Концепция на самата наредба
2. Становища по отделните членове

По отношение на ценообразуването

1. Създава се двоен стандарт за продукти отпускани по лекарско предписание, които са включени в ПЛС и тези които не са.

За продукти по лекарско предписание за свободна продажба, цената следва да се регистрира, а не регулира и това е посочено в чл. 258 ал. 2 от ЗЛПХМ. Проектно-наредбата ще ги регулира, което е в противоречие с действащия закон за лекарствата, ако иска да се каже нещо друго поне не е ясно!

2. В чл. 1 на наредбата се делигатират права за утвърждаване на фармакотерапевтични ръководства. Тук следва да се посочи ред, на допълнителна експертиза на екипи, които не са участвали в изготвянето на тези ръководства, тъй като компетенциите от 13 души, не могат да оценяват всички направления на фармако-терапията без допълнителна експертиза.

Практиката е доказала, че тези ръководства са повлияни в значителна степен при изготвяне и при отпечатване от индустрията, поради това следва да се въведе и ред за тяхното утвърждаване, което може и да е напр. допълнителна Стандартна утвърдена процедура от министъра.

По отношение на включените лек. продукти в Позитивния списък

1. Презумпцията е, че като се оценят показателите на едно INN, концентрация на активно вещество и дозова форма, то всички последващи регистрирани търговски лекарствени продукти със същите параметри следва да попадат в ПЛС, тъй като профилът на безопасност и ефикасност са едни и същи.

Продукти с едно и също INN, извън позитивния списък могат да поддържат доста различни цени от тези, които са в Позитивния списък. Това може да доведе до значителни разлики в цените с тези в Позитивния списък и да са по-ниски цени на свободна продажба, независимо, че не са регулирани.

В повечето страни на ЕС, щом INN е в реимбурсията списък, новите търговски наименования автоматично попадат на същото ниво на реимбурсиране и на същата цена, освен ако новото търговско наименование не намали цената, като тогава, при реимбурсирането се намаляват цените и на другите лекарства със същото INN.

И в момента има практика цени на свободна продажба да са по-изгодни от тези, които се предоставят от НЗОК.

Как този процес ще се проследи и ще повлияе на цените и Позитивния списък, когато цените на свободния пазар на същия продукт със същото INN падат и са по-ниски от тези в Позитивния списък? Следва да има и механизъм затова.!!!!

2. Какво се презумира като се изключва регулацията за лекарствата на база чл. 262, ал.5 т2 от ЗЛПХМ, които се заплащат от бюджета на лечебните заведения? *Част от тези лекарства, могат да бъдат предоставяни и за извънболнична помощ. Лечебните заведения независимо, че имат лекарства, които действително се използват само за болнична употреба при тях, има и други, които се използват във всички сектори. Тази норма е неясна и поражда противоречия и как ще се дефинират само тези лекарства за болнична употреба. Тук ще има двойствен характер.*

3. В чл. 55 трябва да има ясни публични критерии за определяне на специалистите, които ще влязат в тази комисия и наредба за техния подбор, квалификация и опит и да има изписана процедура, «а не само с опит в лекарства», както обикнове се пише.

Това е необходимо по отношение на приложимост на отделните процедури и спазване на съответната обективност и равнопоставеност към всички заявители, тъй като тези заявители ще определят политиката на разходване на обществените разходи за лекарства, които в момента са около 700 млн. лв.,

Трябва има ясни критерии за **определяне на специалистите, които ще влязат в тази комисия и наредба по чл 257, ал 7** за техния подбор. Съществува явен риск това да бъдат представители на различни фармацевтични интереси и затова и те следва да подписват декларации и тези списъци да са публично достъпни, както на ЕМА, с всички експерти, които я обслужват.

Добре е да се заложи, че Комисията по предложение на министъра изготвя образец.

Липсва изискване за **публични декларации и за експертите**, тъй като това е практика във всички комитети в ЕМА и по ведомствата в ЕС от гледна точка на прозрачност. Това е необходимо, тъй като тези представители индиректно ще оперират с обществените средства, които са около 700 млн. евро.

Съдаването на такава нова Комисия следва да е публична процедура и набиране на кандидати с посочен стаж и научен опит да има комисия, която класира тези кандидати и това да тече публично, предвид, че ще се разпределят публични средства впоследствие на тези Позитивни списъци . Изискването към кандидатите на база на трудовия стаж и документи да се оценява въз основа на опит в лекарствата да се оценява както следва в:

- оценка на здравните технологии (Health Technology Assessment)
- в експертиза на ефективността и безопасността
- в режимите на референтното ценообразуване и реимбурсиране
- в есенциални листи и тяхното създаване
- в регулаторните режими на лекарствата за разрешаване и постмаркетингово наблюдение, което е пряко свързано с етапите на поддръжка и подновяване и има отношение към подновяване на списъка
- Научно предствяне се оценява по брой публикации във фармакоиномическата област, както и в позитивни листи, а не в коя да е терапевтична област по принцип.

Предложение: Да се посочи в наредбата, че Министерството на здравеопазването ще разработи Стандартна оперативна процедура за набиране на членовете в комисията и експертите.

4. В частта за регистриране на пределни цени и максимални продажни цени, няма промени – държавите и критериите са същите.

Заявлението за вкл. в ПЛС е висша форма на унифициране, но е напълно неразбираемо! Необходим е Правилник или някаква стандартна процедура за работа с документите на наредбата, която Министерството на здравеопазването да изготвя и периодично актуализира.

Следва да въвеждат възможност за подаване документи на електронен носител, да се мисли портал за подаване, тъй като и колегите от МЗ вероятно имат недостиг на архиви.

Във всички страни, освен Румъния нещата се подават на ел. носители или директно са подават по електронни портали.

Обединяването на комисията ще доведе до тази потребност, която може да се мисли, какво може да отпадне като документи, които са публично налични.

5.Технически разминавания и неясноти в посочения документ

- Разминаване относно наложена терминология в нормативни документи в ръководства с тези у нас и в ЕС.

- Има повторения на текстове от Закона - напр. Чл. 6 от наредбата се повтаря с чл.262 на Закона. Повторение има и за самата комисия - състав, как заседава и т.н. Не е необходимо да има повторения, следва да отпаднат

- Съществуват 5 различни термина за цени

“Цени на лекарства “ – чл. 1 т. 1

“Пределни цени” - чл.1 т.2

“Максимално допустима цена продажбата на дребно - - чл.2 т.3,

“максимално продажни цени на дребно” съобразно ЗЛПХМ има и четвърти термин, който е различен от последния 258 ал. 2 и може само да се тълкува и дали двата са идентични

“Регистрирана цена”

Предложение: да се дадат определения в допълнителните разпоредби и да се напишат идентично със закона термините.

Цена на производител

Допълнителни Разпоредби § 1 т. 2. Определението: „Цената на производител” е цената на търговец на едро, ... (допълнителни разпоредби) е некоректно, това бе проблем на действащата в момента наредба и е добре тази терминология да съответства на нейното съдържание.

Коментари:

Да остане цената на производител, но без надценки на търговец. Това поражда проблем, тъй като според проектонаредбата се иска цена на производител (търговец на едро) да се предоставя чл 14 т. 5, за сравняването на референтните страни.

Следа да бъде само на цената на производителя и без допълнителни надценки, тъй като в различните референтни страни различни. И оттук и цената няма да е реална за съпоставка между референтните държави.

Посочените граници за „Окончателна опаковка най-близка до заявената” са неприемливи, тъй като разликата в количеството на активните вещества довежда до различни цени, а те следва да съответстват.

Предложения по отделните членове

Чл. 6 (3). В приложенията на ПЛС по ал. 2, т. 1, 2 и 3 се посочват: АТС код, международно непатентно наименование, наименование на лекарствения продукт, лекарствената форма и количеството на активното лекарствено вещество, окончателна опаковка, притежател на разрешението за употреба, дефинирана дневна доза (ДДД) или терапевтичен курс, цената по чл. 258, ал. 1 от ЗЛПХМ, референтна стойност за ДДД/терапевтичен курс, стойност за опаковка, изчислена на база референтна стойност за ДДД/терапевтичен курс, ниво на заплащане на лекарствения продукт, заболявания по международен код на заболяванията (МКБ), информация за ограниченията в начина на предписване при различни индикации и допълнителна информация.

Предложение: Да се уточни коя е версията за «Международен Код на Заболяванията (МКБ)». Откъде ще се взема информация за МКБ? Следва да има указание на министъра за посочения код (МКБ).

Чл.8 (1) т.1 Цена на производител, която не може да бъде по-висока от левовата равностойност на *средно аритметично от трите най-ниски цени* за същия лекарствен продукт, заплащан от обществените здравноосигурителни фондове на страните, посочени в справката по чл. 31, ал. 2; Това не противоречи на ЗЛПХМ тъй като чл. 258 завършва с най-ниските цени в държавите членки. Така ще има осредняване при всяка актуализация и продукта да се продава, а не да се изтегля, каквито примери има, когато цената е нерентабилна за производителя. Тук генеричните лекарства нямат проблем, но по-скоро това става за иновативните лекарства, които са монополисти.

Алинея (3). Когато няма цена на производител в страните, посочени в чл. 31, ал. 2, цената на производител не може да бъде по-висока от *средно аритметично от трите най-ниски цени* за същия лекарствен продукт, заплащан от обществените здравноосигурителни фондове на Белгия, Чехия, Полша, Латвия и Унгария.

Предложение : Да се включва не само най-ниската цена, а и средно аритметично от трите най-ниски цени в 3 страни. Така лекарствения продукт няма да се оттегля от пазарите и се създават монополисти.

Коментар: Според проучване в10 западни страни на страните членки Белгия е страна с цени пъти повече от скандинавските страни и Англия, Швеция. Кое налага Белгия да бъде включена за сравнение на цени ? Може да се приложи литературна справка при необходимост, да се подмени с друга държава като Франция или Швеция например.

Алинея (4) Съдържанието е неясно. Какво се има предвид като „лекарствен продукт в същата лекарствена и дозова форма и в окончателна опаковка, най-близка до заявената“? Или тази алинея да отпадне. Допълнителна разпоредба т. 5 дава много мъгляво обяснение текст”за една дозова единица” е неясно, като е и общото количество “за една дозова единица”, което няма смисъл.

Коментар: По смисъла на §1, т. 7 от “Допълнителни разпоредби” от ЗЛПХМ и чл. 3 от Наредба 38 от 13.09.2007 за изискванията към данните върху опаковките и в листовките на лекарствения продукт на МЗ, терминът е “вторична опаковка” а не “окончателна опаковка”. Това да се има предвид във всички текстове, които съдържат терминът “окончателна опаковка”.

Чл.9

Логично е да остане съществуващият в настоящата наредба текст като

Алинея 4. Когато лекарственият продукт се внася от трета за Европейския съюз (ЕС) държава, към заявената от притежателя на разрешението за употреба цена преди изчисляването на надценките на търговеца на едро и на търговеца на дребно се добавя стойността на установените плащания по действащите нормативни актове в страната.

Чл.10 (1), т.1. Цена на производител, която не може да бъде по-висока от левовата равностойност на *средно аритметично от трите най-ниски цени* на производител за същия лекарствен продукт в страните, посочени в справката по чл. 14, ал. 1, т. 5;

Да се включи допълнително ал. (4) Когато за лекарствен продукт не може да бъде намерена цена на производител за същия лекарствен продукт в страните, посочени в справката по чл. 14, ал. 1, т. 5, и в страните по ал. 3. Добре е да се разпише точно как се процедира.

Чл.11- Респ. на Чл.9 – *Да се включи допълнително ал. (4) Когато лекарственият продукт се внася от трета за Европейския съюз (ЕС) държава, към заявената от притежателя на разрешението за употреба цена преди изчисляването на надценките на търговеца на едро и на*

търговеца на дребно се добавя стойността на установените плащания по действащите нормативни актове в страната.

Чл. 14, ал.1, т2 и чл. 19, ал. 2, т. 1 не се различава от чл.32 ,ал. 1, т.2 – принципно става въпрос за един и същ документ дава възможност за интерпретации. Чл. 14 и чл. 19 конкретно посочват, че става въпрос за регистрация в търговския регистър в държава членка на ЕС или ЕИП.

Чл.18, ал.1.: *Може ли да се скъси срока за промяна във вече одобрената цена, ако става дума за нова индикация или разширяване на обхвата на разрешението за употреба (Line extention)?*

Чл.18, ал.3.: *Може ли да се промени изискването и цената да може да бъде увеличавана с повече от процента на инфлация ? Да се посочат възможности за изключения.*

Чл.18, ал. 4 – *вписаните в регистъра обстоятелства, включват и цената – ал. 1 въвежда ограничение, а ал. 4 противоречи на ал.1.*

Чл.18, ал. 5. Притежателят на разрешението за употреба или негов упълномощен представител е длъжен в *7-дневен срок* от получаване на решението на комисията за промяна на пределна цена на лекарствен продукт да уведоми по подходящ начин търговците на едро и търговците на дребно с лекарствени продукти, с които осъществява пряка търговска дейност, освен в случаите на обжалване на решението. *Не е ясно, защо притежателят трябва да уведомява всички търговци, че и аптеките – нали се поддържа публичен регистър, и това е неосъществимо практически, тъй като с това се занимава търговецът и как холдерът ще знае в кои аптеки продава търговецът на едно за да ги уведоми. Някои холдери очевидно имат търговски дружества, но други само с представителна власт.*

Предложение: Притежателят на разрешението за употреба или негов упълномощен представител уведомява търговците на едро, а търговците на едро уведомяват търговците на дребно. Да се включи допълнително алинея (б). Да се определи срок „до изчерпване на наличните в аптечната мрежа лекарствени продукти със старата цена.

Чл. 22, ал. 1 – не е ясно в този случай “цена на производител” защо трябва да се посочва, след като крайната цена не е функция от нея и същата не се вписва в регистъра. *Текстът в ред 6 от алинея 1, противоречи с дефиницията за “цена на производител” съгласно §1, т. 2 от “Допълнителни разпоредби” на проекто-наредбата.*

Чл.25 (3) В случай, че международното непатентно наименование, към което принадлежи лекарствен продукт с регистрирана цена, да бъде включено в ПЛС, *Комисията се задължава да уведоми писмено притежателя на разрешението за употреба или негов упълномощен представител за включването и ако в срок до 60 дни от датата на получаване на уведомлението не бъде подадено заявление за образуване на пределна цена по чл.13, комисията служебно заличава регистрираната цена по Чл.2 ал.4.*

Чл. 27. (1), т.3. международното непатентно наименование, към което принадлежи лекарственият продукт/комбинацията (при комбинирани лекарствени продукти), се заплаща от обществен здравноосигурителен фонд при същите заболявания или индикации поне в три от следните държави: Румъния, Чехия, Естония, Гърция, Унгария, Литва, Португалия и Испания. Коментар: *Откъде ще се намери информация за “обществен здравноосигурителен фонд” за заплащане на същите заболявания за посочените държави ? Във фондовете лекарствата не са със заболявания.*

Чл.28 , ал1, т.3 – критерий за безопасност-ИАЛ ли ще предоставя информация за докладваните нежелани реакции или оценката ще се прави на база на КХП. Ако е така, нали безопасността на продукта е оценена при самото разрешаване за употреба. *Как точно ще бъдат оценявани всички тези критерии ?*

В същия член 28, ако се ползват тези критерии следва да се изпишат по класификацията в КХП, съгласно Том IX за лекарствена безопасност, а не както е изписана и следва да бъде

много чести $\geq 1/10$

Чести $\geq 1/100 < 1/10$

Редки $\geq 1/1000 < 1/100$

Чл.31 (3) Цените на производител в декларацията по ал. 2 трябва да са към дата не по-ранна от 1 месец от датата на подаване на заявлението.

Коментар: Как ще се установи, че тези цени са от 1 месец преди това ?

Чл. 32. (1), т.7 дефинирана дневна доза по последни данни на Световната здравна организация, брой на ДДД в съответната опаковка, а при липса на такава доза се дефинира препоръчителна дневна доза съгласно *показанията* от кратката характеристика на продукта.

Коментар: Вместо “показанията” да се посочи т. 4.1 от КХП.

Чл.32 (1) Документите по ал. 1, т. 5 и 10 се прилагат само за лекарствени продукти, които принадлежат към международно непатентно наименование, което не е включено в ПЛС и за тези по чл. 29 от ЗЛПХМ.

Коментар: В чл. 32., номерацията на алинеите не е последователна – след алинея 1 следва алинея 5 – до алинея 8.

Чл. 33, ал. 1, т7 – означава, че си **декларирал намерение за пускане** на пазара ,а чл. 54, ал. 1 на ЗЛПХМ изисква информация за действителното пускане на пазара, а не за такова намерение – притежателя не е длъжен да информира ИАЛ за намерение, а за свършена работа.

Коментар: Посочения срок от 30 дни е много кратък. Да се удължи срока за уведомление.

Чл 34, ал.5 - определя 2 месеца срок за валидност на цената на ЛП при изключването му от ПЛС в случаите по чл.33, т.1,3,4,9.

Коментар: Не е посочено какво се случва с цените на ЛП при изключването им от ПЛС в останалите случаи – те остават ли валидни като пределни цени или трябва да бъдат отново регистрирани по реда на тази наредба? Не е посочено по какъв ред става промяната на цените на ЛП по чл.2. ал.4

Чл. 38 (4) Проверката по ал. 3 се извършва до 15-то число на месеца следващ този, през който е изтекъл срока за подаване на декларация, съответно заявление, а комисията до 30- число взема решение за промяна на утвърдена цена на лекарствен продукт *и уведомява притежателя на разрешението за употреба или негов упълномощен представител за решението.*

чл.38 (8) Когато заявителят не отстрани непълнотите и недостатъците в документацията, както и ако не предостави допълнителната информация, необходима за промяната на цена на лекарствения продукт, в срока по ал. 7, комисията служебно взема решение за промяна на

утвърдена цена на лекарствен продукт и го уведомява в срок от дни, след взимането на решението.

Чл. 40. (1) – да се допълни към “по INN и лекарствена форма и концентрация”

Чл. 44. (1) При определяне стойността на заплащане на лекарствени продукти от групата на имunosупресорите за лечение на пациенти след трансплантация на органи, на които индекса за биоеквивалентност е **извън** границите 90 - 111.11% не се прилагат чл. 40 – 43. Стойността на заплащане на лекарствените продукти се изчислява въз основа на цената им по чл.258, ал. 1 от ЗЛПХМ».

При прочит на така предложената формулировка се предполага, че всички лекарствени продукти с граници на доверителния интервал извън 90 - 111.11% не се групират съгласно изискванията на членове 40-43.

Последното е в противоречие на изискванията за разрешаване за употреба на лекарствени продукти по чл. 28 от ЗЛПХМ (генерични продукти). Тези за лечение на пациенти след трансплантация на органи съдържащи активно вещество от групата на имunosупресорите с тесен терапевтичен индекс е необходимо да отговарят на изискването да са в границите 90 - 111.11%. Изискването е валидно в ЕС, вкл. и България от август 2010.

Според чл. 44 (1) нито един генерик от групата на имunosупресорите с тесен терапевтичен прозорец получил разрешение за употреба в България съгласно актуалните изисквания може да бъде реимбурсиран.

Благородното желание на МЗ да осигурят специфични правила за реимбурсиране на имunosупресорите с тесен терапевтичен индекс с подобна формулировка на чл. Чл. 44. (1), но нека да се помисли в тази насока, тъй като на практика се изключват генериците.

За това се предлага следната редакция:

Чл. 44. (1) *При определяне стойността на заплащане на лекарствени продукти от групата на имunosупресорите за лечение на пациенти след трансплантация на органи не се прилагат чл. 40 – 43. Стойността на заплащане на лекарствените продукти се изчислява въз основа на цената им по чл.258, ал. 1 от ЗЛПХМ».*

Член 44. *касае реимбурсиране на имunosупресорите след органна трансплантация.*

Представянето на проучвания е обект на член 28 (1) от проекта. Поради повишените изисквания към имunosупресорите с тесен терапевтичен индекс и потенциалната възможност за увреждане на здравето на лекуваните пациенти предлагаме следната формулировка на чл. 28 (3): „Когато един или повече лекарствени продукти със същото международно непатентно наименование, с изключение на лекарствените продукти по чл. 29 ЗЛПХМ и на имunosупресорите с тесен терапевтичен индекс, вече са включени в съответната част на ПЛС, не се извършва оценка по ал. 1”.

Коригирането на гореописаното ще допринесе лекарствената политика в България да отговори на изискванията за лечение на European Society for Organ Transplantation, Advisory Committee on Generic Substitution of Immunosuppressive Drugs, March 15, 2011.

Допълнителни разпоредби

т.5. "Окончателна опаковка" на лекарствен продукт е общото количество активни вещества, изразени качествено и количествено за една дозова единица или в зависимост от лекарствената форма - за дадена маса или обем, или в проценти.

Предложение: Терминът “окончателна опаковка” да се коригира на “вторична опаковка”, съгласно §1, т. 7 от “Допълнителни разпоредби” от ЗЛПХМ и чл. 3 от Наредба 38 от

13.09.2007 за изискванията към данните върху опаковките и в листовките на лекарствените продукти на МЗ

Обезпокойтелно е и реферирането по окончателна опаковка, най-близка до заявената – процента на различието набъбна от 15% на 30% - 50% - 70% и всичко над 60 бр.

- от 1 до 2 (таблети, капсули, флакони, дози и др.)
- от 3 до 5 (таблети, капсули, флакони, дози и др.)
- от 6 до 15 (таблети, капсули, флакони, дози и др.)
- от 16 до 30 (таблети, капсули, флакони, дози и др.)
- от 31 до 60 (таблети, капсули, флакони, дози и др.)
- над 60 (таблети, капсули, флакони, дози и др.)

Преходни и Заключителни разпоредби

§ 2. (3) Притежателите на разрешения за употреба или техни упълномощени представители в 14-дневен срок от влизане в сила на тази наредба подават изискуемите документи за довършване на процедурите по ал. 1 и 2, в противен случай съответната процедура се прекратява.

Предложение: Да се удължи срока поне на 30 дни .Има много нови документи, които са за реинбурсиране и следва да има преходен период, който в Европейския съюз по процедурите е поне между 3 и 6 месеца. Това ще натовари Комисията с непълни заявления от страна на фирмите само за да спазят срока за подаване.

§3, ал. 2 и §6 – Коментар: Не е коректно да се заличават цени и да се подава наново документация за цена и съответната такса, ако забавянето на включването на продукта в ПЛС не е по вина на заявителя. В случай, че заявлението е подадено към ПЛС, има одобрена цена от КЦ, но Комисията по ПЛС не го е разгледала, само защото не е заседавала. Защо да се заличават цени ? Могат да последват съдебни искиове.

Приложение 3, към чл 29, ал. 1, т.2 за показателите по чл. 28

1. По отношение на първата класификация - по-подходящо е да се приложи направо MedDRA класификацията (чести, нечести и редки).

2. Втората класификация-тежестта на НЛР описва въздействието на НЛР върху пациента. По тежест реакциите се делят на тежки и леки, а не на обратими и необратими и това ще доведе до редица собствени интерпретации на експертите!!.

Има животоспасяващи/ поддържащи лекарства, както и такива, предназначени за тежки инвалидизиращи заболявания. Разбира се тези лекарствени продукти са с повече и по-тежки възможни НЛР, но имайки предвид заболяванията, към които са насочени, целта оправдава средствата.

3. Третата класификация е неприложима, тъй като реакциите могат да доведат до различни последици при различните пациенти, няма механизъм за класифицирането им по подобен начин !! Ако се налага спиране на терапията това може да означава, че се касае за сериозни неподозирани нежелани реакции SUSARs, които се докладват в ПСЧР и се сменя профила на безопасност поради различни причини. На практика след смяната на профила има актуализация на подхода на лечение!!

Слагането на 2 и 3 показател ще развърже свободата на интерпретация и субективизъм на експертите. Най-добре е да остане само първият показател, който го има в КХП !

От УС на БАЛИ