

ПРЕСКЛИПИНГ

3 юни 2019, понеделник

www.capital.bg, 31.05.2019 г.

https://www.capital.bg/specialni_izdaniia/zdrave/2019/05/31/3910298_instrumenti_za_reimbursirane_na_farmaceutichni_produkti/

Инструменти за реимбурсиране на фармацевтични продукти

Опитът на европейските държави в реформата на лекарствения сектор

Профил

Д-р Тодор Финков завършва медицина, а след това и бизнес администрация в областта на здравеопазването. Работи по здравни регулаторни проекти в България и САЩ, след това заема редица длъжности във водещи мултинационални фармацевтични компании в областта на развитието на бизнеса и управление на портфолиото. Едни от основните предизвикателства вижда в осигуряването на достъп до модерните терапии и устойчивото развитие на здравния сектор.

В последните години не само много се говори за реформа във фармацевтичния сектор, но и много се направи в тази посока в Европа. Редица механизми, касаещи ценообразуването на лекарствата, реимбурсирането им, както и тези, уреждащи търговите процедури, се оказаха динамична област за развитие и промяна. На фона на данните за постоянно увеличаващите се бюджети за здравеопазване администрациите в редица европейски държави видяха възможност за ограничаване на тази тенденция, като свият разходите си за фармацевтични продукти. Реферирането на цените при лекарствата, базираните само на цена търгове и въвеждането на лимитиращи продажбите бюджети за фармацевтичните фирми станаха норма. Към този момент Белгия, Гърция, Италия, Португалия, Румъния и Франция разполагат с различни регулаторни инструменти за "облагане" на продажбите на лекарствата с изтекъл патент (бел.авт. - генерични и биоподобни) извън прогнозираният паричен обем.

Ако погледнем по-назад във времето, пионер в областта е Великобритания, която въвежда схема за регулиране на цените на лекарствата (PPRS) с патент посредством ратифициран консенсус между Британската фармацевтична асоциация и NHS. Целта е да се постигне оптимален баланс, осигуряващ навременен достъп до терапия за пациентите и стойността на лечението. Практически за портфолиото на всяка фармацевтична компания е договорен лимит за увеличаване на продажбите за година. Компаниите сами могат да разпределят този ръст по продукти, като не правят компромис с иновативните продукти. В Италия въвеждат подобен механизъм малко по-късно и много други страни ги последват. Фактите показват, че всяка държава минава по свой път във времето за изработване на механизми, с които да контролира разходите за лекарства.

Всяка държава трябва да изработи собствени механизми, но да се възползва и от опита в другите страни

Контролните механизми имат общ и специфичен за всяка от страните компонент, чиято цел е да гарантира ефективност на регулаторния режим в конкретната екосистема. Механичното пренасяне на регулаторни норми между страните не винаги показва бърз позитивен ефект. Споменах Италия преди малко, там събираемостта на таксите при надлимитните продажби в първите години не е била особено висока. Куриозен е фактът, че в рамките на същата регулация тогава в Италия се допускат обучителни програми с времетраене, не по-малко от шест часа, за лекари, организирани от фармацевтични

компании, на които да се разискват новите лечения. Данните показват, че подобни срещи са увеличили разходите за фармацевтични продукти в Италия в първите пет месеца на 2005 година. Подобна регулация би била недобре приета в днешна Европа, нали? Факт е, че във Великобритания по-меката форма на консенсусно взетото решение носи по-бързи и предвидими резултати в сравнение с налагането на регулаторния механизъм за цените в Италия. В този смисъл копирането и комбинирането на инструменти за регулиране на цените и реимбурсиране на лекарствата от различни периоди и държави невинаги може да има оптимален ефект. Ето защо познаването на опита, натрупан в другите европейски държави, е много важно, но не по-маловажна е оценката къде се намира България в момента по траекторията на развитието си, какви са текущите инструменти за регулиране на разходите и как те работят.

България е специфичен пазар

От гледна точка на демографските показатели и на покупателната способност България е малък пазар за мултинационалните фармацевтични фирми. Перспективата е пазарът да се развива в този контекст. Дори само тези две характеристики поставят българския пазар в уникалната ситуация да се стреми да бъде интересен за фармацевтичния сектор, така че бизнесът да предоставя модерните си лечения в страната. Това включва както икономически, така и административни условия за бизнеса. Днес редица модерни лечения, като например авангардните терапии за муковисцидоза и спинална мускулна атрофия, срещат затруднения при реализацията си на пазара. Трудно е да се прогнозира какъв ще бъде ефектът от промените, предвиждащи предоставянето на безплатно лечение през първата година след пускането на продукта. Подобни регулации по-скоро ограничават достъпа до терапия. Вероятно е част от тези продукти да търсят реализация посредством специализирани програми за лечение. Наред с това обаче и редица биоподобни продукти не успяват да намерят широко приложение въпреки чувствително по-ниската си цена. По тази характеристика приличаме на Португалия и някои региони на Италия, където новите лекарства често навлизат по-бавно в сравнение с останалата част от Европа.

България може да се превърне в атрактивен пазар

Регулирането на цените на лекарствата в Европа, включително и в България, е изключително стриктно. В Европа се използват три основни инструмента за постигане на оптимална цена на лекарствата – рефериране на цените, търгове и договаряния и лимитни бюджети.

Референтното ценообразуване е много популярен метод, но има нюанси в прилагането му. Широко известен е фактът, че в Гърция и Словакия често цените са най-ниски, в България цените се реферират и към техните, но не всички европейски държави реферират цените си към тези две държави. Тук инструментът за контрол на цените у нас предвижда по-стриктни правила. Последните промени в списъка на референтните държави у нас отново не изключват Гърция и Словакия и по-скоро целят намаляване на административната тежест и не би трябвало да имат облекчаващ ефект върху цените.

В Норвегия разходите за болнични продукти се контролират чрез национален търг, провеждан от Норвежката медицинска агенция. Норвегия по правило не реферира цени към други държави, но резултатите от търговете демонстрират, че при определени групи от продукти се постигат едни от най-ниските цени в Европа. Какво се крие зад ниските цени? В Норвегия действат реални механизми, стимулиращи употребата на генерични и биоподобни лекарства. Всеки биоподобен продукт например спечелил биотърга на Норвежката медицинска агенция, получава преференциален статус и неговото предписване става норма. В Норвегия това правило касае стотици продукти и има за цел оптимизиране на разходите. Така Норвегия плаща едни от най-ниските цени в Европа и успява да разшири достъпа до адекватно лечение. Подобни резултати от търговете и

търговските споразумения има в Дания, Швеция и Великобритания, като там инструментите за осъществяване на търговете и контрола на продажбите предполагат по-голяма административна тежест. Забележително е, че относително по-ниските цени в тези държави не са непременно пасив за бизнеса. Напротив, гарантираните обеми от страна на купувача (бел.авт. - например Норвежката медицинска агенция) и възможността за планирането и развитието на бизнеса са толерирани от индустрията. Подобни централизирани търгове предполагат сериозна организация и увеличаване на административната тежест.

Ролята на лимитните бюджети

По правило инструментите за контрол върху цените на лекарствата целят да обхванат по-големите и средните бюджетни пера. Целта на лимитните бюджети е да ограничат потенциален преразход на средства за определени фармацевтични продукти. Напоследък се оформи тенденцията за включването на генеричните и биоподобните продукти в така наречените лимитни бюджети. По този начин безспорно се лимитират разходи, но именно за лекарствата с по-ниски цени, които могат да спестят оперативен разход в бюджета. Още повече този инструмент регламентира по-голяма ценова ерозия именно в продуктовете сегменти с конкуренция. При действащ ефективен, конкурентен и отворен пазар на фармацевтични продукти в Европа, от който България е част, администрирането на допълнителен натиск, ускоряващ ценовата конкуренция, може да се окаже голям риск.

Европейските държави имат проблеми, от които можем да почерпим опит

Основните проблеми, които се дискутират напоследък, са свързани главно с устойчивостта на фармацевтичния пазар и възможностите здравните фондове да финансират новите и скъпоструващи терапии. В Норвегия и Дания обмислят организация на търговите процедури така, че не един, а няколко конкурента да спечелят търга и да доставят продуктите си. Счита се, че това ще осигури присъствието на повече фармацевтични фирми на пазара и ще заздравя конкуренцията в дългосрочен план. В допълнение на традиционните критерии при ценообразуването и оценката на лекарствата (бел.авт. - цена, бюджетно въздействие и др.) се обсъждат и параметри на търговете като продължителност, възможност за разделяне на лотове, използването на качествени критерии, както и критерии, оценяващи въздействието върху околната среда. Много от европейските държави са загрижени за обезпечаването и наличието на продукти без патент с по-ниска цена, тъй като тяхното присъствие на пазара би могло да осигури средства за финансирането на иновативните терапии.

www.clinica.bg, 31.05.2019 г.

<https://clinica.bg/8472->

БОЛНИЦИТЕ С ПРАВО НА ПО-СКЪПИ ЛЕКАРСТВА ОТ КАСАТА

Лили Войнова

Болниците ще имат право да купуват лекарства на цени, по-високи от тези на касата до 1 ноември 2019 г. Такава възможност дава здравното министерство с промени в Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти. Целта е да не се стигне до отказ на фирмите да внасят лекарства на цени, които не са им изгодни и това да се отрази негативно върху лечението на пациентите.

Забраната лечебните заведения да купува по-скъпи лекарства от определената им референтна стойност трябваше да влезе в сила от 1 април 2019 г. Министерството удължава срока, за да може да се осъществи плавен преход, който да позволи на

търговците на едро и на лечебните заведения да се адаптират към новите условия за работа.

От МЗ отчитат, че отсрочката е в полза на пациентите, защото ще им осигури достъп до лекарства, които в противен случай можеше да изчезнат от пазара. „Единственото негативно въздействие при приемането на предложената промяна би имало за лечебните заведения, тъй като ще се отложи влизането в сила на задължението за закупуване на лекарствени продукти на референтна стойност, което означава, че разходите ще останат по-високи“, признават в мотивите си от МЗ.

Проектонаредбата е качена на сайта на здравното ведомство за обществено обсъждане, като срокът е до 13 юни.

www.capital.bg , 02.06.2019 г.

https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2019/06/02/3914328_zdravnoto_ministerstvo_popravia_tekst_koito_porodi/

Здравното министерство поправя текст, който породил дефицит на лекарства

Болниците са задължени да купуват медикаменти по цени, които понякога са по-ниски от минималните доставки. Това води до отказ на дистрибуторите да ги зареждат

Десислава Николова

Болниците занапред вече ще могат да купуват лекарства, които са на по-висока стойност от записаната в лекарствения списък, подготвен от държавните здравни институции. Това предлага здравното министерство в проектонаредба за условията за регулиране на цените на лекарствата.

Причината е, че заради честите промени в цените на медикаментите се оказва, че доставчиците са купили стока на цена например 100 лв. опаковката, а междувременно Съветът по цените на лекарствата служебно е намалил цената на 90 лв., тъй като е открил такава цена в друга европейска държава.

Наредбата, която вменява задължение на болниците да купуват по най-ниската действаща цена, влезе в сила от 1 април. Сега здравното министерство, което предложи текста с цел да пести от плащания за лекарства, иска да го отмени. Причината е, че е получило множество сигнали от болниците за писмен и устен отказ на дистрибуторите да доставят животоспасяващи медикаменти за лечение на сърдечно-съдови, ендокринни, неврологични, офталмологични заболявания, антимикробни средства, обезболяващи и разтвори, които са неразривна част от лечебния процес.

Текстът на наредбата е предложен за обществено обсъждане в съкратен срок, защото действието ѝ застрашава живота и здравето на пациентите в болниците.

Какво означаваше текстът

По закон България трябва да има най-ниската цена на ниво производител в ЕС, а от 1 април болниците нямат право да пазаруват медикаменти на цена, по-висока от най-ниската в Позитивния лекарствен списък. В него са посочени медикаментите и цените, на които трябва да ги плащат здравната каса, здравното министерство и болниците. Те са най-ниските цени на дадено лекарство, засечени на пазара в дадена европейска държава.

Според Закона за защита на конкуренцията търговците обаче нямат право да продават под цената, на която са придобили един продукт или на загуба.

Освен това намерената най-ниска цена, която плаща здравната каса в Унгария например, не отразява всички разходи на българския доставчик по придобиване, складиране и транспортиране на стоката до крайния клиент.

Тя не отразява и още един много важен елемент – по закон болниците трябва да се разплащат за доставките в срок до 60 дни. Те обаче не го правят, заради което биват съдени или пък сключват анекси и допълнителни анекси към договорите, в които плащат неустойки.

В момента дълговете на клиниките, държавна и общинска собственост, продължават да бъдат около половин милиард лева, като по-голямата част от тях са за лекарства.

Доскоро доставчиците се застраховаха своеобразно срещу това, като продаваха на болниците лекарствата си на максималната продажна цена. Това обаче не успява да компенсира неплащането в период от три години, а дистрибуторите обикновено теглят кредити, за да снабдяват болници и трябва да ги обслужват.

Вероятно това са и причините търговците на едро да са отказвали доставки на медикаменти, необходими на болниците.

Неразумната политика на спестяване

Текстът, който на практика затруднява болниците да купуват множество медикаменти, чиито цени са намалени служебно, е само една част от поредицата рестриктивни регулации, които водят до изтегляне на лекарства от производство и внос в България.

Освен тях през тази година здравната каса въведе механизъм за разходоефективност - на новите пациенти ще бъде изписвана само най-евтината терапия, а от фармацевтичните компании се иска да ѝ връщат сумата, която е платила над лимита. Например ако лекарите изпишат онкомедикаменти за 305 млн. лв., а бюджетът за цялата година е 300 млн. лв., то фармакомпаниите са длъжни да върнат на касата 5 млн. лв. В допълнение те се задължават да подаряват на касата медикаментите през първата година след регистрацията им. В момента НЗОК сключва договори с компаниите и тепърва ще стане ясно дали заради тези ценови рестрикции част от сега съществуващите лекарства няма да бъдат изтеглени, а нови медикаменти няма да бъдат достъпни за болните.

ЗЕМЯ

03.06.2019 г., с. 7

Здравната реформа - вместо лекарство отрова

Здравните структури след превръщането им в търговски дружества започнаха да изискват от пациентите да заплащат елементарни консумативи, като бинтове и спринцовки

Окаяното състояние на здравната ни система се обсъжда от години. Здравните реформи в посока повече пазар и по-малко солидарност не само не решиха проблемите, но и ги задълбочиха. Напоследък все по-усилено се говори за възможността българите да се превърнат в "здравни емигранти", търсещи необходимото лечение в други страни от Европейския съюз.

Безспорно се нуждаем от спешна и генерална реформа на здравеопазването. Такива реформи се предлагат всяка година при представянето на държавния бюджет и бюджета на НЗОК. На 29 май 2019 г. при награждаването на "Лекарите, на които вярваме", здравният министър Кирил Ананиев за пореден път атакува системата на финансиране на здравната система. Безспорно е, че в момента тя е порочна, но предлаганото от него лечение съвсем не цели да разреши съществуващите проблеми, а точно обратното -

прикривайки се зад изразената "загриженост" за гражданите, ще ги задълбочи още повече. Нека видим защо.

През 2018 г. се очакваше здравният министър Кирил Ананиев да предложи два различни модела за реформа на здравеопазването.

В крайна сметка предложи два еднотипни и еднакво лоши за мнозинството от гражданите модела.

В презентацията им той каза: "Най-съществената характеристика на новия здравен модел е преминаването от чисто солидарен осигурителен модел към персонализиран здравноосигурителен модел".

Първият предложен модел представлява пренасочване на здравните вноски от НЗОК към частни застрахователи по желание на осигуреното лице, като така НЗОК не само ще изгуби част от приходите си, но и ще се превърне в гарант, в случай че някой от собствените ѝ конкуренти фалира. Абсурдът се корени в това, че наличието на подобна гаранция ще бъде главната причина за прехвърлянето на здравноосигурителните вноски към частни застрахователи, тъй като осигуреното лице ще бъде сигурно, че няма да изгуби здравните си права, ако избере неподходящ застраховател. По този начин рискът винаги ще се прехвърля върху НЗОК и съответно ще се отворят вратите към нелоялна конкуренция от страна на застрахователите.

Вторият предложен модел се крепи на три стълба: задължително осигуряване, задължително застраховане и доброволно застраховане. Задължителното осигуряване ще бъде към НЗОК като единствен осигурител и със същата ставка на вноската като досега -8% от доходите до максималния осигурителен доход. НЗОК ще покрива само основен пакет от услуги. Задължителното застраховане към частно застрахователно дружество ще покрива допълнителни услуги. Задължителните застраховки няма да са съобразени с доходите на осигуряващите се лица, което означава, че хората с минимална заплата ще заплащат същата сума като хората с най-високи доходи в страната, и неравенството ще се задълбочава все повече. Вторият стълб ще поема разходите над определена "гранична линия" и условно ще струва 12 лв. на месец. Третият е доброволен и ще действа както сегашните доброволни застраховки.

За да изясни метода на прилагане на предложената реформа, министър Ананиев дава следния пример: При гранична линия от 700 лв. и болничен престой на същата или по-ниска стойност (статистически това отговаря на 84% от случаите) разходите се разпределят както следва: 90% от 700 (630 лв.) се заплащат от НЗОК и 10% (70 лв.) се доплащат от пациента. Пациентът освен това заплаща и "допълнителните екстри", които е избрал сам по време на лечението си.

За какви "екстри" става въпрос, не е уточнено. Длъжни сме да напомним, че множество здравни структури след превръщането им в търговски дружества започнаха да изискват от пациентите да заплащат елементарни консумативи, като бинтове и спринцовки. Можем само да си пожелаем да не ни се налага да заплащаме за подобни "екстри" и в бъдеще.

В обобщение: здравноосигурените лица ще са принудени да заплащат здравни застраховки към частни застрахователи и да поемат 10% от лечението си.

Системата ненужно ще се усложни и следователно ще се повишат административните разходи. Застрахователите, бидейки търговски дружества, ще работят с цел печалба, което би могло да доведе до редица отрицателни външни ефекти.

С наличието на допълнителни икономически субекти на пазара на здравните осигуровки се рискува увеличение на общите цени на медицинските услуги, за да се гарантират печалбите им (например застрахователите биха могли да изберат да работят с лечебни заведения, манипулиращи цените).

Накрая, застрахователите винаги са се стремели да извършват скрита селекция на риска, а този проблем е изключително труден за контролиране и санкциониране. Като преимущества на подобно предложение спрямо досегашната система, не бихме могли да изтъкнем нито едно, тъй като дори набирането на допълнителни средства за здравеопазването, каквото безспорно е необходимо, би се извършвало по схема с еднакви вноски, несъобразена с разликите в доходите, и съответно увеличаваща неравенството у нас, което и днес е най-високото в ЕС.

Даниела ПЕНКОВА От "Барикада" (Заглавието и подзаглавието са на ЗЕМЯ)