

ПРЕСКЛИПИНГ

10 август 2018, петък

www.zdrave.net, 09.08.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n6931>

Механизмът на договаряне на отстъпки за лекарства, плащани от НЗОК, е неефективен

Ирина Пекарева

Начинът на договаряне на отстъпки между НЗОК и фармацевтичните компании е неефективен, тъй като събираните от фармацевтичната индустрия отстъпки не покриват ръста в разходите на лекарствата. Това показват числата от отчетите за изпълнението на бюджета в перо лекарства. Това признава и председателят на Надзорния съвет на фонда Жени Начева на последното му заседание преди ваканцията на 27 юли.

„Правихме срещи с притежателите на разрешение за употреба за допълнителни отстъпки, които да важат само за тази година, извън вече обещаните и сключени договори. Те категорично отказаха и поне ефектът, който може някои компании да се съгласят да предоставят като допълнителни отстъпки, е пренебрежим спрямо общия размер на недостига и се измерва в размер на 25 млн. лв.“, казва тя пред надзорниците. Принципно проблемът е в нормативната уредба и по-точно в Наредба 10, която ще търпи нови промени, става ясно от думите на Начева. „Замисляме изцяло нова концепция за договаряне на лекарствата, за отстъпките и реимбурсирането на лекарствата“, обяснява тя, като уточнява, че механизмът, по който в момента се договарят отстъпките, няма да важи през следващата година.

На този етап обаче средният процент на отстъпки, договорени с 10-те притежатели на разрешение за употреба (ПРУ), които генерират основния ръст на средствата за лекарства, е минималният, записан в наредбата, информира Жени Начева.

„Наредба 10 е създавала предпоставки някакви минимални тавани на отстъпки да се дават, а не съобразени с размера на ръста. Т.е. ние допускаме ръст, който превишава параметрите на бюджета и естествено ПРУ на минимално ниво предоставят отстъпки. Първоначалната е 1 – 2%, а максималната е 10 – 20%. Там, където точно 20, точно 10, т.е. в рамките на определените тавани. Самата Наредба 10 определя процент спрямо реализирания оборот и ръст от предходната година, но не е бюджетно обвързана с разхода, който има Касата“, посочва тя.

Същевременно, компаниите определят отстъпките си спрямо пазарния си дял или спрямо производството си, но не и спрямо бюджета на НЗОК. „Те си залагат растеж на компанията 20% и казват – ние за това ще ви дадем отстъпки. А това, че ние нямаме пари за 20% ръст, тях не ги интересува“, казва Начева.

Допълнителен проблем при събирането на отстъпките е недобрата работа на администрацията в Касата. Във връзка с това зам.-министър Пенков, който е член на Надзора, посочва като причина за лошата събираемост липсата на компетенции в част от персонала на Касата.

Резултатът е, че както всяка година, така и тази основният проблем в бюджета на НЗОК е перото за лекарства. От думите на Жени Начева става ясно, че проблемът стои както по отношение на онкомедикаментите, така и на лекарствата за домашно лечение. Така въпреки очакваното преизпълнение на приходите с 41 млн. лв., в края на годината една 15-дневка ще бъде платена на аптеките през 2019 г. Според председателя на Надзора, сумата, която ще бъде прехвърлена, е в размер на 37 млн. лв.

„При онкологичните лекарства, ако предположим, че в останалите направления на дейност очакваното изпълнение е в рамките на бюджета, каквото се стремим да бъде с преразпределение на средствата от резерва, се очаква на този етап недостиг от 17 млн. лв.“, информира Начева, но уточнява, че преразходът ще е в този размер само в случай, че бъдат събрани 160 млн. лв. от отстъпки и средствата от преизпълнението на бюджета (41 млн. лв.) се насочат също към онкомедикаменти.

Така в най-оптимистичния си вариант дефицитът в бюджета на НЗОК тази година ще възлиза на около 60 млн. лв. и за пореден път ще бъде предизвикан от ръста на разходите за лекарства.

www.actualno.com, 09.08.2018 г. ТС "www.actualno.com" \f C \l "1"

https://www.actualno.com/healthy/nzok-plashta-ogromni-sumi-za-lechenija-v-chujbina-koito-mogat-da-se-izvyrshat-i-u-nas-news_689007.html

НЗОК плаща огромни суми за лечения в чужбина, които могат да се извършат и у нас

Здравната каса плаща лечение на деца в чужбина, въпреки че то може да се извърши у нас, но болниците не са направили обществени поръчки и нужните консумативи и лекарства липсват, пише вестник "Сега".

Наскоро новият управител на здравната каса Дечо Дечев е подписал два формуляра за финансиране на лечение в чужбина за "двеста и няколко хиляди лева", въпреки че то може да се извърши у нас за много по-малко пари, обяснява самият той пред Надзорния съвет на Касата, сочи стенограмата от последното заседание.

Става дума за поставяне на става, за която не е проведена обществена поръчка в държавната болница по ортопедия в "Горна баня" и за онкопрепарат, който не е осигурен с търг от друга болница. "Мотивите са - и двете дейности могат да се изпълнят на територията на страната, но се насочват за чужбина, това от Фонда (за лечение на деца - б.р.), защото в първия случай болницата по онкология не е провела обществена поръчка за лекарството, не че го няма тук. Не е провела обществена поръчка за лекарството и затова отива в чужбина", обяснява Дечев. Такъв бил и случаят със става за 30 000 евро. Дечев все пак е подписал формулярите, за да не се бави лечението на децата.

Проблемът при Фонда за лечение на деца е, че по правилник той няма да право да плаща за медицински изделия или лекарства, ако за тях съответната болница у нас не е направила конкурс за обществени поръчки. Фондът дори от известно време трябва сам да прави тези конкурси, но и това не се случва, тъй като структурата няма административния капацитет да направи конкурси за хиляди медицински изделия и лекарства, които биха могли да се окажат необходими за лечението на деца у нас.

За решаване на проблема от догодина се очаква структурите, които осигуряват лечение в чужбина, да се обединят и комисията за лечение в чужбина и фондът за лечение на деца в чужбина да преминат към здравната каса, която също плаща част от това лечение. Д-р Дечо Дечев се жалва и от разходите на касата по т.нар. формуляр S1, който осигурява лечение в ЕС на български граждани, които се осигуряват у нас, но пребивават временно в други страни от Съюза. Обикновено това са пенсионери, които живеят при децата си в други държави от ЕС и с този формуляр те имат право да се лекуват в съответната страна, но за сметка на здравната каса. "Това, което идва за плащане, представлява един формуляр, в който никъде не е описано каква медицинска дейност е извършена и от кого е извършена. Идва една хартия, в която пише – дължите за лицето еди-кое си примерно 50 000 евро", недоволства Дечев. Именно плащанията по този формуляр са с най- голям ръст при дължимите плащания на касата към чуждите фондове, които са над 270 млн. лв.

Управителят предлага Касата да може да иска от чуждите фондове информация още когато пациентът постъпва за лечение, поне за да се види за какво и за кого се плаща, "защото съм убеден, че тези хора бълват от определени региони".РУМЕН СКРИНСКИ

www.zdrave.net, 09.08.2018 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"
<https://www.zdrave.net/-/n6932>

БЛС: Крайно аморално е лекар да бъде принуден да брани живота си, когато лекува пациент

Отново сме свидетели на недопустимо отношение към лекар, към лице, което полага грижи за здравето на пациентите, а в този случай се грижи за здравето на дете. Неправилно и крайно аморално е, когато един лекар трябва да бъде мобилизиран и концентриран за да лекува пациент, да бъде принуден да брани своя живот. Това се казва в позицията на БЛС по повод нападението над педиатъра д-р Мариана Москова от МБАЛ-Добрич.

„Агресивното поведение над д-р Москова, признат детски специалист и уважаван професионалист, е израз на недоволството на обществото към цялата система на здравеопазване“, се казва още в писмото, изпратено до д-р Москова и директора на болницата д-р Светозар Байчев и подписано от председателя на БЛС д-р Иван Маджаров. В позицията на БЛС се изтъква, че тенденциозно тиражираните новини за лекарски пропуски и непрофесионализъм на медици, без да има доказателства, настройва излишно обществеността към българските лекари и компрометира целия лечебно-диагностичен процес, като създава недоверие към високата експертиза на всички заети в сферата специалисти. „Мобилизация и осъзнаване на цялото общество относно важността на лекаря в социума и неговата роля, е първата стъпка към превенция на агресията в здравния сектор“, категоричен е д-р Маджаров.

„БЛС изразява своята готовност за съдействие по този и всички подобни казуси, като разчитаме, че компетентните органи ще вземат предвид тежестта на закона и предвидените в Наказателни кодекс мерки при нападение над медицинско лице“, завършва позицията на Лекарския съюз.



10-16.08.2018 г., с. 10

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ, председател на Български лекарски съюз:

Против сме закриването на болници

*Единственото, което не плащаме на европейски цени, е трудът на лекарите
 Не може да се правят здравни политики без участието на съсловната организация
 В последно време като че ли има едно изкуствено нагнетяване на напрежението и очерняне на лечебните заведения*

ИЗВАДКА

- Д-р Маджаров, през последните седмици една от широко коментираните теми е свързана с починалата родилка в плевенската болница. Какви мерки ще предприеме БЛС по случая?

..... Относно позицията ни - първо, категорично се противопоставяме на популяризирането на вменена, но недоказана вина.

Второ, тиражирането на информация без доказателства, създава недоверие към българските медици, нагнетява допълнително напрежението сектора и създава

предпоставки за агресия.
 БЛС ще изчака констатацията на съдебно-медицинската експертиза и при доказан от компетентните органи пропуск от страна на медицинския екип, своевременно ще предприемем позволените от закона действия.

- НЗОК вече има нов управител. Какво е Вашето мнение относно идеите му за промени в сектора?

- Познавам д-р Дечев като един от най-добрите професионалисти в нашата сфера. Той вече е бил в управлението на касата, дълги години управлява и лечебно заведение, така че подкрепям всички тези, които изложи. Смятам, че идеята за това финансовият ресурс на НЗОК да се насочва там, където може да се постигне ефикасност, ефективност и контрол, е в основата на това да избегнем лобизма там, където има опасност от него, там, където се кръстосват големи парични потоци.

- Какви са вашите очаквания относно новият здравноосигурителния модел, който министър Кирил Ананиев се очаква да предложи през септември?

- В последно време, наред с очакванията за нов здравноосигурителен модел, като че ли има едно изкуствено нагнетяване на напрежението и очерняне на лечебните заведения. Системата на здравеопазване в България има своите положителни качества. Имаме изключително добър достъп до високи технологии, добри специалисти, съвременна апаратура. Недостатъците са свързани с правилата, по които работи тази система. И точно те носят вина за недоволството на обществото. Аз очаквам промените, които ще предложи екипът на министъра да са насочени към това. Не може никой в държавата ни, в системата на здравеопазването, да има усещането, че това, което се прави, се прави само за негова сметка.

- А какво трябва да се случи, за да се промени това усещане?

- Трябва да има баланс. Трябва с ресурсите на нашето общество, с това, което дава нашата икономика, да постигнем удовлетвореност, доколкото е възможно, и у пациентите, и у изпълнителите на медицинска помощ, и у производителите, и у търговците на лекарства. В противен случай ще останем държава само на недоволни пациенти. А казвам пациенти, защото рано или късно всички ние сме такива и ако не се погрижим за системата, няма да има кой да се погрижи за нас. Няма да има лекари, няма да има медицински сестри. Освен това ми се иска, въпреки притесненията, които доста колеги изразяват, дори настояват да свикваме национален съвет във връзка със слуховете, че едва ли не някой има намерение да игнорира Лекарския съюз - искрено вярвам, че екипът на министъра е от достатъчно добри професионалисти, които съзнават, че не могат да се правят здравни политики без участието на съсловната организация. Защото лекарите са тези, които гарантират на обществото качеството в здравеопазването.

- Когато говорим за негативно отношение към здравната система, хората най-често са неудовлетворени от доплащането...

- За съжаление всички отговорни фактори продължават да повтарят как на българските граждани е осигурено напълно безплатно здравеопазване. А всички ние се сблъскваме с друга реалност -когато отиваш с нагласата, че здравните ти осигуровки са покрили всичко, а в същото време установяваш, че трябва да доплащаш, е нормално да си недоволен. Всички изследвания показват, че освен публичните средства от 8% здравни осигуровки, в България се харчат още почти толкова пари - около 4 млрд., които са нерегламентирани. Този факт би могъл да се използва, за да се въведе регламентираното доплащане.

- До какво смятате, че ще доведе това регламентирано доплащане?

- Давам си сметка, че на пръв поглед звучи като нещо страшно. То обаче ще доведе до позитиви. Ще даде възможност пациентът сам да контролира какво се случва по време на неговото лечение. Ще даде възможност лечебните заведения да привлекат на място специалисти на европейско, световно ниво, да могат да го предложат напълно

регламентирано в ценоразписа си. Коректно е и към самите пациенти, да виждат колко струва лечението им и да доплащат една малка част от него. Тази малка част е контролна - когато е регламентирана те ще могат да избират дали да го направят или не, защото доплащането се явява в случаите, при които човек иска нещо повече отколкото му гарантира основният пакет на НЗОК.

- За да вижда пациентът колко струва лечението му, това не трябва ли да е предхождано от прословутото остойносттаване на медицинските дейности?

- **Няма как да говорим за реформа без да направим първата стъпка.** Трябва да има остойносттаване на дейностите в лечебните заведения и на труда, за да е ясно за всяко нещо колко плаща обществото.Единственото, което не плащаме на европейски цени е труда на лекарите и на медицинските сестри.

.....

- Рано или късно ще се разбере, че не може болничните заведения да влягат средства и да лекуват пациенти за тяхна сметка. Защото над 80 % от тези незаплатени дейности са за спешни случаи. Така че, не може те просто да се наричат незаконни. Какво означава незаконно лечение на пациенти? Редно да се вземе едно държавническо решение надлимитната дейност, да бъде изплатена, макар и разсрочено в следващите няколко години. Защото с тази дейност, са лекувани и спасявани човешки животи. Същото беше и с регулативните стандарти в извънболничната помощ - общопрактикуващи лекари и медицински центрове да възстановяват средства за направления, които са дали на пациенти. Тези средства не са в техните джобове. Не мисля, че с административни мерки ще приключи въпросът с надлимитната дейност.

- Какво е мнението ви за сега действащия Национален рамков договор и имате ли вече идеи какви искания да поставите при следващите преговори?

- В текстовата част на НРД се работи вече в продължение на много години. Изчиствани са многократно пречките пред изпълнителите на медицинска помощ. Тази година отново ще съберем сигналите от колегите в страната, ще видим ежедневните им проблеми, ще си партнираме с д-р Дечев, за да изчистим нещата, когато се касае за чисто административни, фактологически грешки. А що се отнася до финансовата част, там основният проблем е в бюджета на НЗОК, който се гласува от парламента. Категорично искам да заявя, че ние продължаваме да настояваме, както е за всички пера в държавния бюджет, перата в бюджета на НЗОК също да бъдат фиксирани. Да бъде ясно поставена забраната за вътрешно компенсаторни размествания на средства. Защото възможността да вземаш средства от едно перо и да ги преместиш в друго, означава, че изначално не си предвидил, че трябва да дадеш на изпълнителите на извънболнична и болнична помощ полагащата им се част.

.....

Иван Маджаров е роден на 10 януари 1968 г. Учил е в гимназия „Проф.д-р Асен Златаров" - Първомай. Медицинското си образование получава в Медицинския университет в Пловдив. Има специалност „Уши, нос, гърло" и Магистратура по здравен мениджмънт. Като началник на здравни заведения има богат административен опит, част от който е управлението на МБАЛ

- Първомай от 2008 до 2013 г. Бил е и директор на Здравната каса в Пловдив, председател на Българската болнична асоциация и управител на МБАЛ „Пълмед". Настоящият му мандат като председател на БЛС е до 2021 г.

<http://news.bnt.bg/bg/a/zdravniyat-ministr-osvobodi-ot-post-direktora-na-fonda-za-lechenie-na-detsa>

Здравният министър освободи директора на Фонда за лечение на деца в чужбина

Здравният министър Кирил Ананиев е освободил д-р Мариета Райкова от поста директор на Фонда за лечение на деца по взаимно съгласие, научи "По света и у нас". Д-р Райкова заема поста от септември миналата година, като в мотивите за напускането си тя е посочила лични причини.

**www.zdrave.net, 09.08.2018 г.
<https://www.zdrave.net/-/n6934>**

Д-р Дечев предлага:

Лечението на пациент да се плаща от териториалното му РЗОК, независимо къде се лекува

Уволнение за директори на каси, които не спазват бюджета, иска шефът на фонда

Ако пациент от даден регион се лекува в друг, лечението му да бъде платено от РЗОК, която действа в родното място на пациента, а не от Касата, на чиято територия е съответното лечебно заведение. Това предлага новият управител на НЗОК д-р Дечо Дечев по време на последното заседание на Надзорния съвет на фонда на 27 юли.

„Примерно, идва пациентът от Видин в София и в момента му плаща софийската каса, а не видинската“, дава пример той.

Всъщност предложеният начин на работа не е нов за Касата. До преди няколко години именно това беше механизмът, на който се базираха плащанията. Жени Начева, която преди време оглавяваше бюджетната дирекция на фонда, припомня това на д-р Дечев. „Когато бяхме в Касата, имахме такъв принцип, и увеличавахме на тримесечие на база на движението на пациентите. Отишъл от Разград в София, дава се същата сума пари в София. Имахме преди такъв принцип“, казва тя и изразява принципно съгласие този начин на разплащане да се наложи отново още от следващата година.

Д-р Дечев смята, че този принцип трябва да бъде обвързан и с поставени изисквания към директорите на РЗОК за изпълнението на бюджета им. Според него, в договорите на директорите трябва да бъде заложена и пряка връзка между изпълнението на бюджета и оставането на поста на съответния директор. „Аз исках това да ви предложа, да го поставя на обсъждане, дали в договорите с директорите на РЗОК да не се зложат конкретни параметри по перата на бюджета за даден регион, които при неспазване да бъдат основание да се предприемат кадрови промени“, обръща се той към надзорниците. Според него, ако има подобна клауза, съчетана с плащането от съответната Каса за пациент от нейната територия, това ще дисциплинира контрола. „В смисъл софийската каса ще си вземе сумата по пътеката за пациента от Видин и тогава шефът на касата във Видин ще си направи регулация как този пациент стига от Видин в София, като ги прескача“, обяснява д-р Дечев и посочва: „Когато даден регион има конкретен бюджет за дадената дейност, самият директор ще си наложи регулацията. Той ще вижда това, което виждаме и ние, сяда и реагира. Но тогава ще носи персонална отговорност.“



10.08.2018 г., с. 5

Смяна на директор на РЗОК, ако не се побере в бюджета

Лимитите да са на легла, а не на болниците, предлага шефът на НЗОК

Аида Паникян

Директорите на РЗОК в страната да бъдат сменени, ако бюджетната рамка за региона бъде нарушена. Това е едно от предложенията на новия управител на НЗОК д-р Дечо Дечев. "Дали в договорите с директорите на РЗОК да не се заложат конкретни параметри по перата на бюджета за даден регион, които при неспазване, да бъдат основание да се предприемат кадрови промени", предлага Дечев на последното заседание на Надзорния съвет на касата. Той се обосновава, че "когато даден регион има конкретен бюджет за дадената дейност, самият директор ще си наложи регулацията". Според д-р Дечев при това положение конкретният директор "ще носи персонална отговорност". Според Дечев дадена РЗОК има конкретен бюджет за конкретна дейност и директорът на РЗОК трябва да регулира този бюджет. "Нещата са несъпоставими. Ако може в Шумен или в Смолян директорът да влияе върху 6-те кардиолога или 18-те джипита, то в София не може, възразява Теодор Василев от КТ "Подкрепа". Според д-р Дечев обаче реалният проблем е, че в момента в София и големите областни градове с университетски болници много голям процент от плащанията са за хора, които са насочени от други населени места. Според него около 40% от пациентите в столицата не са местни, а идват от други населени места. Дечев предлага парите да следват пациента и дава пример: ако пациент идва от Видин в София и за лечението му плаща Софийската каса, тя да може да си вземе парите по клиничната пътека от Видинската. "И тогава шефът на касата там Видин ще си направи регулация как този пациент стига от Видин в София, като ги прескача", обяснява Дечев. Това е друга философия от сегашната, подчертава Григор Димитров. Но д-р Иван Кокалов от КНСБ припомня, че е разрешено свободното движение на пациенти и парите трябва да вървят с пациента. Ако бюджетът за болнична помощ е 2 млрд. лв., осигурените са 6 млн. души и им се пада за болнична помощ определена сума, умножаваш я по броя на хората във Видин и това дава бюджета за болнична помощ там, обяснява д-р Дечев. Според него е сериозен и проблемът с рехоспитализациите: хоспитализациите са около 3 млн., а пациентите са около 800 хил., значи тези пациенти са приемани по няколко пъти в болница и подчертава, че има хора с по 14-15 хоспитализации годишно. Според Дечев сериозен е проблемът с качеството на лечение. Друга идея на управителя на НЗОК е лимитите да са на леглата, а не на болниците. В момента лимитите са на т.нар. исторически принцип. Това означава пререгистрация на всички болници, казва Григор Димитров от БСК. Има болници, на които им е дадено разрешение от МЗ, без да се упоменава броят на леглата, казва Дечев.

КАПИТАЛ 10-16.08.2018 г., с.22

Докторът, който не си мълчи

Новият управител на здравната каса Дечо Дечев иска да направи малка революция

Десислава Николова

Доктор Дечо Дечев не е мълчалив. Дечев, който беше избран на 20 юли за нов директор на здравната каса, е експерт, който не би допуснал лесно да му стоварят хаоса на здравния сектор и да очакват той да го приеме.

Преди време, когато министър беше Петър Москов, Дечев пострада публично заради отстояването на позиция. От директорите на държавни болници единствено той заяви, че предложените от Москов промени не са в полза на пациентите, и беше уволнен без

явна причина - за назидание. Това предизвика буря в управляваната от него болница и медицинският екип протестира един месец пред здравното министерство и парламента с искане за връщането му.

По ирония на съдбата сега Дечев заема поста на проф. Камен Плочев, който си позволи публично да влезе в спор с друг министър - Кирил Ананиев, за дълговете на НЗОК към чуждите каси.

Новият директор казва, че е наясно, че за голяма част от промените ще има нужда от политическа подкрепа и законодателни промени, но пък никога не се е страхувал да си тръгне, ако идеите му не срещнат разбиране.

Нови идеи

Дечев, който преди години беше зам.-директор на касата по лекарствената политика, признава публичната тайна, че здравните вноски не са достатъчни, за да покрият пълната необходимост от здравни услуги. Но смята, че и в момента има възможност парите на здравната каса да се управляват по-добре, а контролът да бъде по-добър. "Начинът, по който е структурирано управлението на НЗОК, в никакъв случай не корелира с начина, по който се управлява един частен здравен фонд. Типът организация, който е създаден, не стимулира да се води политика на прецизиране на разходите. НЗОК по закон няма право на печалба, дават й един бюджет и няма стимул да спести пари. Системата трябва да бъде променена така, че да привлечем качествени хора, които да вършат работа, и вместо да назначим 10, да вземем пет души, които да свършат работа, но с два пъти по-висока заплата", смята той.

Предложенията му представляват упражнение, което ще се посрещне на нож в няколко сфери - то включва детайлни мерки, които ще бъдат разписани до три месеца, за това как да се промени контролът на касата върху изпълнителите на медицински услуги, коренна промяна в лекарствената политика и начина на плащане на медицинските изделия и промени в лечението в чужбина. Това може да го скара и с фармацевтичния сектор и с болниците - и в двете между другото Дечев е работил. В сферата на лекарствата (виж интервюто) той предлага пациентите да получават напълно платена терапия, независимо с какво заболяване са. Дечев е на мнение, че трябва да бъде остойностен правилно лекарският труд, като освен това болниците бъдат акредитирани за качество на медицинската услуга.

Плочев си отиде заради това, че оповести публично задълженията на касата към европейските здравни каси. Сега Дечев отбелязва, че този въпрос вече е решен - има погасителни планове, които се спазват. Той обаче смята, че голяма част от лечението на пациентите може да се извършва в България, и предлага промени в нормативната уредба, които да позволяват да се канят чужди специалисти, които да оперират в България.

Дечо Дечев всъщност може да има самочувствието да говори по тези теми. Той вече е демонстрирал как се управлява държавна болница - "Св. Иван Рилски", за да може едновременно да бъде печеливша, а работещите вътре лекари и пациентите да са доволни. Той съкрати ненужната администрация и направи заплатите на лекарите подобни на тези в частна клиника, успя да спечели множество европейски проекти, да обнови клиниката и да я обзаведе със съвременна апаратура. Сега ще има възможност да докаже, че може да направи същото и с касата.

КАПИТАЛ 10-16.08.2018 г., с.23-24

НЗОК ще плаща напълно базово лечение за всички болести

Д-р Дечо Дечев, управител на Националната здравноосигурителна каса

- Здравните вноски и средствата, които влизат в системата, достатъчни ли са, за да покрият необходимото лечение на българите през годината?

- Въпросът е наистина глобален и няма еднозначен отговор. Пределно ясно е, че няма как със значително по-нисък ресурс да предоставяме качество на медицинска помощ, каквото имат големи западноевропейски държави със значително по-голям ресурс от нашия. Категоричен съм обаче, че в рамките на средствата, които имаме от здравни вноски, достъпът и качеството на медицинската помощ в България са много добри. В България може за определени часове да бъдеш прегледан от водещ специалист и да не чакаш с месеци, както е в повечето европейски страни.

Моят отговор е: не, не са достатъчни. И това се вижда по размера на доплащането за медицински услуги. Но в рамките на тези средства аз поех ангажимент за оптимизиране на разходите на касата по определени пера, по които е очевадно, че се получава дефицит. Това са лекарствата, медицинските изделия, лечението в чужбина и може би на първо място - ефективността на контрола върху лечебните заведения.

- Реформата в модела е политическо решение, но от ваша гледна точка като експерт какви са възможностите?

- Трябва да има адекватност между обема на здравните вноски и дейностите, които са заложени в тъй наречения основен пакет. Да го преведа на разбираем език - трябва да пазаруваме според това, което имаме в джоба си.

Основният принцип на здравното осигуряване е солидарност, но освен на входа трябва да я има и на изхода - стремежът ми ще бъде всеки, който има нужда от медицинска помощ, да получава медицинска грижа и тя да е ясна отначало. Касата трябва да поставя на едно и също ниво всеки потребител, който е със същата диагноза като другия. В момента за едни пациенти касата плаща определена сума, а за други, със същото заболяване, пет пъти по-висока. Идеята ми е сумата, която се полага на всеки пациент, реално да покрива ефективно лечение на дадената диагноза.

Това е лечение, което съществува в международните ръководства. Когато тази сума бъде определена, всеки пациент трябва да има достъп до нея. Ако по някаква причина осигуреното лице желае друг вид терапия, то да има възможността да си доплати по съвсем прозрачни критерии и или да може да се осигури в надграждащо осигуряване или застраховане. Има два варианта - дали това да бъде допълнително задължително надграждащо осигуряване или доброволно. Личното ми мнение е, че трябва да бъде доброволно, защото много хора и с право казват: "Добре, ние ще си платим, обаче не знаем за какво." Всички знаем, че масово се искат плащания за допълнителни дейности в болниците, - творчеството на видове услуги, които трябва да се доплащат, е много силно развито.

- В момента лекарският труд не е остойностен, цената на клиничните пътеки не е реалната, а е определена спрямо колкото пари има здравната каса. Как ще изчислите за какво стигат средствата?

- Напълно е възможно да се направи по-добре работещ модел в рамките на приходната част, която има касата, без да се увеличава вноската. Най-лесно е да кажеш "дайте повече пари, ще стане по-добре", но аз смятам, че и сега може да се постигне значително подобрене.

То в никакъв случай не трябва да бъде за сметка на намаляване на прихода на преките изпълнители на медицински дейности, защото там проблемите са огромни и във времето са се получили огромни девиации в полза на едни за сметка на други специалности. Съществуват обективни критерии, за да влезем в рамки, и те се наричат относителни тегла на определените медицински дейности. Да речем, ако една операция от апандисит се оценява с коефициент единица, най-сложната операция в областта на коремната хирургия се оценява с коефициент 10 и ако апандиситът при нас се заплаща от касата 500 лв., другата дейност трябва да се оцени на 5000 лв. Да, пак ще има девиация, ако при нас един апендицит ще е 500 лв., а в ЕС, да кажем, 2000 - 3000 евро, но ще има

съпоставимост на сложността на операцията и на квалификацията на един лекар. Всички тези предложения се правят именно с цел да стигнат средствата, които събираме.

- При избирането ви обявихте, че ще настоявате всички контролиращи институции - касата, медицинският одит и регионалните инспекции, да бъдат събрани на едно място, защо?

- Не може финансиращият орган да няма право да контролира дейностите, за които плаща. Контролиращият орган е нормално да бъде надведомствен, за да няма никакви зависимости, но в момента касата на всяка крачка е изправена пред свършен факт - на някакво място са ни определили, че дадено лекарство трябва да го плащаме на 50%, след това ни определят кое е това лекарство.

- Да разбирам, че бихте искали да върнете предишната възможност касата сама да определя списъка лекарства, които плаща?

- Когато касата предлага финансиране на дейности според бюджета, който има, разходите бяха контролируеми.

- Тогава обаче здравната каса отказваше да поеме плащането на онколекарствата, докато не й бъдат осигурени 150 млн. лв. Водили сме този разговор с вас преди 10 години. Как ще откажете сега?

- Спомням си. Ако тогава сме планирали 150 млн. лв., сега е нужен три пъти по-голям ресурс. Но основният проблем при лекарствата е, че ние нямаме корелация между инвестираните средства и реалния резултат от тях. Виждаме при три пъти увеличено финансиране, но не виждаме три пъти по-добро лечение или увеличаване на средната продължителност на живота.

- Казахте, че пациентите ще получават еднакъв пакет лечение, как ще стане това при лекарствата? Ако до момента съм получавал лекарство 15 единици, а сега получавам на стойност една единица, това добре ли е за мен?

- В България сме стигнали до парадокса за причина номер едно за смъртност - сърдечно-съдовите заболявания, да нямаме нито едно лекарство, което е напълно платено от касата, примерно за повишено кръвно налягане. В момента касата ги покрива 25% или 50% и хората, които нямат достатъчно средства, не могат да контролират кръвното си налягане. Затова ще ми бъде приоритет базовото лечение да бъде максимално покрито като процент, във всяка група да има поне един доказан препарат, който касата да покрива 100%, и оттам този, който иска нещо по-скъпо, да си доплаща.

- Би било чудесно, че ще заложите на прогенерична политика. Доплащането обаче би било фатално при скъпоструващите терапии. Все пак никой не си избира да се разболее от рак. Как ще процедурите там?

- При всяко от заболяванията, за които се изписва скъпоструваща терапия по протоколи, има голяма разлика в цената между различните лекарства. Лекарят има възможността като лечител да си избере между 10 такива молекули, както сега се казва, и няма никакъв стимул да търси ефикасност и ефективност, защото касата плаща всички 100% независимо колко струват. Идеята ми е, когато има едни и същи показания за дадено заболяване, но има разлика в цената, да се финансира напълно това, което е с най-добра ефикасност, тоест струва най-малко за фонда. Това е проблем, който няма как да се реши без участието на дружеството в съответната медицинска специалност. Идеята не е да откриваме топлата вода, а да приложим действащ модел, приет и от бизнеса.

- Да подскажете кой?

- Например базата данни на английския институт NICE (The National Institute for Health and Care Excellence). Институтът е част от английския здравен фонд и когато едно лекарство кандидатства за плащане, той обобщава цялата база данни за него по отношение на ефективност и ефикасност. Примерно производителят претендира, че е 50% по-ефективно. На базата на научни доказателства обаче институтът признава ефективност, не повече от 10% по-висока от съществуващото лечение. Така, ако

лекарствата в групата струват средно 5 лв., новият медикамент ще бъде заплащан с цена 5.50.

Всички тези данни съществуват публично. Колкото по-малко намесваме субективния елемент в решението кое да плащаме и по колко, толкова по-добре.

- Преди да ви назначат, обещахте, че ще улесните достъпа на пациенти до терапия и ще премахнете постоянните експертни съвети (ПЕС), заради които пациенти пътуват от цялата страна до София. Какви други стъпки предвиждате?

- Публична тайна е, че има определен кръг медици, които в желанието си да влизат в ролята на Господ и да казват кой какво лечение да получи, постоянно търсят позиции и начини да определят всичко в специалността си и да продължават да бъдат центърът на вселената. Категоричен съм, че е във вреда на пациента да разкарват един болен човек из цялата държава с, меко казано, невидим ефект за здравната каса, но тежък за пациента. Трябва да има кардинална промяна в политиката на Здравната каса и пациентите да получават максимално облекчено лекарствата, които се отпускат по протоколи за напълно платена терапия. Трябва да има възможно най-краткия като време достъп до лекарства и да се намали до минимум субективизмът при изписването.

- Само за лекарства или и за други дейности ще приложите критерия за ефективност и ефикасност. Лапароскопската операция е по-скъпа, но пациентът се възстановява по-бързо.

- В момента коментираме най-разходоемките пера в Здравната каса, сред които са лекарствата. Перото болнична дейност не е сред тях.

- Да, там има лимити на дейността, на които сте противник. Още ли сте?

- Винаги съм бил противник на лимитите и продължавам да бъда, защото смятам, че те тотално противоречат на пазарния механизъм, по който работи здравеопазването. Представете си, че пациентът иска да отиде в болницата X, но тя няма лимит и той отива в болницата Y...

- Вашата досегашна болница беше такава, свършваше лимитите на 15-о - 20-о число...

- Да, така беше при мен. Както виждаме, касата нищо не пести, тя така или иначе плаща за лечението на пациента, независимо в коя болница. Даже може да влезе в повече разходи, защото понякога пациентът, когато е отишъл в болница, която няма качеството на продукта, който произвежда като медицинска дейност, след това се налага повторна операция. Масово са такива случаи. Когато хора с мислене на финансисти залагат критерии и рамки за дадената медицинска дейност, се пропуска най-важният аспект - трябва да се въведат критерии за качество, за оценка на резултата. Пределно ми е ясно, че ще бъде много трудно, но искам да съм с ясна позиция. Ще бъда много удовлетворен, ако успеем да въведем ефективна акредитация на лечебните заведения.

Това са направленията, но тежестта на промените, които трябва да се въведат, е отговорност на Министерството на здравеопазването. Това, за което касата е отговорна и ще настоявам изрично, е да се спазват принципите, заложили в нормативната уредба, „един изпълнител на медицинска помощ - един договор с касата.“ Могат да се правят изключения в региони, в които няма достатъчно специалисти.

Интервюто взе Десислава Николова