

## ПРЕСКЛИПИНГ

13 август 2018, понеделник

[www.investor.bg](http://www.investor.bg), 10.08.2018 г.

<https://www.investor.bg/biudjet-i-finansi/333/a/dogovarianeto-i-reimbursiraneto-na-lekarstva-ot-nzok-shte-e-po-nov-mehanizym-266297/>

**Договарянето и реимбурсирането на лекарства от НЗОК ще е по нов механизъм**

*Подготвя се изцяло нова концепция и за отстъпките от фармацевтичните компании*

Подготвят се промени в договарянето и реимбурсирането на лекарства от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Това става ясно от изказване на зам.-министъра на здравеопазването Жени Начева по време на последното заседание на Надзорния съвет на фонда.

Стенограмата от заседанието е публикувана на сайта на Здравната каса.

Начева, която е и председател на Надзорния съвет на касата, посочва, че предстоят промени в Наредба 10 на Министерството на здравеопазването (МЗ) за условията и реда на заплащане на лекарствените продукти.

Замисляме изцяло нова концепция за договаряне на лекарствата, за отстъпките и реимбурсирането на лекарствата, посочва заместник-министърът.

Механизмът, по който в момента се договарят отстъпките на лекарствата с фармацевтичните компании, няма да е валиден през 2019 г.

Начева обяснява, че начинът на договаряне на отстъпки между НЗОК и фармацевтичните компании е неефективен, тъй като събираните от фирмите отстъпки не покриват ръста в разходите на фонда за лекарства.

Срещите с притежателите на разрешение за употреба за допълнителни отстъпки не са дали резултат.

„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“, обяснява зам.-министърът. По думите ѝ на този етап средният процент на отстъпки, договорени с десетте фармацевтични компании, които генерират основния ръст на средствата за лекарства, е минималният, записан в наредбата.

Начева обяснява, че Наредба 10 е създала предпоставки за минимални тавани на отстъпки, които се определят като процент спрямо реализирания оборот и ръст от предходната година, но не е бюджетно обвързана с разхода, който има касата. Тя допълва, че компаниите определят отстъпките си спрямо пазарния си дял или спрямо производството си, но не и спрямо бюджета на НЗОК.

Основен проблем за Здравната каса продължава да бъде преразходът за лекарства и той засяга не само онкомедикаментите, а и лекарствата за домашно лечение. При онкологичните лекарства се очаква недостиг от 17 млн. лв. Според изчисленията обаче преразходът ще остане в този размер единствено, в случай че бъдат събрани 160 млн. лв. от отстъпки и средствата от изпълнението на приходната част на бюджета в размер на 41 млн. лв. се насочат също към онкологичните лекарства.

**По статията работиха: Евгения Маринова, редактор Виктория Тошкова**

[www.capital.bg](http://www.capital.bg), 10.08.2018 г.

[https://www.capital.bg/politika\\_i\\_ikonomika/bulgaria/2018/08/10/3293672\\_nzok\\_shte\\_plashta\\_napulno\\_bazovo\\_lechenie\\_za\\_vsichki/](https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2018/08/10/3293672_nzok_shte_plashta_napulno_bazovo_lechenie_za_vsichki/)

**Д-р Дечо Дечев: НЗОК ще плаща напълно базово лечение за всички болести**

*Новият управител на здравната каса пред "Капитал"*

**Десислава Николова**

С един по-глобален въпрос да започнем - 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 заложили 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 и в момента 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, били те оформени като плащания за твърдения, че получаваш по-добри битови условия или за допълнителни медицински изделия, или за допълнителни дейности и консултации - творчеството на видове услуги, които трябва да се доплащат, е много силно развито. Смятам, че трябва да бъде абсолютно прозрачно и ясно изчислено за какво стигат парите и всеки да има право да го получи.

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. Това се вижда - там, където дадена специалност е оцелявана, в момента имаме страхотен дефицит на кадри.

Съществуват обективни критерии, за да влезем в рамки, и те се наричат относителни тегла на определените медицински дейности. Да речем, ако една операция от апендицит се оценява с коефициент единица, най-сложната операция в областта на коремната хирургия се оценява с коефициент 10 и ако апендицитът 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 по обективни критерии, а не както е в момента. Тук ще работим с колегите от Българския лекарски съюз.

Всички тези предложения се правят именно с цел да стигнат средствата, които събираме. В годините, гонейки някакви политически цели, политическата класа постоянно е разширявала пакета от дейности, които влизат в основния пакет. Срещу тях обаче няма адекватно финансиране и в момента вариантите са два – или да се намали този пакет, като не става въпрос да се изваждат определени заболявания, или те да останат, но да бъде гарантирано международно доказано базово лечение за даденото заболяване.

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 заплаща. 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 например, че дадено лекарство трябва да го плащаме на 50%, след това ни определят кое е това лекарство, в същото време нямаме право да преценим дали трябва да го правим.

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

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

Тогава обаче здравната каса отказваше да поеме заплащането на онколекарствата, докато не й бъдат осигурени 150 млн. лв. Водили сме този разговор с вас преди повече от 10 години, когато НЗОК нямаше тези средства. 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. Ето тук вече има нужда от много сериозни анализи.

Казахте, че пациентите ще получават еднакъв пакет лечение, как ще стане това при лекарствата? Ако до момента съм получавал лекарство на стойност 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 нататък този, който иска нещо по-скъпо, да си доплаща или пък да се осигурява допълнително.

Би било чудесно, че ще заложите на ясна прогенерична политика. Доплащането обаче би било фатално при скъпо струващите терапии. Все пак никой не си избира по своя воля да се разболе от рак. Как ще процедурите там?

При всяко от заболяванията, за които се изписва скъпо струваща 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 заплаща 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, който е приет и от бизнеса.

#### **Да подскажите 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 заплащане, той обобщава цялата база данни за него по отношение на ефективност и ефикасност. Примерно производителят претендира, че е 50% по-ефективен. 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 на конкретния продукт.

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. Ще преразгледате ли дейностите от тази позиция?

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.

Освен това масово има случаи на директори на болници, които имат връзки, позиции, лоби и си уреждат по-висок лимит. Така другата болница, инвестирала в по-квалифициран екип, в по-добри условия, се явява оцетена и накрая не стимулираме болниците да се развиват на база резултатите, които имат, пациентите са недоволни, а касата нищо не пести.

Когато хора с мислене на финансиста 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 и че приемам сегашния начин на работа като временна политика. Ще бъде много удовлетворен, ако успеем да въведем ефективна акредитация на лечебните заведения и регулация на медицинските кадри и да премахнем това чудо един човек да работи на пет места по документи, само и само да може лечебното заведение да подпише договор с касата и след това този човек да отсъства, да се получават празнини.

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, но за София, Пловдив и Варна не е нужно. **Интервюто взе Десислава Николова**

**[www.clinica.bg](https://clinica.bg), 10.08.2018 г. <https://clinica.bg/5787->**

## **27 НОВИ ЛЕКАРСТВА ЧАКАТ ОЗТ**

27 са новите молекули досега, които чакат оценка на здравните технологии, за да кандидатстват за финансиране с публични средства. Това показват данните на Комисията за оценка на здравните технологии (ОЗТ) за първите шест месеца на годината. От нейното становище зависи дали по-нататък лекарствата ще имат шанс да се плащат от касата или министерството.

Най-много отново са новите лекарства в областта на онкологията – 7. Сред тях се нареждат тези за хематология – 4, неврология – 3, инфекциозни заболявания – 3. По две са новите молекули в областите на пулмологията и кардиологията. Засега комисията е

успяла да разгледа 23 доклада, финализиран обаче е само един и то с положителна оценка за медикамента.

От 2016 г., когато експертният орган започна да работи, досега в него са подадени общо 113 досиета. Броят им за изминалите две години е бил 86. Положителни оценки са получили 63 от тях. Данните на комисията показват, че процентът на негативните препоръки се увеличава – от 18% през 2016 г. на 24% през миналата година.

„Комисията изпълнява възложените ѝ функции, тя не се явява бариера за навлизане на новите лекарства, а дава оценка на ефективността и въздействието им върху бюджета на обществените фондове“, коментира за [clnicsa.bg](http://clnicsa.bg) проф. Петко Салчев, директор на Дирекция КССИ в НЦОЗА.

Ефектът от работата на комисията само за 10-те месеца на миналата година възлизаше на близо 70 млн. лв. спестени средства на касата и МЗ за пет години напред. Това е благодарение на негативните становища, която комисията не е дала положителна оценка за финансиране на 10 медикамента. Въпреки това разходите за лекарства у нас растат. Какво показват сметките на касата за 2018 г., четете в понеделник.

VINF 12:24:01 10-08-2018 IS1221VI.016 фонд - деца - директор

### **Д-р Георги Деянов е новият директор на Центъра "Фонд за лечение на деца"**

София, 10 август /Пенка Момчилова, БТА/

Д-р Георги Деянов е новият директор на Центъра "Фонд за лечение на деца", съобщава правителствената пресслужба.

След предварителни разговори, че желае да напусне поста по лични причини, министърът на здравеопазването Кирил Ананиев освободи по взаимно съгласие д-р Мариета Райкова от длъжността директор на Центъра "Фонд за лечение на деца" (ЦФЛД), смятано от 20 август 2018 г., се посочва в съобщението.

За да не се допусне забавяне в работата на администрацията и за да се осигури приемственост в ръководството на Фонда, министърът е назначил на длъжността директор на ЦФЛД д-р Георги Деянов, смятано от 20 август 2018 г. До май 2017 г. д-р Деянов е работил като главен експерт в Центъра "Фонд за лечение на деца".

Фондът продължава своята дейност и организация на работа, като следващото заседание на Обществения съвет е насрочено за 15 август 2018 г., се посочва в съобщението.

**[www.bnr.bg](http://www.bnr.bg), 10.08.2018 г.**

**<http://bnr.bg/post/101005939/marieta-raikova-se-ottegla-ot-direktorskoto-masto>**

**Мариета Райкова: Сливането на Фонда за лечение на деца с НЗОК не е причината за оттеглянето ми**

#### **Гергана Хрисчева**

Сливането на Фонда за лечение на деца със Здравната каса не е причина да се оттегля от поста директор на Фонда за лечение на деца, каза пред "Хоризонт" д-р Мариета Райкова, която вчера обяви, че напуска по лични причини.

Още през април - май в Министерство на здравеопазването се събра работна група, която обсъждаше прехвърлянето на Фонда за лечение на деца към Здравната каса, допълни Райкова.

“Аз съм обявила, че желая да напусна Фонда от месеци, но изчаквах да се намери подходящ човек за поста. Работата във Фонда за деца изисква много усилия, това са личните ми мотиви“, каза още Райкова.

Тя уточни, че остава да работи в сферата на здравеопазването, но няма да се връща в болница "Иван Рилски", където беше преди години директор, когато бившият здравен министър Петър Москов отстрани д-р Дечо Дечев като шеф на болницата.