

## ПРЕСКЛИПИНГ

22 април 2019, понеделник

[www.mediapool.bg](http://www.mediapool.bg), 19.04.2019 г. ТС "[www.mediapool.bg](http://www.mediapool.bg)" \f C \l "1"  
<https://www.mediapool.bg/nzok-shte-pesti-po-780-hil-lv-godishno-ot-predpisvane-na-biologichni-terapii-sporod-razhodnata-im-efektivnost-news292387.html>

### **НЗОК ще пести по 780 хил. лв. годишно от предписване на биологични терапии според разходната им ефективност**

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) очаква икономии в размер на около 780 000 лева годишно от механизма за изписване на скъпите биологични терапии според разходната им ефективност. Това става ясно от мотивите към промени в наредба на здравното министерство за предписването и отпускането на лекарствените продукти.

С промените се регламентира възможност когато лекарите издават протоколи за скъпоструващи лекарствени продукти, при които се извършва експертиза, да предписват лекарствения продукт с най-голяма разходна ефективност за НЗОК. Условието е в конкретния случай да са налице терапевтични алтернативи, т.е. терапиите да имат доказана сходна ефективност и безопасност за лечение на заболяването.

Здравната каса вече въведе през есента на миналата година правила за изписване според разходната ефективност за биологичните терапии за пациентите с артрит, тежък псориазис, болест на Крон и улцерозен колит. Определени бяха по 3-4 разходно ефективни продукта за всяка диагноза, измежду които лекарите могат да избират кой е най-подходящ за конкретния пациент.

В тази ситуация лекарят не може да назначи на пациента по-скъпо лечение и той да доплати за него, ако желае.

Изписването според разходната ефективност се прилага само за новите пациенти, на които за първи път се назначава лечение, а пациентите в заварено положение продължават лечението си с вече изписаните им терапии до изтичане срока на издадените протоколи. След това на база оценка на терапевтичния ефект лекуващият лекар преценява как да продължи терапията.

До тази мярка се стигна, защото според анализи на НЗОК курсът на лечение на един пациент с ревматоиден артрит с биологични терапии варира между 12 000 и 18 000 лева с различните медикаменти при сходен терапевтичният ефект.

С промените в наредбата на МЗ, които сега се публикуват за обществено обсъждане, се дава възможност занапред изписването според разходната ефективност да се разпростре и върху други диагнози и лекарства, изписвани с протокол.

С промените се удължава максималният срок на валидност на протоколите за скъпоструващо лечение до 365 календарни дни. Освен това се регламентира липсващото досега правило, че протоколите се издават за предписване на лекарствени продукти за лечение на хронични заболявания в количества за не повече от 365 дни.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 19.04.2019 г. ТС "[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg)" \f C \l "1"  
<https://clinica.bg/8100->

### **НОВИ ПРАВИЛА ЗА БИОЛОГИЧНИТЕ ЛЕКАРСТВА**

#### **Лили ВОЙНОВА**

Нови правила, по които да се реимбурсират биологичните лекарства, предлага здравното министерство. Става въпрос за модерните терапии при гастроентерологични,

ревматологични и кожни заболявания. Предвижда се при тях фондът да покрива повечината терапия за всяка диагноза, ако тя е със същия ефект, като по-скъпите. По този начин ще се намалят разходите, като очакванията са да се спестяват по 750 000 лв. годишно.

Предложенията са записани в промените в Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, изготвени от здравното министерство. Проектно-документът е качен на сайта на ведомството за обществено обсъждане. В него е записано за препаратите, отпускани с протоколи, при наличие на алтернатива, „да се предписва лекарственият продукт/лекарствената терапия с най-голяма разходна ефективност за НЗОК“. Мотивите на ведомството са ограничаване на разходите на НЗОК за лекарствени продукти, на фона на постоянното им увеличаване през последните години.

Експертите на ведомството смятат, че предписването на най-разходно ефективна за НЗОК терапия, няма да доведе до доплащане от страна на пациента. Според тях това не означава най-евтината терапия. Няма знак на равенство между разходна ефективност и най-евтин медикамент, каза преди няколко месеца при обсъждане на идеята председателят на Надзорния съвет на НЗОК Жени Начева.

В промените на наредбата се предвижда да се удължи максималният срок на валидност на протоколите за скъпоструващо лечение от 180 на 365 календарни дни. Целта е да се облекчи тежестта на административните процедури както за лекарите, така и за пациентите и служителите на РЗОК. Ще се промени и формулярът на протокола.

Идеите за избиране на терапия с най-голяма разходна ефективност за НЗОК се обсъждат отдавна в обществото, разисквани са включително и между управителя на фонда д-р Дечо Дечев и представители на фармацевтичните компании, които произвеждат биологични медикаменти. Ако министерството и касата ги наложат, ще бъдат засегнати хората с псориазис, Болест на Крон, Улцерозен колит, Болест на Бехтерев, ювенилен артрит, псориаатричен артрит, серопозитивен артрит.

Биологичните лекарства са много ефективни, но и много скъпи. Терапията излиза приблизително около 10 000 лв. на човек. Затова пациентите вече обявиха, че ако им се наложи да доплащат, това едва ли ще им бъде по силите. Например, ако на някой болен му е изписано лечение с по-скъп медикамент, ще трябва да си доплати разликата или тя да се поеме от фармакомпанията.

Предложените промени влизат

в сила от деня на обнародването им в „Държавен вестник“ относно принципите за разходната ефективност на лекарствени продукти и от 1 януари 2020 г., за протоколите за скъпоструващи лекарствени продукти. Целта е от една страна процесите, свързани с тях, да се доразвият в НРД, а от друга страна - да се осигури технологично време за отразяването им в информационните системи на НЗОК, са аргументите на министерството.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net) , 19.04.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"  
<https://www.zdrave.net/-/n9286>

*Д-р Бойко Пенков:*

**Директорът на „Медицински надзор“ ще избере сам заместниците си**

***Невъзстановените депозити от участие в избори влизат в НЗОК, но могат да бъдат ползвани само целево за лечение на деца***

## Надежда Ненова

Д-р Пенков, заработи ли вече новата агенция „Медицински надзор“?

Агенцията вече работи на много високи обороти. Само за ден тази седмица съм подписал около 10 искания за проверки по сигнали към тях. От 1 април досега има сигурно над 40 искания от страна на министерството за установяване на едни или други факти по сигнали на граждани и институции. Няма и глътка въздух.

Формиран ли е напълно вече екипа на агенцията?

От 106 човека, колкото трябва да са по правилник, назначени са 99 и вече са заели местата си. Остават още седем души, като дефицита е основно в ръководните кадри. Все още не са назначени и двамата зам.-директори.

Каква е причината изборът да е толкова труден?

Нека Росен Йорданов да помисли и сам да избере заместниците си, на които спокойно ще може да се довери и с които да работи в екип. Много е важно какъв ще бъде екипа, затова никой от министерството не си позволява да му се бърка. Агенцията има много трудни задачи и много работа. Съжаляваме, че ги засипахме с проверки, но няма как – на тях разчитаме.

Всички от предишната агенция „Медицински одит“ ли са преназначени в „Медицински надзор“?

Само двама души от стария състав не са приели. Единият е отказал преназначение, предполагам, че е отишъл в НЗОК, а другият се е пенсионира. Останалите са преназначени, макар и някои на различни позиции. Така че реално целият капацитет е събран.

А от Агенцията по трансплантации?

Почти всички от специализираните дирекции са преназначени в новата агенция. Факт е, че новата агенция се справи блестящо, след като четири-пет дни след формирането ѝ възникнаха две последователни донорски ситуации. Пет човешки живота бяха спасени, благодарение на тяхната координаторска работа и на колегите в болниците.

На какъв етап е изграждането на Националната донорска програма?

На финала е. Бави се, защото целта не е просто да има нещо, а да бъде обсъдено с хората, които ще го работят. Затова изискваме становища от всички координатори по донорство. Много е жив диалога между тях, но точно това е и ценното при създаването на такава програма.

Сред големите промени от 1 април е и прехвърлянето на Фонда за лечение на деца в НОЗК. Как ще бъде решен проблема с плащанията директно към болници, които можеха да бъдат правени от Фонда, но не могат от Касата?

Става въпрос за случаите, когато разходите не вървят по линия на здравноосигурителните плащания. Оставили сме възможността лечение с неразрешени в България лекарства да бъде заплатено от МЗ. Бюджетът за лечението на деца е 12 млн. лв., с които могат да се покриват всякакви непредвидени ситуации. Колкото до работата на новата дирекция, справка до 16 април показва, че са приключени 51 случая от прехвърлените към НЗОК от ЦФЛД 146 неприключени преписки в процес на обработване. Нещата стават много по-бързо, защото всичко е на едно място. 18 случая извън тези, които са решени, са подготвени за подпис на управителя. За 10 от тях е било нужно само решение за осигуряване на транспорт. 35 броя са новопостъпилите заявления и вече са разгледани от Комисията. От 24-те неприключени заявления от Комисията за лечение в чужбина, която също премина към НЗОК от 1. април т.г., са разгледани 9 случая.

Беше ли изчерпан Фонда като самостоятелна агенция?

Не, не е изчерпан. Целта му беше главно да могат да се подпомогнат децата, нуждаещи се от лечение, по отношение на нещата, които не се финансират нито от Касата, нито от

министерството. Тъй като се е разчитало само на дарения, е бил създаден и обществения съвет към Фонда. Постепенно обаче се превърна в бюджетна институция, второстепенен разпоредител на средства към министерството. Причината за преместването му беше изцяло в необходимостта всички услуги да са на едно място и хората, които имат нужда от Фонда, да не трябва по два пъти да вършат едно и също.

Какво се случва с даренията, които се правеха към Фонда?

Всички възможности за дарения се запазват и средствата могат да постъпват по линия на НЗОК, като се уточни, че е специално за лечението на деца. Интересно е обаче колко са били даренията в последните години. В отчета за 2018 г. държавната субсидия е била 9 млн. лева, а даренията – 74 176 лв. През 2017 г. е било по-добре – 12 млн. лв. бюджет, а даренията са били 165 000 лв. По сметката за лечение на деца постъпват също всички приходи от глоби за нарушения на Закона за закрила на детето, както се запазва и задължението по изборния кодекс невъзстановените суми от депозити за участие в изборите, да бъдат превеждани за нуждите за лечение на деца. Запазва се и възможността да се дарява за лечение на деца срещу преференции в Закона за данъците. Всички тези приходи влизат в НЗОК, но могат да бъдат използвани само целево.

[www.capital.bg](http://www.capital.bg), 21.04.2019 г. ТС "www.capital.bg" \f C | l "1"

[https://www.capital.bg/politika\\_i\\_ikonomika/bulgaria/2019/04/21/3422538\\_zdravnata\\_kasa\\_predlaga\\_da\\_lekuva\\_vsichki\\_novozaboleli/](https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2019/04/21/3422538_zdravnata_kasa_predlaga_da_lekuva_vsichki_novozaboleli/)

**Здравната каса предлага да лекува всички новозаболели с най-евтините медикаменти**

*Принципът на разходоефективност ще се прилага при всички лекарства над 30 лв.*

**Десислава Николова**

В ерата на персонализираната медицина, в която се приготвят специални лекарства, които да атакуват сгрешените гени и да лекуват от рак, българската здравна каса и здравното министерство предлагат на болните пациенти да започнат да се лекуват с най-евтините медикаменти. Текстът е част от проектонаредба за условията за реда за предписване и отпускане на лекарства, която е качена на сайта на здравното министерство и в мотивите ясно е посочена целта му – да се пести ресурс на здравната каса чрез въвеждането на т.нар. разходоефективност. Този принцип залегна през миналата година при предписването на терапия на новозаболените пациенти с ревматоиден артрит, псориазис, улцерозен колит и др. Сега здравните институции предлагат той да важи и за всички болести, за които се изписва лечение с протокол – например множествена склероза, диабет, психиатрични и онкологични заболявания, хепатит С и много други. Ако бъде въведен, здравната каса ще решава по свое усмотрение коя е най-разходоефективната терапия и лекарите ще бъдат длъжни да я изписват на болните, без да се съобразяват с медицинските показания. В мотивите е записано, че с въвеждането на този принцип НЗОК ще спести за една година 780 хил. лв. Това представлява нищожният под един процент от заложените в бюджета на здравната каса 1.2 млрд. лв. за медикаменти през тази година. За сметка на това прилагането му ще лиши пациентите от най-доброто възможно лечение за тях, а чисто новите лекарства ще се прилагат съвсем ограничено, тъй като вероятно ще бъдат разходонефективни.

Какво означава това?

На практика вече не лекарите, а здравната каса ще решава кой тежко болен със скъпо лекарство с цена над 30 лв. с какво да се лекува. Това обаче няма да става по сегашните прозрачни критерии на Националния съвет по цените, а по усмотрение на

администрацията на касата. В момента Националният съвет взема решение лекарите да избират кое лекарство да предпишат, като здравната каса плаща една и съща цена за всяко от тях. Ако лекарите искат да изпишат по-скъп медикамент и пациентът иска да си доплати, той има възможност да го направи. В аптеките работят и множество програми, с които фармацевтичните компании покриват доплащането на хронично болните пациенти за много скъпи терапии. Освен това решенията на съвета за цените и процентът доплащане могат да се обжалват в специална комисия по прозрачност на цените.

С въвеждането на принципа на най-разходоефективното лекарство възможност за доплащане няма да съществува, а пациентите ще получават като първо лечение най-евтиният продукт.

"В проектонаредбата тезата, че на българските пациенти трябва да се изписва най-евтиното лечение, се доразвива. Така не лекарите, а касата ще решава как да се лекуват пациентите, което е недопустимо", коментира Деян Денев, изпълнителен директор на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични компании. Той допълва, че от проекта е видно, че няма да има прозрачен механизъм, по който да се проследи как НЗОК е определила кое е най-разходоефективното лекарство.

Иван Димитров, председател на Българския пациентски форум, допълва, че лекарите ще бъдат глобявани с 5000 лв., ако си позволят да не изписват най-разходоефективното лекарство. "Здравеопазване не може да се прави с административни похвати. С тази наредба ролята на лекаря се изнемва от най-обикновени чиновници, които няма как да носят отговорност за здравето на пациентите. Как мотивираме лекарите да останат в България, как мотивираме пациентите", казва Димитров.

#### Нови бариери

От миналата година до момента в нормативната уредба бяха въведени множество нови бариери пред това българските пациенти да могат да ползват нови, скъпоструващи медикаменти. Първата от тях е, че през първата година производителите трябва да подаряват на здравната каса своите медикаменти. Нови лекарства няма да бъдат покривани в България, ако нямат одобрението на четири европейски агенции – във Великобритания, Германия, Франция или Швеция, и в поне пет големи държави. Освен това трябва да се следи ефектът от медикаментите при прилагането им в болниците и медицинските центрове, като за това няма изградена система, а лекарите не получават никакво заплащане. Здравната каса вече въведе механизъм, чрез който да събира още по-големи отстъпки от фармацевтичните компании, които в момента плащат около 180 млн. лв., за да присъстват на българския пазар. Механизмът представлява задължение на компаниите да върнат на касата парите, ако в някоя лекарствена група бъдат надвишени поставените от касата лимити. Например за лекарства за определено заболяване са предвидени 10 млн. лв., но ако се разболеят повече пациенти и лекарите изпишат повече лекарства, фармакомпаниите трябва да върнат превишението над 10 млн. лв.

Последната бариера пред достъпа до нови медикаменти е разходоефективността.

Вероятно за да бъде преглътната по-лесно от пациентите евтината терапия, в проектонаредбата е предложено облекчение за тях – в момента най-дългият срок, за който се изписва животоподдържаща терапия, е шест месеца, след което пациентите отново тръгват при лекарите, за да докажат, че не са се излекували, правят им се редица изследвания и след това те се подреждат в здравната каса, за да им бъде одобрен нов протокол за лекарства за следващите шест месеца. Проектонаредбата предвижда от следващата година протоколите да важат за една година.

**Касата ще казва кое скъпо лекарство да се изпише, така пести 780 хил. лв.**

Здравната каса ще състави класиране в низходящ ред на скъпите лекарства за всяко хронично заболяване, като най-високо ще е класиран медикаментът с най-добро съотношение цена/резултат. Това предвиждат промени в наредбата за предписване на лекарствени продукти, които предлага здравният министър Кирил Ананиев.

При издаването на протокол на пациента лекарите ще могат да предписват лекарството, което касата е определила като най-разходоефективно, предвиждат промените в наредбата.

Това ограничение няма да застраши здравето на пациентите, защото ще се сравняват само лекарства с еднакви терапевтични показатели, пише в мотивите на здравния министър. В същото време мярката ще доведе до спестяването на 780 хил. лв. на година само от терапиите за лечение на гастроентерологични, ревматологични и кожни заболявания. При това изчислението е направено само за новите болни, на които касата ще поеме лекарствата в тези три групи заболявания, уточняват мотивите на здравния министър.

Протоколите за изписване на скъпи лекарства вече ще са с продължителност от 365 дни, т.е. ще важат цяла година. В момента те са със срок на валидност от шест месеца.

Тази промяна ще облекчи пациентите и ще намали вероятността от прекъсване на лечението заради изтекъл протокол, пише в мотивите на Кирил Ананиев. Освен това щели да бъдат облекчени и лекарите и районните здравни каси, чиято административна работа щяла да намалее.

В същото време обаче се дава възможност и за протоколи с по-кратък срок на действие от една година, защото валидността на всеки протокол ще се определя в националните рамкови договори между касата и лекарския съюз, които се сключват всяка година.

Датата на издаването на протокола за скъпоструващи лекарства обаче вече ще трябва да съвпада с датата на амбулаторния лист от прегледа на пациента. Такъв е механизмът в момента при издаването на рецептите.