

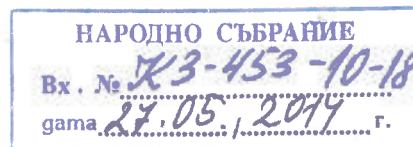


БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

№ 15
16 15 16

УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

ДО
Д-Р НИГЯР ДЖАФЕР
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ПК ПО
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ



СТАНОВИЩЕ

по Законопроект за изменение и допълнение на Закона за здравето №
402-01-20, внесен на 13.05.2014 г. от Министерски съвет

Уважаема Госпожо Председател,

В предложения Законопроект за изменение и допълнение на Закона за здравето с Преходни и заключителни разпоредби се правят съществени изменения и допълнения в Закона за здравното осигуряване, Закона за лечебните заведения, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, които по същина, обем и важност, надвишават тези по промените във водещият Законопроект за изменение и допълнение на Закона за здравето. Според нас, от законодателна гледна точка, би следвало да се внесат отделни законопроекти или пък водещи да бъдат промените в Закона за здравното осигуряване. Променят се съществени текстове и в Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки, Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, Закона за храните и Закона за местните данъци и такси. Цялото това многообразие от промени в един общ законопроект, прави трудно изработването на пълно общо становище. Поради посочените по-горе причини, в Законопроекта има както чисто технически промени, така и безспорни текстове, както добри идеи, така и напълно неприемливи за нас текстове. Въпреки това, ние се постарахме да дадем нашето принципно становище за първо четене върху важните промени, касаещи дейността на БЛС и членовете ни, като сме ги групирани по същество в няколко типа промени, а не по отделните закони, тъй като повечето от тях са свързани:

1. Промени в текстовете, касаещи Националния рамков договор.

С промените се възстановява пълният обем на НРД и се изчиства нормативния хаос, забъркан през 2010 г. В НРД се връщат цените и обемите на дейностите /досега приемани с постановление на МС, а след

това като отделен договор/, методиките за остойносттаване и заплащане /досега с постановление на МС/, контрола и санкциите по изпълнение на договора /прехвърлени в закона/, връща се арбитражът, премахнат през 2010 г. Тези текстове почти съвпадат с предложенията на БЛС, като разликата е, че БЛС предлага договорът да е тригодишен, с изключение на цените и обемите.

2. По регламентацията на арбитражните комисии.

Приемаме текстовете, като предлагаме да се обмисли включването на седми член в арбитражните комисии, както и текст, прехвърлящ към НРД за подробна регламентация работата на комисиите.

3. С Преходни и заключителни разпоредби, се променя Законът за лечебните заведения. Там е предвидена нова регламентация на Националната здравна карта.

Всъщност, няма нещо кой знае какво ново. Няма ясен отговор на въпроса какво се случва, т.е. какви действия предприема държавата там, където има недостиг на специалисти и лечебни заведения. Промените всъщност са съсредоточени върху действия при наличие над броя по здравна карта, особено при болниците, т.е. върху практически действия за редукия и закриване на болниците.

В тази връзка си струва да се разсъждава какво всъщност се стремим да ограничим – т.нар. излишни болници, излишни легла или излишните необосновани хоспитализации. Касата всъщност плаща за хоспитализации, а не за легла и болници, които по доста данни всъщност са около средните стойности за ЕС.

Възражаваме и срещу символичната квота и роля на съсловните организации при изработване на областните и националната здравни карти за сметка на други институции, които нямат пряко отношение, а и практически участват в комисиите проформа.

4. Във връзка с горната точка обаче е предвидено създаването на нова болница да става с разрешение на министъра на здравеопазването още на ниво инвестиционни намерения.

Отказът от разрешение е свързан най-вече с наличие на съществуващи подобни структури над необходимите по здравна карта. Това на пръв поглед е логично предложение, но начина по който е регламентирано води до няколко опасности. Първата е възможна корупция при описаната разрешителна процедура. Втората – практически спъване на инвестициите в тези региони, което можа да се преодолее с ясни възможности за приватизация и публично-частно партньорство със съществуващите лечебни заведения като алтернатива за инвестиции. Третата – ограничаване на конкуренцията и избора на здравноосигурените лица. Създаване на условия за безалтернативност и „увековечаване” на съществуващите болници с влошаване на качеството им. Не се предвижда

никаква роля на съсловните организации и техни становища в процеса, в частност – но БЛС и районните му колегии.

5. Пак във връзка със съществуващи подобни структури над необходимите по здравна карта, в ЗЛЗ е предвидено селективно сключване на договори само до нивото на необходимите по здравна карта.

Това е изключително опасна идея по няколко причини. Първо, има изявена прокорупционна насоченост – каса-монополист решава кой да работи и кой не. Второ, лишава пациентите от право на избор, а те всъщност избират лечебното заведение, носят или не приходи в него. Тъй като отказът от договор реално ще ликвидира съответните болници, в голяма част от които са вложени сериозни инвестиции в сгради, оборудване, персонал и мениджмънт, вероятно скандалите ще бъдат грандиозни. Тук отново се опира до неумението на НЗОК да регулира и контролира хоспитализациите, а се тръгва към административно съкращаване на легла, и още по-лошо – на болници, което не е работа на касата. Селективно договаряне може да се въведе при демонополизация на НЗОК и налични алтернативи за финансиране. Докато касата е монополист, тя следва да сключва договори с всички, отговарящи на изискванията.

6. Предлага се РЗОК да не може да сключва договори с лечебни заведения, които в законоустановените срокове не са подали заявления за сключване на договори.

Този императивен текст може да създаде проблеми при първичната извънболнична помощ, а в райони с дефицит на кадри – и в специализираната помощ.

7. С промени в Закона за здравето е регламентирана националната информационна система.

Въведената регламентация е твърде обща и не е ясно каква е ролята на институцията, която събира, обработва и съхранява най-много информация – НЗОК, която единствено има натрупана база персонални данни за здравноосигурените. Националният център по общественото здраве и анализи обработва само обобщена статистическа информация и не оперира с персонални данни, което следва да се има предвид при регламентацията.

8. Регламентиране на отстъпки и други текстове, касаещи договарянето и заплащането на лекарства от НЗОК.

Промените са минимални и едва ли ще доведат до съществен ефект. Говори са само за отстъпки и се намеква за натурални работи. Всъщност в последния вариант е оставена вратичка за по-общо договаряне, може би с идея да се регламентира с подзаконови актове, но добре е в самия закон да се заложат предложените не само от нас промени, касаещи гъвкави

механизми за договаряне - договаряне с притежателите на разрешение за употреба /ПРУ/ на лекарствени продукти без аналог, вкл. на нови, на които предстои включване в реимбурсния списък, на ежегодни споразумения за бюджетно въздействие - договаряне на отстъпки от стойността, отстъпки в натура, отстъпки под формата на допълнителни услуги за сметка на ПРУ /напр. контролни изследвания, прегледи и др./, поемане на пациенти над договорените от ПРУ, кръстосани отстъпки с други продукти от портфолиото на ПРУ. Не е ясно и защо не се заложи на регламентиране на централизирана процедура за договаряне на отстъпки от цената на лекарствени продукти за лечение в онкологията, като НЗОК заплаща по договорените цени директно на търговец на едро по отчет на болницата;

Следва да се отбележи, че предложенията касаят само разходите на НЗОК, като следва да се има предвид, че **без съпътстващи мерки, те могат дори да увеличат доплащането от пациентите, намалявайки референтната стойност, заплащана от НЗОК.** За да се получи и ясен социален ефект с намаляване на доплащането от здравноосигурените лица, е необходимо последователно провеждане на действия за политика при масовите заболявания, вкл. стимулиращи мерки за предписване на повече по-евтини лекарства. Това в никакъв случай не означава ощетяване на действително иновативните оригинални лекарства под патентна защита..

9. С промени в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти се закрива, като фактически се връща стария вариант на комисия в рамките на МЗ.

Новата комисия се създава на квотен принцип, вероятно няма да е щатна, а само ще заседава. Закриването и създаването отново на структури два пъти за две години не говори добре за цялостната визия и вероятно ще блокира работата на съвета за 6 месеца. Вероятно, че мястото на подобен орган не е в структурата на едно министерство. Считам, че най-добре е да се запази съществуващата комисия с минимални промени – например да се въведе квотен принцип на предлагане на членовете, при запазване на изискването те да отговарят на определени изисквания и бъдат назначени като щатни служители. В случая, става въпрос да се дадат квоти освен на МЗ, и на БЛС и НЗОК, реализиращи на практика реимбурсната листа чрез предписването и реимбурсиране на медикаментите, както и чрез механизмите на НРД.

Тук отново стои въпросът за допълнителни критерии за влизане на нови молекули в реимбурсните списъци – т.е. за регламентиране на оценката на здравните технологии / Health Technology Assessment – НТА/ за нови лекарствени молекули, поне на първо време в работата на съвета. Следва да се има предвид, че основната причина за увеличаване на разходите на НЗОК за лекарства, не е растежът в цените на вече реимбурсираните лекарства, които, ако се спазва и сега действащата уредба, няма начин да растат, а следва само да намаляват. Причина за това е действащата европейска система за взаимно рефериране. Разходите се

увеличават по естествен път от нови скъпи иновативни лекарства, което не може да се избегне. В същото време обаче, **влизат и нови т.нар. псевдоиновативни продукти**, които представляват леко видоизменени препарати, със сходна химическа структура и ефект с лекарства от същата група, с вече изтекла патентна защита. Те имат примерно 10 процента подобър ефект, но 2-5 пъти по-висока цена, което е неприемливо за обществото. С влизането им в реимбурсните списъци, терапията се пренасочва към тях и се оскъпява.

Поради това, освен стандартните процедури по кандидатстване за реимбурсния списък, следва новите продукти да преминат в процедура по оценка на здравните технологии. Това е нещо повече от обикновения фармакоикономически анализ, който дава оценка не само цената на терапията, а съпътстващи разходи или икономии от прегледи, изследвания, хоспитализации, нетрудоспособност, инвалидност и т.н.

НТА може да се използва **още и при реимбурсирането на медицински изделия**, /където проблемът е подобен/, както и при влизане на **иновативни диагностични и лечебни методики и процедури**. Поради това, в перспектива е необходимо изграждане на регулаторен орган с такива административно-регулаторни функции, а самата оценка да се извършва от външни експерти. На първо време процедурата може да се приложи само за нови лекарства в рамките на съществуващия НСЦРЛП, което следва да се регламентира.

10. В законопроекта е предложено в § 55-57 приемливо решение на проблема със специализацията на общопрактикуващите лекари. Но срокът за придобиване на специалност по досега действащата нормативна база изтича сега. Имайки предвид големия обем на проектозакона, фактическата промяна чрез него на всички основни закони в здравеопазването, разнопосочната тематика, многото спорни текстове в проекта, ние считаме, че този законопроект може да стане факт не по-рано от два месеца след гледането му на първо четене в комисия, а вероятно – и повече. Тъй като срокът изтича и ще се появят правни проблеми, **предлагаме тези текстове да бъдат внесени от народни представители в спешен порядък в отделен кратък законопроект**, касаещ само тази материя и приети в същия спешен порядък.

По останалите текстове нямаме принципни забележки, като вероятно ще дадем бележки за второ четене.

С уважение,

Д-р Цветан Райчинов
Председател на УС на БЛС

