

- Ние в никакъв случай няма да спрем изплащането на онколекарствата, хората трябва да са спокойни. Амбицията ни е в сферата на здравноосигурителните плащания да изплатим всичко. Това обаче не означава, че касата няма да затегне контрола. Аз не съм изненадана от преразхода за онкопрепаратите. Ние все още нямаме база, върху която да стъпим и кажем, че има средно ниво, над което НЗОК е похарчила повече за тях. Тези медикаменти преминаха към нея миналата година, като преди това бяха към Министерството на здравеопазването. За 2012-а от 57 млн. лв., заложи в бюджета, касата е изплатила реално 116 млн. лева. За 2013-а са заложи 90 млн. лева, т.е. средствата са по-малко.

### **- Откъде идва преразходът за препаратите на онкоболните?**

- Идва от принципа на плащане на НЗОК, който се различава коренно от този, по който действаше министерството. МЗ договаряше обеми, докато НЗОК заплаща всичко, което болницата, респективно аптеката, е отчела. Вероятно не са достатъчни критериите, по които се преценява необходимостта от онкопрепарати и от лекарства въобще. В онкологията се стъпва на медицинските стандарти, но те са за добра медицинска практика, а принципите на лечение са съвсем различно нещо. В тази посока ще работим със специалистите онколози. Нещата тепърва трябва да се уточняват и регламентират. Като нова за касата дейност да изплаща онколекарствата не съм изненадана, че имаме преразход. Имаме достатъчно базисни показатели, които могат да ни насочат в правилната посока. Като проследихме броя на новооткритите онкоболни в последните няколко години се оказва, че всяка година новите диагностицирани са 3000. Като се знаят най-честите локализации и комбинации от лекарства за тях, може да се направи по-точна прогноза. Освен това в позитивния списък влизат непрекъснато много препарати. Според наредба НЗОК има право да включва два пъти в годината нови лекарства, което допълнително утежнява бюджета, който е определен и гласуван от парламента в предходната година. После се оказва, че се явяват нови продукти, струващи доста пари. Например за пет деца с мукополизахаридоза се купуват лекарства за 5 млн. лева. Имаме два случая на болест на Помпе, за който отиват 2 млн. лв. Това са високотехнологични и скъпи препарати, но

ние не можем да лишим болните от тях, но те поставят в риск бюджета на НЗОК. В България никой все още не говори за управление на риска, но това е първата институция, която започва работа в тази посока. Иначе, парите никога няма да стигат. Каквото и да правим, те са ограничен ресурс.

Преразход има в болничната помощ, онкопрепаратите влизат в това число. Бюджетът за болнична помощ с всичките му параграфи за полугодieto има преразход от 63,5%. От тази година към НЗОК преминаха нови дейности – асистираната репродукция, интензивните грижи и ваксините. Директорите на областни болници се оплакват, че средствата за интензивни грижи са по-малко, отколкото когато се отпускаха чрез МЗ.

**- Всъщност, трябва ли интензивните грижи да се поемат от касата, след като техните пациенти са и спешни случаи, но без здравни осигуровки?**

- Според мен мястото им не е при нас именно защото голяма част от пациентите им са в спешно състояние, в което не можем да разсъждаваме дали са осигурени или не, а без осигуровки попадат доста хора. Няма вариант как болницата да не окаже грижи, а лицето се оказва неосигурено. Разговорите ни по този въпрос с МЗ ще бъдат много сериозни. Това се отнася и за асистираната репродукция, тъй като демографската политика не следва да е на касата, а на държавата. В тази връзка плащането на инвитро трябва да става по линия на МЗ. Същото важи и за ваксините, тъй като те са национална здравна сигурност.

**- Има ли действително надписване на дейности, както се оправдаваха при липсата на дефицит предишни управители на НЗОК?**

- Надписването се доказва много трудно. НЗОК проверява вече отчетена дейност. Документацията е добре подготвена, пациентът е отговорял на

критериите за хоспитализация и дехоспитализация. Според мен проблемът е на друго място – не да търсим има ли надписване, а да си отговорим на въпроса дали ограниченият достъп до извънболничната помощ не натоварва болниците. Когато на лекаря са свършили направленията за допълнителни консултации и изследвания, единственият начин, по който той може да помогне на пациента, е да го вкара в болница. Другият вариант е, да го накара да си плаща. Когато балансът между извънболничната и болничната помощ се наруши, разбира се, че ще има изкривяване. А то с годините се задълбочава. Самият факт, че се разкриват толкова много болници, говори, че в системата нещо не е наред. Световната банка препоръчва болниците да се окрупняват, броят им да се намалява. Не съм съгласна с твърдението, че конкуренцията определя коя от тях да бъде предпочетена от пациента, че тя ще отчита повече дейност за сметка на други непредпочитани. Поне на този етап не се виждат непредпочитани болници. Всички са пълни и са употребили ресурса си. Редно е и у нас болниците да се окрупнят, да има големи, модерни лечебни заведения. При него няма да се налага на малка територия да имаме 3-4 ядрено-магнитни резонанса, скенери и т.н. високотехнологична и скъпа апаратура. Крайно време е да заговорим за качество на болничната помощ, досега се говори само за количество. Имаме вече доста нови и модерни болници, отговарящи на европейските изисквания. Време е НЗОК да постави критерии за сключване на договори само с онези от тях, които отговарят на качеството. Имаме достатъчно европейски критерии за качество, които да приложим. Областните болници, например, лекуват всичко. Те са стожерът на здравеопазването в страната. Трябва да сме с особена грижа към тях, защото както започнаха да бъдат закривани общински болници, така скоро ще започне затварянето и на областни, тъй като дефицитите им растат стремглаво.

**- Кои от областните болници са най-рискови от затваряне?**

- Всички за уязвими. Например Многопрофилната болница за активно лечение „Св. Петка” във Видин все повече свива дейността си, лекарите напускат, там вече няма инфекциозно отделение, а регионът е тежък с голяма безработица. Тези обстоятелства трябва да се вземат предвид.

Затова много важна е националната здравна карта. Тя най-напред трябва да опише реалностите в даден регион. Например директорът на областната болница в Бургас споделя, че непрекъснато иска корекции на лимитите, тъй като от май до октомври населението там се утроява, има спешни и остри състояния, а с отпускания му ресурс, е невъзможно да работи. Ето такива детайли трябва да бъдат съобразени в картата, за се дават необходимите средства на лечебните заведения, за да работят директорите и лекарите спокойно.

**- Подкрепяте ли исканията на някои управители на болници търговете за онколекарства да се правят окрупнено, за да не остават болните без лекарства? Сега фирмите често пъти отказват да участват в тях заради малките количества.**

- Категорична съм, че търговете трябва да се окрупнят. Именно заради малките количества фирмите отказват да участват в тях. Има случаи, в които подготовката на документацията за участие е по-скъпа, отколкото медикаментите, които те трябва да доставят. В цял свят и в Европа се върви към окрупняване, а ние раздробяваме дейността, което води до оскъпяване. Няма значение къде обществените поръчки ще се въвеждат. Важното е да се договорят и гарантират по-големи количества, като така да се преговаря с фирмите за по-големи отстъпки в цените.

**- Не е тайна, че ДДС върху цената на лекарствата в България остава най-висока в Европейския съюз – 20 процента. Редно ли е да се поддържа искането за намаляване на ДДС върху медикаментите?**

- Този въпрос е много труден за решаване. Не съм аз човекът, който може да му даде отговор. Той би могъл да се уреди с политическо решение. Съюзът на фармацевтите обаче сигнализираха, че лекарствата в България са най-евтини, но широко се практикува реекспортът им. Те са много притеснени от този факт. Ние, от НЗОК, и съсловната организация обмисляме осъществяването на съвместен контрол. Фармацевтите имат

информация, че лекарства се изкупуват от българските аптеки и се продават в чужбина, където цената е по-висока. Като се има предвид дори само този факт, е ясно защо е трудно да се коментира въпросът с ДДС върху медикаментите.

**- Твърди се, че клиничните пътеки са алгоритъм за качество, докато алгоритъм за финансиране за диагностично свързаните групи. Как гледате на въпроса те да бъдат въведени?**

- Световната банка препоръчва въвеждането на диагностично свързаните групи. Навремето осигурителните фондове са заплащали на западните болници за леглоден. Естествено, те са имали интерес да държат пациентите, колкото може повече на легло, за да ги финансират по-добре. Това е накарало експертите да мислят за друг вид заплащане. Така се е стигнало до диагностично свързаните групи. Те обаче изискват солиден персонал, който да извършва техническата работа - кодиране, отчитане, следене и т.н., тъй като при тези групи всичко се отчита с кодове. Една малка грешка в тях и плащане няма.

**- В страната ни 1.5 млн. души продължават на бъдат без здравни осигуровки. Сред тях са не само крайно бедни, но и такива, които не желаят да внасят осигуровки. Как според вас може да бъде увеличена събираемостта им?**

- Законът за здравното осигуряване ни задължава всички ние да се осигуряваме. Затова държавата е приела категорията на социално слабите и им плаща лечението. Проблемът са именно онези с възможностите, които не си внасят осигуровките, но ги лекуват по спешност безплатно, според закона.

В САЩ контролът в това отношение е жесток. Там приет по спешност без осигуровки получава само най-належащата помощ и дотам, докато не си

плати, но не пропуснатите осигуровки, а по реалните цени за лечението, от което се нуждае по-нататък. Не го ли направи, си остава само с оказаната помощ по спешност. Може би и тук трябва да е така. Който не си плаща здравните осигуровки, да си плаща реалната цена, а не да плати някаква сумичка за пропуснат период и пак да бъде включен в системата, а после пак да излезе от нея. Нашето общество не разбира социалния принцип на задължителното обществено здравно осигуряване. На него не се гледа положително. Лично аз съм чувала твърдение като това: „Откъде накъде аз да плащам, пък друг да се ползва от парите. Да се направят лични партии!“ Личните партии не са решение, представете си колко много пари трябва да се вкарат в тях, за да се платят например 100 хил. лв. за интензивни грижи, редките болести, скъпите лекарства. Солидарният принцип е чудесен, хората просто трябва да си плащат осигуровките. Месечната здравна осигуровка върху минимална заплата е около 16 лв. месечно. Много пъти по толкова дават някои хора за цигари и алкохол, но не и за да си осигурят лечението, ако нещо им се случи.

**- Обикновено, като се отвори дума за НЗОК, се говори все за болни, но малко за профилактика. Научи ли се българинът да ходи, макар и на малкото профилактични прегледи, които му се полагат? Каква е санкцията за неявили се на профилактичен преглед? Има ли вече санкционирани?**

- Профилактичният пакет по линия на НЗОК е все още скромнен, но в него има достатъчно неща, позволяващи човек да е наясно със здравето си, ако ходи редовно на прегледи. Предстоят ми срещи със Сдружението на общопрактикуващите лекари и ще обсъдим отново този въпрос, за да започнем дейността.