



ЕК  
ИП  
ЕКСПЕРТЕН КЛУБ ЗА  
ИКОНОМИКА И ПОЛИТИКА



# ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА РАЦИОНАЛНА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА

Потенциални възможности за оптимизация на домакинските и публични разходи в сферата на лекарствата в България

**Автори:** Аркади Шарков, Стоян Панчев, Димитър Гълъбов

## Увод

В България публичните средства от държавния бюджет се харчат без оценка на въздействието, което касае тяхната ефективност и ефикасност. Ситуацията е сходна и по отношение на бюджета на Националната здравноосигурителна каса, в който здравноосигурителните разходи се увеличават с всяка следваща година, а заедно с тях се увеличават и исканията за допълнителни разходи. Традиционно исканията за допълнителни разходи и увеличение на бюджета на ведомството не са подкрепени от оценка, анализ или мотиви за необходимостта им. Липсва и анализ за тяхната оптимизация.

През 2018 г. отново двете най-големи пера в бюджета на НЗОК са болничната помощ и лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели за домашно лечение. Двете пера формират близо  $\frac{3}{4}$  от здравноосигурителните плащания на касата, като близо половината от бюджета на касата се харчи за болнична помощ, а останалите около  $\frac{1}{4}$  - за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение. В приетия от Народното събрание бюджет на НЗОК за 2019 г. се предвижда увеличение на разходите за лекарства с над 150 млн. лв., което ще увеличи и делът им в общите здравноосигурителни плащания до около 27%. Ако бюджетът бъде приет в този вид, то лекарствените разходи през 2019 г. биха достигнали около 1,18 млрд. лв. в сравнение с 366 млн. лв. през 2010 г. (когато са представлявали 14% от бюджета на ведомството), което е увеличение от около 1,8 пъти. Същевременно расте и бюджетът за болнична помощ, където по данни на НЗОК за 2018 г. са осъществени около 3 млн. хоспитализации.

На фона на големия дял на разходите за лекарства и стръмното им увеличение през годините би следвало в мотивите към законопроекта да са описани причините за това. Тъй като публичният ресурс за здравни разходи не е неограничен, би следвало закона за бюджета на НЗОК да включва и анализ на възможностите за оптимизирането на тези разходи. Нещо повече – публичната система на здравеопазването се характеризира с доплащания от потребителите, чиито дял е най-висок именно при лекарствените продукти за лечение на социално значими заболявания, като сърдечно и мозъчно-съдовите – средно около 75%, докато при останалите медицински стоки и услуги достига не повече от 15% близо да равнището в повечето държави от ЕС. Настоящото изследване е насочено именно към изсветляване на този сегмент и е продиктуван както от необходимостта за оптимизация на публичните разходи в сферата на лекарствената политика, така и от непропорционално високия дял на личното доплащане от страна на потребителите на лекарствени продукти.

Обектът на настоящото изследване са разходите на НЗОК за лекарствени продукти. Обхватът на изследването са годишните данни за разхода за реимбурсация на лекарствени продукти за лечение на четири групи заболявания – сърдечно-съдови, злокачествени образувания, захарен диабет и ревматични заболявания в периода 2014-2016 г. Предметът на изследването са разходите на касата за оригинални и генерични лекарствени продукти в гореспоменатите групи заболявания. Целите на изследването са анализ на възможностите за оптимизиране на разходите на НЗОК за съответната лекарствена група и/или увеличаване на обхвата на лекарствената политика при непроменени разходи. Също така е направена и оценка на ефектите от настоящата лекарствена политика върху потребителските разходи, както и прогноза за потенциалното им оптимизиране.

## Методология

За целта на изследването са разгледани както общите разходи за реимбурсиране на лекарства от НЗОК, така е направен и преглед на реимбурсираните от касата средства за лечение на четири групи заболявания – сърдечно-съдови, злокачествени образувания, захарен диабет и ревматоидни. Пълен списък на изследваните заболявания, както и на реимбурсираните лекарствени продукти е представен в Приложение към доклада. Изборът за преглед на сърдечно-съдовите заболявания не е изненадващ, тъй като те са не само социално-значимо заболяване, но и са ежегоден фокус на изготвяния от ЕК здравен профил на страните членки, което допълнително демонстрира значимостта на тези заболявания. Останалите три групи заболявания са избрани, заради тяхната социална значимост и паралелно с това, тяхното финансово отражение върху бюджета на НЗОК.

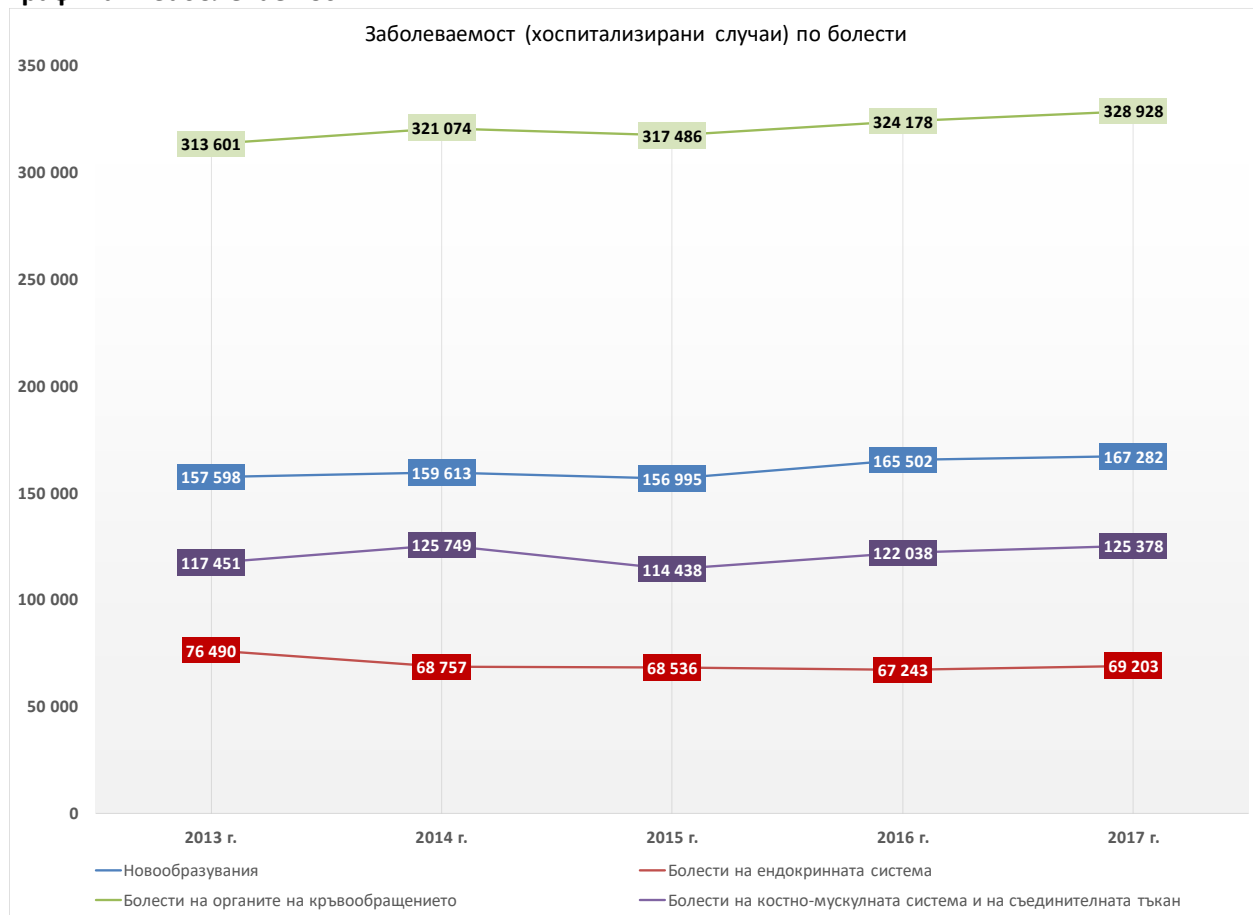
Извадката обхваща около 56% от здравно осигурените лица през 2016 г. и 41% от реимбурсираните от НЗОК разходи за лекарствени продукти.

За целите на изследването е използван сравнителен анализ, който позволява да се направи оценка на финансовите ефекти от употреба на алтернативен лекарствен продукт с еднакво терапевтично действие и взаимозаменяемост за съответното заболяване. Целта е да се изготви прогнозна оценка за потенциалните спестявания (понастоящем пропуснати ползи) на средства, както и за увеличаване на достъпа до лечение, при запазване на финансирането на настоящите нива, при възможност пациента да избере да се лекува с генеричен медикамент.

## Здравно състояние, заболяемост и смъртност

Обхванатият период на заболяемостта е от 2013 г. до 2017 г., в който се разглежда заболяемостта по групи с деления по МКБ, както следва – Новообразувания (C00-D48), болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата (E00-E90), болести на органите на кръвообращението (I00-I99) и болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан (M00-M99). От **Графика 1** се наблюдава тенденция на нарастване на заболяемостта при болестите на органите на кръвообращението, която варира през годините, а през 2017 г. хоспитализираните пациенти са били приблизително 329 хил. Повишението им спрямо 2013 г. е с 5%. Неоплазиите/онкологичните заболявания/ са вторите по хоспитализация случаи от извадката, с постепенно растящ тренд и достигат 167 хил. през 2017 г. Тяхното повишение спрямо 2013 г. е с 6%. На трето място по хоспитализации се нареждат болестите на костно-мускулната система и на съединителната тъкан, които през 2017 г. са 125 хил. На последно място по хоспитализации са болестите на ендокринната система, чийто тренд е намаляващ и достига 69 хил. през 2017 г., за разлика от 76 хил. през 2013 г.

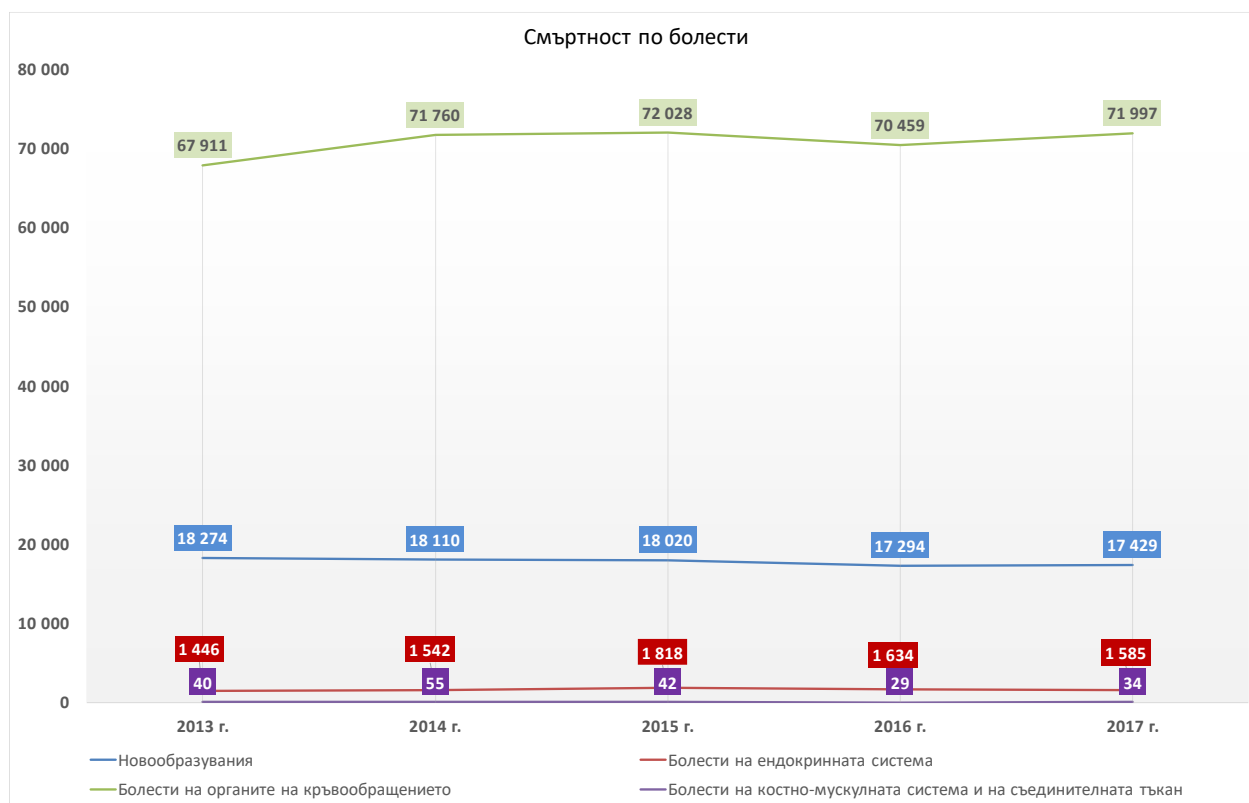
**Графика 1: Заболеваемост**



Източник: НЦОЗА, собствени изчисления

От **Графика 2** се вижда смъртността по болести, като на първо място с покачващ се тренд това е смъртността от болести на органите на кръвообращението с приблизително 72 хил. случая през 2017 г. Смъртността от неоплазии е на второ място с плавно понижаващ се тренд, като за 2017 г. представлява 17 429 смъртни случая. С ниска смъртност се отличават Болести на ендокринната система, а с най-ниска численост, близа до нула – болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан.

**Графика 2: Смъртност**



Източник: НЦОЗА, собствени изчисления

### Лечение и реимбурсиране на лекарствени продукти

Прегледът на общите разходи за реимбурсиране на лекарствени продукти от НЗОК показва, че те се увеличават значително в периода 2015-2016 на фона на намаляващ брой здравноосигурени лица, който са се лекували с тези медикаменти. Така например увеличението на разходите за лекарствени продукти за двете години възлиза на близо 20%, докато лекуваните здравноосигурени лица намаляват с 2,7% в същия период. Трябва да се има предвид обаче, че от 2015 г. влизат в сила нови условия, според които някои /ПРУ/ и търговци на лекарства са принудени да правят отстъпки от сумите, които НЗОК реимбурсира за продаваните от тях продукти. След приспадане на стойността на отстъпките през 2015-2016 г., които са в размер на 87,6 млн. лв., разходите за лекарствени продукти през 2016 г. все пак са по-високи в сравнение с 2014 г. с 9,5%. В резултат на това цената на лекарственото лечение на едно здравноосигурено лице се увеличава от 86,79 лв. през 2014 г. на 97,69 лв. (с включени отстъпки), което е ръст от 12,6% за двете години.

В същото време се наблюдава сериозно „изкривяване“ по отношение на лекуването на пациенти с оригинални и генерични лекарства. Така например през 2016 г. над 2,5 млн. здравноосигурени лица са били лекувани с оригинални лекарства, за които НЗОК е платила над 535 млн. лв. или 208 лв. на човек. В същото време близо 3,9 млн. здравноосигурени лица са били лекувани с генерични медикаменти, за които НЗОК е платила близо 97 млн. лв. или 25 лв. на човек. От данните се вижда, че лечението с оригинални лекарства обхваща 1,5 пъти по-малко пациенти, но струва 5,5 пъти повече.

Тук трябва да се направи важно уточнение. След откриването на лекарството и пускането на пазара оригиналните лекарствени продукти са защитени от патент, който не допуска конкуренция за определен брой години (средно между 15 и 20). С други думи сред реимбурсираните от НЗОК лекарства има и такива, които попадат под патентна защита, което означава, че дори и даден пациент да иска, той няма алтернатива на лекарствената терапия. Въпреки това съществуват лекарствени групи, в които оригиналният медикамент вече не попада под патентна защита и на пазара в България са навлезли генерични алтернативи, които имат идентичен терапевтичен ефект с оригиналните лекарства, но се предлагат на по-ниска цена. Именно те са фокус на настоящето изследване, което си поставя за цел да покаже размера на потенциалните спестявания на средства, както и на потенциалното увеличение на броя здравноосигурени лица с достъп до лекарствена терапия.

Резултатите от изследването показват, че гореспоменатите диспропорции не са равномерно разпределени върху четирите разглеждани групи заболявания и изследваните лекарствени продукти. Така например през 2016 г. лечението на ревматични заболявания обхваща едва 1,6% от здравноосигурените лица, а разходите за това лечение представляват 13,8% от реимбурсираните от НЗОК суми за лекарствени продукти. Същевременно лечението на сърдечно-съдови заболявания обхваща 42,9% от здравноосигурените лица, а разходите за това лечение представляват едва 7,7% от реимбурсираните от НЗОК суми. От следващата Таблица 1 се вижда, че първите три групи формират 13% от здравноосигурените лица и 34% от бюджета за лечение на разглежданите заболявания. **С други думи три пъти по-малко пациенти (първите три групи в сравнение с четвъртата група) получават четири пъти повече средства.**

**Таблица 1: Относителен дял на здравноосигурените лица и реимбурсираните от НЗОК суми за тях от всички здравноосигурени лица и разходи за лекарства**

	ЗОЛ	Реимбурсна сума
Злокачествени образувания	0,44%	2,31%
Диабет и асоциирани коморбидности	1,61%	13,79%
Ревматоидни заболявания	11,05%	17,72%
Сърдечно-съдови заболявания	42,91%	7,65%

Източник: НЗОК, собствени изчисления

Част от обяснението за тези диспропорции се дължи на наличието на лекарствени продукти под патентна защита при лечението на отделните заболявания. Въпреки това се наблюдават редица лекарствени групи, в които има лекарствени продукти с изтекъл патент, но липсва генерична алтернатива. Обект на бъдещо изследване следва да бъдат именно причините, които възпрепятстват навлизането на генерични алтернативи за лечение на пазара в България.

Изследването показва, че при лечението в гореизброените четири групи заболявания делът на здравноосигурените лица, които се лекуват с генерични медикаменти е почти постоянен през годините – 64,5%, но леко намалява през 2016 г. до 62%. Високият дял обаче изцяло се дължи на сърдечно-съдовите заболявания, при които генеричното навлизане е най-силно изразено, а също така групата обхваща и най-много здравноосигурени лица. **При сърдечно-съдовите заболявания делът на лицата, лекувани с генерични медикаменти е около 69% от всички лица, лекувани за сърдечно-съдови заболявания в периода 2014-2016 г. в сравнение с 51-55% при злокачествените образувания, 45-46% при диабетните заболявания и едва 4-18% при ревматоидните заболявания.**

## **Злокачествени образувания**

При злокачествените образувания са разгледани 13 групи лекарствени продукти, като в шест от тях съществува конкуренция под формата на повече от един лекарствен продукт в съответната група. В три от разгледаните лекарствени групи липсата на конкуренция не се дължи на патентна защита, което означава, че наличието на само един лекарствен продукт се дължи на други обективни и/или субективни фактори, които следва да се обект на бъдещ анализ/ценови ерозии, напускане на пазара, регулаторни препятствия, нарушаване на терапевтични алгоритми/. Имайки това предвид, може да се твърди с голяма доза увереност, че резултатите от настоящото изследване за потенциални спестявания на разходите за реимбурсиране на лекарства, както и за увеличаване на достъпа до лекарствена помощ, са подценени, поради липсата на конкуренция в съответните лекарствени групи, където продуктите не попадат под патентна защита.

Прегледа на реимбурсирането на лекарства в периода 2014-2016 г. показва, че лечението на злокачествени образувания с оригинални и генерични лекарствени продукти е почти равномерно, като се наблюдава леко увеличение на лечението с генерични медикаменти. В резултат на това се наблюдава плавно **понижение на разходите за лечение на едно здравноосигурено лице от 664,61 лв. през 2014 г. до 541,28 лв. през 2016 г. или спад от 18,6%**. Най-силно впечатление прави факта, че този спад на средните разходи за лечение на разгледаните злокачествени образувания се дължи изцяло на лечението с **генерични лекарствени продукти разходите, за които намаляват от 425,70 лв. на здравноосигурено лице през 2014 г. до 193,09 лв. през 2016 г., което е спад с близо 55%**. В същото време разходите за лечение с **оригинални лекарствени продукти се увеличават от 912,97 лв. на здравноосигурено лице на 968,38 лв. през 2016 г. или ръст от 6%**.

Имайки предвид, че над половината от преразходите на средства за лекарствени продукти и медицински изделия през 2015 и 2016 г. се дължи именно на разходи за лечение на злокачествени образувания, следва тези разходи да предизвикат повече внимание както при планирането, така и при изпълнението. От направения преглед на част от злокачествените заболявания, както и разходите за тях се вижда, че преразходът не може да е резултат от употребата на генерични медикаменти, тъй като разходите за тях на едно здравноосигурено лице намаляват. Това изцяло компенсира увеличението на разходите на здравноосигурено лице за терапия с оригинални медикаменти, като средния разход на здравноосигурено лице намалява. С други думи причината за ежегодните преразходи в тази група лекарствени продукти следва да се търси в частта на оригиналните медикаменти. На база на данните от НЗОК се вижда, че водещият ефект при намаляването на разходите на здравноосигурено лице е конкуренцията, а не задължителните отстъпки за търговците на лекарствени продукти, които бяха въведени през 2015 г. Така например средните разходи на здравноосигурено лице през 2016 г. са 123,33 лв. или спад от 18,6% по-ниски в сравнение с 2014 г., което може да се обясни с конкуренцията на пазара. За сравнение ефектът от въведените задължителни отстъпки е в размер на понижение на разходите на здравноосигурено лице с 32,40 лв. (около четири пъти по-малко в сравнение с ефекта от конкуренцията), което представлява допълнителен спад от около 5% през разглеждания период. Ясен пример за ефекта от конкуренцията е представен в Таблица 2, където се вижда резкия спад в цените на оригиналния продукт в резултат на навлизането на генеричен еквивалент на пазара. Това е особено ясно изразено при L02AE03, при който не само се наблюдава рязко понижение на цената на оригиналния лекарствен продукт в резултат на генеричното навлизане – 19%, но разходите за лечение с генеричния лекарствен продукт на здравноосигурено лица са над три пъти по-ниски в сравнение с лечението с оригинален лекарствен продукт.

**Таблица 2: Разходи на НЗОК за генерични и оригинални лекарствени продукти на здравноосигурено лице**

	2014	2015	2016
L02AE03			
G	0,00	0,00	295,97
O	1 321,84	1 226,60	988,65
L02BG03			
G	432,35	277,18	102,52
O	451,08	358,90	120,19

Източник: НЗОК, собствени изчисления

На база на данните може да се направи и оценка на потенциалните спестявания от разширяване на обхвата на лечението с генерични лекарствени продукти, както и пропуснатите ползи под формата увеличен достъп до лечение. Резултатите от изследването на шестте групи лекарства, с наличие на генеричен еквивалент за лечение на злокачествени образувания се вижда, че само през 2016 г. **НЗОК е имала възможност да спести над 2,2 млн. лв., или спестяване на над 38% от средствата за лечение на тези заболявания**, в резултат на увеличаване на лекуваните здравноосигурени лица с генерични лекарствени продукти. Това са средства, които могат да бъдат използвани за увеличаване на достъпа до лекарствена помощ за здравноосигурени лица както в тази група, така и в други групи болести. Разбира се, резултатите под формата на увеличаване на достъпа до лекарствена помощ варират в зависимост от това накъде ще бъдат насочени спестените средства, но при запазването им в тази група болести, може да се очаква **увеличение обхвата на здравноосигурените лица с над 7900 души, което е ръст от 53% в сравнение с лекуваните през 2016 г. лица**. Както вече беше обърнато внимание – резултатите са подценени, тъй като има три лекарствени групи с изтекъл патент, в които липсва генерична алтернатива на лечението. Би следвало държавните институции да имат отговор на какво се дължи това и, ако е резултат от местни субективни фактори, които възпрепятстват генеричното навлизане или принуждават компаниите с разрешение за търговия да се изтеглят от пазара, да бъдат взети мерки за отстраняването на пречките пред достъпа до тези лекарства.

### **Захарен диабет**

При диабетните заболявания са разгледани 32 лекарствени групи, от които в пет има конкуренция между генерични и оригинални лекарствени продукти. Разгледаните лекарствени групи са доминирани от такива, които все още попадат под патентна защита, но в шест от разгледаните групи такава няма, но липсва и алтернативен генеричен лекарствен продукт. Имайки това предвид, може да се твърди с голяма доза увереност, че резултатите от настоящото изследване за потенциални спестявания на разходите за реимбурсиране на лекарства, както и за увеличаване на достъпа до лекарствена помощ са подценени, поради липсата на конкуренция в съответните лекарствени групи, където продуктите не попадат под патентна защита.

Делът на здравноосигурените лица, получили лечение с генерични лекарствени продукти е 45-46%, но през 2015 и 2016 г. се наблюдава лек спад в този дял, а делът на лечението с оригинални медикаменти се увеличава. На този фон се наблюдава и повишение на средните разходи на здравноосигурено лице, които от 151,95 лв. през 2014 г. се покачват до 166,72 лв. през 2016 г., което е ръст от 9,7%. Това увеличение се дължи в голяма степен на оригиналните лекарствени продукти, които не само заемат водещ дял в разгледаната група лекарствени продукти, но и се наблюдава по-стръмно увеличение на цените им. Така например ръста в цените на разгледаните

генерични лекарствени продукти през 2015 и 2016 г. е 2,82 лв. на здравноосигурено лице, което е над десет пъти по-малко в сравнение с увеличението при оригиналните лекарствени продукти от 21 лв.

Разбира се, част от голямата разлика в цените на медикаментите се дължи на това, че само в пет от 32 разгледани групи има генерични алтернативи. Дори и в тях обаче цените на генеричните лекарствени продукти са с между 11 и 66% по-ниски в сравнение с оригиналния еквивалентен лекарствен продукт. Както вече обърнахме внимание в шест други лекарствени групи едновременно няма патентна защита, но липсва и генерична алтернатива.

В резултат на конкуренцията между генерични и оригинални продукти в Таблица 3 се вижда, че в групата на A10BB09 цените на генеричния лекарствен продукт се понижават с 9,5%, а на оригиналния – с 3,3%. Още по-показателен е примерът с навлизането на генеричен еквивалент в групата на A10BF01 през 2016 г., който е с около 2/3 по-ниска цена в сравнение с оригиналния лекарствен продукт в групата. Същевременно цената на последният намалява само с 11,6% през 2015 и 2016 г. до навлизането на генеричната алтернатива.

**Таблица 3: Разходи на НЗОК за генерични и оригинални лекарствени продукти на здравноосигурено лице**

	2014	2015	2016
A10BB09			
G	51,02	49,93	46,14
O	68,75	71,50	66,46
A10BF01			
G	0,00	0,00	41,99
O	138,90	129,86	122,76

Източник: НЗОК, собствени изчисления

На база на данните може да се направи и оценка на потенциалните спестявания от разширяване на обхвата на лечението с генерични лекарствени продукти, както и пропуснатите ползи под формата увеличен достъп до лечение. Резултатите от изследването на петте групи лекарства, с наличие на генеричен еквивалент, за лечение на диабетни заболявания се вижда, че само през 2016 г. **НЗОК е имала възможност да спести близо 2,7 млн. лв., или спестяване на около 33,5% от средствата за лечение на тези заболявания**, в резултат на увеличаване на лекуваните здравноосигурени лица с генерични лекарствени продукти. Това са средства, които могат да бъдат използвани за увеличаване на достъпа до лекарствена помощ за здравноосигурени лица както в тази група, така и в други групи болести. Разбира се, резултатите под формата на увеличаване на достъпа до лекарствена помощ варират в зависимост накъде бъдат насочени спестените средства, но при запазването им в тази група болести, може да се очаква **увеличение обхвата на здравноосигурените лица с над 66 400 души, което е ръст от 54,3% в сравнение с лекуваните през 2016 г. лица**. Както вече беше обърнато внимание – резултатите са подценени, тъй като има шест лекарствени групи с изтекъл патент, в които липсва генерична алтернатива на лечението. Би следвало държавните институции да имат отговор на какво се дължи това и, ако е резултат от местни субективни фактори, които възпрепятстват генеричното навлизане или принуждават компаниите с разрешение за търговия да се изтеглят от пазара, да бъдат взети мерки за отстраняването на пречките пред достъпа до тези лекарства.

## Обобщения и заключения

Резултатите от изследването показват, че провеждането на прогенерична политика дори само в разгледаните 11 лекарствени групи (шест за лечение на злокачествени заболявания и пет за лечение на диабетни заболявания) може да доведе до спестяване на около 5 млн. лв. през 2016 г., което представлява около 22% от реимбурсираните средства за тези лекарствени групи. За сравнение, налагането на задължение за 10% отстъпка от реимбурсираните от НЗОК средства за генерични лекарствени продукти през 2016 г. би довело до спестявания в размер на 9,6 млн. лв. С други думи налагането на отстъпки за целия генеричен сектор ще доведе до близък ефект, до който може да доведе реалното провеждане на прогенерична политика дори при 10-20 лекарствени групи с наличие на конкуренция между лекарствени продукти с еднакъв терапевтичен ефект. Ако тази политика бъде разпространена и върху останалите групи лекарства с наличен генеричен еквивалентен продукт, възможностите за спестявания са значителни. Тези спестявания обаче не следва да се насочват към други здравни дейности, като например болничната помощ, а би трябвало да се използват за разширяване на достъпа на здравноосигурените лица до лекарствена помощ, както и за ограничаване на ръста на разходите за нея от страна на гражданите, чрез увеличаване на % на реимбурсация.

В това отношение особено внимание следва да се обърне на достъпа както на медицинска помощ, така и на лекарствена помощ, за сърдечно-съдови заболявания. Те са една от водещите причини както за смъртност в страната, така и за предотвратимата смъртност в България. Предотвратимата смъртност в България през 2014 г. е на нива от 289 на 100 000 души население в сравнение със средно ниво за ЕС от 126 на 100 000 души население, според публикувания Здравен профил на България за 2017 г.<sup>1</sup> Според доклада „най-важният фактор, допринасящ за високите равнища на предотвратимата смъртност е постоянно високата смъртност от сърдечно-съдови заболявания“, като основен принос за това имат мозъчно-съдови болести (четири пъти по-висока смъртност в сравнение с ЕС), хипертония (четири пъти по-висока смъртност в сравнение с ЕС) и исхемична болест на сърцето (един път и половина по-висока смъртност в сравнение с ЕС). Иронично е, че среднопретегленото реимбурсиране на лекарствените продукти за тези заболявания са на ниво от около 33%, докато останалата част се доплаща от пациентите. Допълнително влошаващо обстоятелство е, че реалното реимбурсиране е още по-ниско<sup>2</sup>, което увеличава финансовата тежест за пациентите. Това е и една от причините за сериозните диспропорции при финансирането на здравните разходи като цяло в България, които се разпределят горе-долу поравно между задължителното осигуряване и финансиране от бюджета, от една страна, и директните плащания (т.нар. out-of-pocket payments) от друга.

## Препоръки

Във връзка с направените разчети и изчисления, препоръките, които могат да се направят към институциите с цел оптимизация на разходите на НЗОК и тези на домакинствата са следните:

- Провеждане на широка информационна кампания от страна на Министерство на здравеопазването и подопечните му институции за ползата от употребата на генерични медикаменти сред населението, медицинските специалисти и фармацевтите.

---

<sup>1</sup> European Commission, 2017, State of Health in the EU: Bulgaria – Country Profile - [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_bulgaria\\_bulgarian.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_bulgaria_bulgarian.pdf)

<sup>2</sup> [https://ekipbg.com/wp-content/uploads/2017/12/Analysis\\_Sartans\\_FULL-1.pdf](https://ekipbg.com/wp-content/uploads/2017/12/Analysis_Sartans_FULL-1.pdf)

- Поетапно повишаване на процента на реимбурсация на лекарствените продукти, касаещи лечението на заболявания на системата на кръвообращението (сърдечно и мозъчно-съдови).
- Забрана за прехвърляне на средства от лекарствените продукти за домашно лечение към другите пера в ЗБНЗОК с цел солидарен и целогодишен достъп до медикаменти за всички пациенти в България.
- Осигуряване на подходящи конкурентни, административни и регулаторни условия за предотвратяване на липса на лекарства за масови заболявания и животоспасяващи медикаменти.
- Реформа в механизма за ценово рефериране с цел осигуряване на достъпа до масови терапии и животоспасяващи медикаменти.
- Въвеждане на електронната рецепта до края на 2019 г. с цел навременен анализ на лекарствения пазар и проследяване за спазване на чл. 92, т. 4 от Закона за здравето, а именно: Лекуващият лекар е длъжен да информира пациента относно диагностичните и терапевтичните алтернативи.