

“СДРУЖЕНИЕ НА ОБЩИНСКИТЕ БОЛНИЦИ В БЪЛГАРИЯ”

5800 Плевен, ул. Княз Александър Батенберг № 7 ет. 2, e-mail: sobb@mail.bg

ДО

**ГОСПОДИН КИРИЛ АНАНИЕВ
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

Уважаеми господин Ананиев,

Във връзка обсъждане проекта на Национална здравна карта на Република България, публикуван на интернет страницата на Министерство на здравеопазването, по-долу писмено ще изложи становището на Управителния съвет на Сдружение на общинските болници в България по въпроса.

СТАНОВИЩЕ

на УС на СОББ

**ОТНОСНО: Обсъждане на проект на Национална здравна карта
на Република България**

За основа на нашето становище да приемем, че Националната здравна карта е приета и се използва така както е обвързана с останалите действащи законови и подзаконови нормативни документи.

МБАЛ сключват с РЗОК договори за оказване на медицинска помощ, съгласно условията на [Типови договори за оказване на болнична медицинска помощ през 2018 година](#), публикувани на сайта на НЗОК.

Съгласно този типов договор се определя:

Чл. 1 (1) С този договор ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ се задължава да оказва на здравноосигурени лица (ЗОЛ), на здравнонеосигурени лица по §2, ал. 1 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) за 2018 г. (за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 Закона за здравето (ЗЗ)) и на лицата по §9, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 г.,

медицинска помощ по КП от приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 3 от 2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн. ДВ, бр. 29 от 30.03.2018 г.) (Наредба № 3 от 2018 г.) и посочени съответно в приложение № 17а „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за 2018 г., както следва:

I. Клинични пътеки по приложение № 17а “Клинични пътеки” на НРД за медицинските дейности за 2018 г:

1.
2.
3.

Клинична пътека	Клиника/отделение, в което ще се осъществява дейността	Ниво на компетентност	Брой легла, с които ще се осигури изпълнението на този договор
1.			
2.			
3.			

(изброяват се съответните КП от приложение № 17а “Клинични пътеки” на НРД за медицинските дейности за 2018 г., за които ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ сключва договор)

Забележка:

В случай, че ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ осъществява изпълнението на този договор в отделения без легла/сруктура без легла, колона трета на съответната таблица не се попълва.

(2) ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ се задължава да заплаща дейностите по ал. 1 съгласно глава деветнадесета, раздел VI, VIII и IX от НРД за медицинските дейности за 2018 г.

(3) ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ осъществява дейността по ал. 1 съгласно изискванията на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), ЗЗ, ЗЗО, ЗБНЗОК за 2018 г., подзаконовите нормативни актове по прилагането им, Кодекса на професионалната етика, НРД за медицинските дейности за 2018 г.

За да получи заплащането си МБАЛ е необходимо да изпълни следните изисквания:

Чл. 31.

(12) Основания за отхвърляне от заплащане по ал. 10 са:

8. отчетен брой случаи в нарушение на чл. 25, ал. 1, т. 7, с изключение на случаите на възникване на бедствия и при обявяване на извънредна епидемична обстановка.

Чл. 25.

(1) ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ заплаща на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ за случай по КП при наличие на следните условия:

7. спазени са условията на чл. 11, т. 6 – ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ не може да отчете за заплащане случаи по КП, надвишаващи 100 % използваемостта на леглата в лечебното заведение; изключения се допускат в случаите на възникване на бедствие и при обявяване на извънредна епидемична обстановка в съответствие с условията по Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи.

Чл. 11. При изпълнение на настоящия договор ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ се задължава:

6. да съобразява приема на пациенти по договора с НЗОК с капацитета на лечебното заведение, разписан като брой и вид болнични легла, посочени в настоящия договор, с които ще се осигури изпълнението му.

Видно е, че в окончателен вид се въвежда още едно ограничение, извън финансовото лимитиране, за заплащане на МБАЛ от РЗОК на лекувани пациенти до определен праг – дефиниран чрез цитирания по-горе **Чл. 1**. Така се създават две времеви ситуации с икономически несъпоставими условия за оказване на медицинска помощ от МБАЛ. Те не зависят от здравословното състояние на пациентите, а от произволно определяното чрез Националната здравна карта съдържание на вече цитирания **Чл. 1**. Ако МБАЛ приеме, диагностицира и лекува пациентите – няма да получи заплащане. Ако МБАЛ не ги приеме се рискува тяхното здраве, а в някои случаи и техния живот. И при това се касае за конституционни права на български граждани, заплатени с техните пари.

СОББ счита, че така създадените нови условия за оказване на болнична медицинска помощ чрез Национална здравна карта на Република България не съответстват на значителен брой императивни изисквания, разписани в нормативни документи.

УС на СОББ винаги е изтъквал, че при всяка една дейност в държавата трябва да се съблюдава върховенството на закона. В тази връзка ние сме съгласни и смятаме, че трябва да бъде изработена Национална здравна карта.

Съгласно **ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ**

Чл. 29. (1) (Изм. - ДВ, бр. 62 от 2002 г., изм. - ДВ, бр. 76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г., изм. - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г., доп. - ДВ, бр. 54 от 2012 г., изм. - ДВ, бр. 72 от 2015 г.) **Потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ се определят и планират на териториален принцип чрез Национална здравна карта, посредством която се осъществява националната здравна политика.**

С други думи Национална здравна карта е инструмент за провеждане на националната здравна политика на **териториален принцип**. Неговото задължително използване е дефинирано в

КОНСТИТУЦИЯ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Чл. 142. Областта е административно-териториална единица за провеждане на регионална политика, за осъществяване на държавно управление по места и за осигуряване на съответствие между националните и местните интереси

Чл. 135 (1) Територията на Република България се дели на общини и области, като към момента в България има 265 общини групирани в 28 области.

Единствено по този начин могат да се реализират и изискванията на

Чл. 26. (1) Гражданите на Република България, където и да се намират, имат всички права и задължения по тази Конституция.

Чл. 52. (1) Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.

Чл. 57. (1) Основните права на гражданите са неотменими.

(2) Не се допуска злоупотреба с права, както и тяхното упражняване, ако то накърнява права или законни интереси на други.

Затова съгласно ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Чл. 29. (2) (Изм. - ДВ, бр. 72 от 2015 г.) Националната здравна карта се изработва въз основа на областни здравни карти.

Само по този начин осигуреността с медицинска помощ и нейната достъпност за гражданите става измерима.

Понятието медицинска помощ е дефинирано в ЗАКОН ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

Допълнителни разпоредби

§ 1. (Изм. - ДВ, бр. 107 от 2002 г.) По смисъла на този закон:

9. "**Медицинска помощ**" представлява система от **диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности**, осигурявани от медицински специалисти.

10. "**Обем на медицинска помощ**" е **количеството медицински дейности, услуги и стоки**, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в Националния рамков договор и в договорите за доброволно здравно осигуряване.

11. (изм. - ДВ, бр. 60 от 2012 г., в сила от 07.08.2012 г.) **"Обхват на медицинска помощ"** са извършваните от изпълнителите конкретни видове **профилактични, диагностични, лечебни, рехабилитационни дейности и услуги** и видовете предоставяни здравни стоки, които се покриват напълно или частично от НЗОК или застрахователите по чл. 83, ал. 1.

Медицинската помощ се създава от **лечебните заведения**. В **ЗАКОН ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ** е дефинирано понятие за **лечебни заведения** **Чл. 2. (1)** (Изм. - ДВ, бр. 76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г.) Лечебни заведения по смисъла на този закон са **организационно обособени структури на функционален принцип**, в които лекари или лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други медицински и немедицински специалисти осъществяват всички или някои от следните дейности:

1. диагностика, лечение и рехабилитация на болни;
2. наблюдение на бременни жени и оказване на родилна помощ;
3. наблюдение на хронично болни и застрашени от заболяване лица;
4. профилактика на болести и ранно откриване на заболявания;
5. мерки за укрепване и опазване на здравето;
6. (нова - ДВ, бр. 83 от 2003 г., в сила от 01.01.2004 г.) трансплантация на органи, тъкани и клетки.

Допълнителни разпоредби

§ 1. (Изм. - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.) По смисъла на този закон:

9. **"Капацитет"** е **максималният обем медицински дейности**, които се осъществяват от съответните клиники и отделения при спазване на изискванията за осигуреност с медицински специалисти на основен трудов договор, наличие на определената в медицинските стандарти технически изправна медицинска апаратура и техника и в съответствие с утвърдените от министъра на здравеопазването медицински стандарти.

Всяко лечебно заведение, оказващо извънболнична и болнична медицинска помощ, има определен капацитет като вид и обем от медицински дейности, които може да извършва. Те са трайно разпределени на териториален принцип. Съвкупността от капацитетите на лечебните заведения по видове медицински дейности формира **Здравна карта на капацитета на системата на здравеопазване**.

В законите не се открива дефиниция за потребности на населението. Но, изхождайки от предположението, че оказваната от лечебните заведения медицинска помощ се използва за задоволяване на медицинските му потребности, по смисъла на цитираните закони можем да приемем, че **Потребностите** на населението от **достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ** имат две измерения:

Индивидуални – дефинирани по вид и количество диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, касаещи кой да е гражданин на Република България в даден момент.

Групови – интегрална съвкупност индивидуални потребности от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ за дадена обособена по даден признак група от населението/териториална, възрастова – училищно здравеопазване, бързо развиващи се патологични процеси – спешна помощ и т.н./ в даден момент. По този начин се отчитат специфичните индивидуални потребности.

Така дефинирани **потребностите от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ** за дадена група от население позволява да бъдат обвързани с териториален признак – там където се намира дадения индивид при определяне и планиране. Съвкупността от привързани към дадена територия групови потребности от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ по видове медицински дейности формира **Здравна карта на потребностите от медицинска помощ**. Тя има изцяло количествен вид, позволяващ да се изчислят потребностите от ресурси на системата на здравеопазване, нужни за оказване на извънболнична и болнична медицинска помощ при съществуващата нормативна база.

Чрез планирането се решават две задачи. Първата е свързана с осигуряване на съвпадение между потребности от медицинска помощ и капацитет на здравната система. Съпоставяйки **Здравна карта на потребностите от медицинска помощ и Здравна карта на капацитета на системата на здравеопазване** се установява съответствието между двете карти. Там където капацитета на системата на здравеопазване не е достатъчен за покриване потребностите на населението, държавните органи планират целеви политики за повишаването му, съответстващи на цитираните по-горе нормативни документи.

Втората задача е свързана с процесите на внедряване на нови технологии в лечебните заведения.

За съжаление, към настоящия момент не се решава нито една от двете задачи. Като резултат се достигнаха значителни териториални дисбаланси в оказваната медицинска помощ. Съчетанието на еднакви безпринципно определени цени на медицинските дейности за много години от НЗОК и механизма на лимитиране на изплащаните средства при произволни критерии са в основата на възникване на тежки дисбаланси и между лечебни заведения и специалности. Това е част от обяснението на голямата задлъжнялост на болничната помощ. За пример да погледнем област Бургас.

Аджибадем Сити Клиник СБАЛК Бургас	6 736 626	9.68%	2 396 660	7.89%
МБАЛ БУРГАС МЕД ЕООД	3 918 130	5.63%	4 208 215	13.86%
УМБАЛ - Бургас АД	22 617 808	32.49%	7 700 907	25.37%
МБАЛ - Поморие ЕООД	942 918	1.35%	300 354	0.99%

Само за 3 години дейността на МБАЛ БУРГАС МЕД ЕООД нараства с близо 1,5 пъти, а МБАЛ - Поморие ЕООД намалява с 1/3. Населението, което ползва тази помощ е едно и също.

Потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ се задоволяват чрез **стопанската дейност** на регистрираните или лицензирани в Република България лечебни заведения.

Стопанската дейност на предприятията е в основата на съществуване на икономиката и обществото като цяло, и затова тя е регламентирана с два члена в **КОНСТИТУЦИЯ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

Чл. 19. (1) Икономиката на Република България се основава на свободната стопанска инициатива.

(2) Законът създава и гарантира на всички граждани и юридически лица еднакви правни условия за стопанска дейност, като предотвратява злоупотребата с монополизма, нелоялната конкуренция и защитава потребителя.

Чл. 20. Държавата създава условия за балансирано развитие на отделните райони на страната и подпомага териториалните органи и дейности чрез финансовата, кредитната и инвестиционната политика.

В това отношение изрично може да се посочат изискванията, които допълнително задължават органите на изпълнителната и съдебната власт да следят и са формулирани в

ЗАКОН ЗА ЗАЩИТА ОТ ДИСКРИМИНАЦИЯ

Чл. 37. (1) (Предишен текст на чл. 37 - ДВ, бр. 58 от 2012 г., в сила от 01.08.2012 г.) Не се допуска отказ от предоставяне на стоки или услуги, както и предоставянето на стоки или услуги от по-ниско качество или при по-неблагоприятни условия, на основата на признаците по чл. 4, ал. 1.

И тъй като държавата не може да изпълни тези изисквания, тя създава условия за тяхното изпълнение чрез своя основен управленски инструмент - нормативните актове.

И за да се осигури изпълнението на изискванията на посочения **Чл. 37. (1)** от субектите, извършващи стопанска дейност, е създадена и разпоредбата на следващата алинея

Чл. 37. (2) (Нова - ДВ, бр. 58 от 2012 г., в сила от 01.08.2012 г.) Не се допуска дискриминация на основата на признаците по чл. 4, ал. 1 в публичния или реалния сектор, пряко или непряко, свързана с извършването на стопанска дейност, включително по отношение на създаването, оборудването или разширяването на стопанска дейност или на започването или разширяването на всякаква друга форма на такава дейност.

За да могат гражданите да следят за своите права в **ЗАКОНА ЗА ЗАЩИТА НА ПОТРЕБИТЕЛИТЕ** е предвидено

Чл. 4. (Изм. - ДВ, бр. 61 от 2014 г., в сила от 25.07.2014 г.) (1) Преди потребителят да бъде обвързан от договор или от предложение за сключване на договор, различно от договор от разстояние или от договор извън търговския обект, търговецът е длъжен да предостави на потребителя по ясен и разбираем начин следната информация, освен ако тя е ясна от контекста или от естеството и характера на стоката или услугата:

1. основните характеристики на стоките или услугите съобразно използваното средство за комуникация и естеството на стоките или услугите, включително информация за състава, опаковката, както и инструкция за използване, комплектовка и поддръжка;

.....

В системата на здравеопазване нормативно не са дефинирани какви продукти и с какви характеристики се произвеждат. Дори съществува абсурдно от гледна точка на икономиката изискване в [Типови договори за оказване на болнична медицинска помощ през 2018 година](#)

Чл. 23. ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ заплаща за периода на хоспитализация само по една КП на един пациент за комплексно лечение на основно заболяване, придружаващи заболявания и усложнения.

На това изискване се крепи цялата болнична помощ от създаване на НЗОК

Областните здравни карти се изработват съгласно Методика за изготвяне на областна здравна карта но за целта е необходимо следното, съгласно т.ІІ

ІІ. Областната здравна карта на съответната област се изготвя след извършване от областната комисия, определена по реда на чл. 29, ал. 3 от Закона за лечебните заведения, на оценка на потребностите от спешна, първична и специализирана извънболнична и болнична помощ в съответствието на лечебните заведения с изискванията по чл. 19, ал. 2 и 3 на Закона за лечебните заведения.

Съгласно т. II на Методика за изготвяне на областна здравна карта, първата стъпка е извършване на оценка на потребностите от спешна, първична и специализирана извънболнична и болнична помощ в съответствието на лечебните заведения с изискванията по чл. 19, ал. 2 и 3 на Закона за лечебните заведения.

Посочените изисквания са както следва:

ЗАКОН ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Чл. 19. (2) (Нова - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.) Лечебното заведение за болнична помощ по ал. 1 извършва дейността си:

1. в съответствие с утвърдените по реда на чл. 6, ал. 1 медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика;

Към този момент са отменени и липсват повече от 10 медицински стандарта. Това води да състояние, при което всяка областна комисия оценява без нормативно дефинирани критерии потребностите в съответните видове медицинска помощ и специалности. Като резултат е невъзможно да се изпълнят поредица от цитираните по-горе конституционни и законови изисквания за равни права и липса на дискриминация.

Тази ситуация е особено тревожна на фона на съществуващата действителност. Като недопустими могат да се посочат много резултати от дейността на системата на здравеопазване към момента. Но поне три от тях на ниво области са неприемливи

1. Разходи за болнична помощ на жител

Средно за страната	240.50 лв.
Пловдив	395.32 лв.
София	390.93 лв.
Варна	237.36 лв.
Стара Загора	185.01 лв.
Габрово	168.71 лв.
Шумен	160.78 лв.

От изнесените по-горе данни буди недоразумение, как големи области, като Ст. Загора, Габрово, Шумен, дори Варна не могат да достигнат дори средния разход за болнична помощ на жител на населението на страната. В същото време две от цитираните области са университетски - Стара Загора и Варна. От друга страна Пловдив дори надминава София. Единственото обяснение за това е, че явно има финансови механизми, които по произволен начин регулират и разпределят ползването на този ресурс.

2. През 2014 г., за която имаме данни, в област Пловдив са лекувани в болнични условия 28 пъти повече болни от диабет на 100 000 жители, отколкото в област Кюстендил. При заболявания, които имат сравнително еднакво разпространение в обществото, е възможно да има междуобластни различия, но мащаба на тези е такъв, че няма обяснение, свързано със здравните потребности на обществото.

3. За период по-голям от 4 г. в повече от 10 области на страната не е отчетен нито един пациент, лекуван от ревматологични заболявания. Това пък е категоричен показател за невъзможността на системата на здравеопазване да задоволи съществуващи медицински потребности.

Съгласно посочената Методика за изготвяне на областна здравна карта

Оценката се отразява в анализ на състоянието на системата на здравеопазване в областта, съдържащ синтезирана аналитична информация, представена в следната структура:

2. Състояние и тенденции в развитие на системата за здравеопазване в областта:

тези три посочени абсурда на съществуващия към момента модел на здравната система, ще участват по непредвидим начин при създаване на новата здравна карта. По този начин ще участват и всички последици, възникнали от действието на вече отменените повече от 20 различни нормативни акта. Ще участват и последиците от използването на инструменти като лимити, нива на компетентност и др., довели здравната система до невъзможност да изпълнява възложените ѝ задължения. При тези обстоятелства е лесно да се предвиди, че всичките недостатъци на съществуващото положение в най-добрия случай ще се запазят. А като цяло един от резултатите на дейността на здравната система е, че България в последните няколко години стана лидер по смъртност в Европейския съюз и се бори за първото място в света.

За илюстрация от предложената за обсъждане Национална здравна карта може да се погледнат планираните легла за специалност Ендокринология и болести на обмяната

	Настоящо състояние				Конкретни потребности					
	1-во	2-во	3-во	Общо легла	1-во	2-во	р	Общо легла	Население	ж/л
Пловдив	50	47	132	229	102	10	28	140	669796	4784
Кюстендил	2	2	0	4	3	1	0	4	121099	30275

Добре е видно, че за специалност, в която в значима степен би следвало да се очакват незначителни различия в болничните легла на 100 000 жители между областите имаме разлика приблизително 7 пъти – не може да се обясни с демографски и здравни причини.

Това е много добра илюстрация и за още няколко сериозни проблема.

Първият от тях е обвързването на леглата с нивото на компетентност

Съгласно **ЗАКОН ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ** такава връзка няма.

Чл. 32. (Изм. - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.)

(2) (Изм. - ДВ, бр. 72 от 2015 г.) Националната здравна карта съдържа:

3. конкретните потребности от легла за болнично лечение и **медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури за всички области;**

Допълнителни разпоредби

§ 1. (Изм. - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.) По смисъла на този закон:

8. (изм. и доп. - ДВ, бр. 72 от 2015 г.) **"Ниво на компетентност"** са видът и обхватът на осъществяваната **лечебна дейност** от съответната структура на лечебното заведение за болнична помощ, центъра за психично здраве, центъра за кожно-венерически заболявания и комплексния онкологичен център и техният капацитет.

Дефинирано е, че от медицинските дейности, само лечебната дейност има ниво. Тъй като в Национална здравна карта нямаме посочени поименно лечебни дейности /те не са посочени и в стандартите/, не е ясно как се определят тези бройки легла и всичко свързано с тях. Още повече, че в част от специалностите, извън медицинските стандарти съществуват изисквания за наличие на допълнителни документи за квалификация. А от технологична гледна точка, когато се приема един пациент от медицинските дейности първо се извършат диагностичните. След това се определят нужните лечебни въздействия. На легло от какво ниво ще лежи пациентът докато се диагностицира???

Предлаганото намаление на 70 легла, включително промяна на нива на компетентност не е посочено по какъв начин се разпределя между болничните лечебните заведения. Ако тази промяна, синхронизирана с промени в другите специалности се разпредели в по-малък брой лечебни заведения, те ще фалират.

С цел, недопускане на съществуването на подобно състояние и подобряването му за бъдещ период, законодателят е предвидил при създаване на нови нормативни актове, последователност от действия обединени в оценка на въздействието.

ЗАКОН ЗА НОРМАТИВНИТЕ АКТОВЕ

Чл. 19. (Отм. - ДВ, бр. 46 от 2007 г., нов - ДВ, бр. 34 от 2016 г., в сила от 04.11.2016 г.) (1)

Съставителят на проект на нормативен акт извършва оценка на въздействието на нормативния акт, когато това е предвидено в този закон.

(2) Оценката на въздействието е предварителна и последваща. Оценката на въздействието изследва съотношението между формулираните цели и очакваните (постигнати) резултати.

(3) Народното събрание определя методология за извършване на оценка на въздействието на проектите на закони и кодекси, внесени от народните представители.

(4) Министерският съвет определя с нормативен акт условията и реда за планиране и извършване на оценка на въздействието на проектите на закони, кодекси и подзаконов нормативни актове на Министерския съвет. Обхватът и методологията за извършване на оценката на въздействието се определят с наредба на Министерския съвет.

Чл. 20. (Отм. - ДВ, бр. 46 от 2007 г., нов - ДВ, бр. 34 от 2016 г., в сила от 04.11.2016 г.) (1)

Предварителната оценка на въздействието е частична и цялостна.

(2) Извършването на частична предварителна оценка на въздействието предхожда изработването на всеки проект на закон, кодекс и подзаконов нормативен акт на Министерския съвет.

(3) Цялостна предварителна оценка на въздействието се извършва при:

1. изработване на нови закони и кодекси;
2. изработване на проекти на нормативни актове, за които оценката по ал. 2 е показала, че може да се очакват значителни последици.

(4) Извън случаите по ал. 3 цялостна предварителна оценка на въздействието може да се извърши по преценка на съставителя на проекта.

Към този момент, съществуващите нормативни актове в сферата на здравеопазването и техните промени са създавани при липса на оценка или при формално наличие на такава, без задължително изискваната оценка на икономически, социални и др. въздействия.

Съгласно цитирания по-горе Закон за лечебните заведения, Здравната карта е управленски инструмент за цяла сфера от дейността на държавата. Когато значението ѝ е толкова голямо и състоянието на здравната система е толкова драматично, логично е да се направи цялостна оценка в процеса на изработването ѝ. А към този момент не е направена никаква оценка на методиката по която тя се изготвя, и като цяло се затвърждава убеждението, че провежданата политика в сферата на здравеопазването е целенасочена и че се знае, че провеждането ѝ не съответства на нормативните изисквания. Дори частичната оценка изисква следното:

НАРЕДБА ЗА ОБХВАТА И МЕТОДОЛОГИЯТА ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ОЦЕНКА НА ВЪЗДЕЙСТВИЕТО

Чл. 16. Частичната предварителна оценка на въздействието се извършва съгласно формуляра към приложение № 1 и има следното минимално съдържание:

2. целите на предложеното действие по конкретен и измерим начин и когато е приложимо - времеви график за постигането им;

3. идентифицираните заинтересовани страни, включително вида и категорията на засегнатите малки и средни предприятия;

4. идентифицираните възможни варианти за действие, включвайки задължително вариант "Без действие";

5. описание на всички потенциални значителни икономически, социални и екологични негативни въздействия (разходи) в резултат от предприемане на действието, включително върху всяка група от заинтересованите страни;

6. описание на всички значителни потенциални икономически, социални и екологични положителни въздействия (ползи) в резултат от предприемане на действието, включително върху всяка група от заинтересованите страни;

7. потенциални рискове от предприемане на действието;

При съзнателно недифиниране на продуктите, които се произвеждат от системата на здравеопазване, предварително е ясно, че извършването на оценка на въздействието е невъзможно.

Следователно, при липсата на оценка на въздействието, може да се очакват и много негативни резултати. Особен интерес представлява въвеждането на следното изискване:

V. Ред за изчисляване на общия брой легла за болнично лечение, в т.ч. по видове, които осигуряват достъп на населението до болнична помощ в съответната област.

1. При определяне на болнични легла за активно лечение за задоволяване на потребностите на населението в областта от болнична медицинска помощ се прилага следния подход:

1.1. Изчислява се брой легла за активно, в т.ч. интензивно лечение **K1**, на база осигуреност с легла за активно и интензивно лечение – 4,0 на 1000 души население.

А защо „магическият коефициент” **K1** да не бъде равен на 3,8 или 4,2. Методиката за оценка предполага избор от варианти и изследване на възможните резултати. Това се отнася и за всички останали коефициенти. Няма как използването на данни от Евростат да придаде обективност на всичко това, при положение, че дори непредубедените анализи посочват задълбочаващият се разпад на здравната система. Още по-голямо недоумение буди разпределението на терапевтичните легла по специалности. Ако спазваме тази логика би следвало педиатричните легла да ги разпределим по дължина.

С тези изисквания се елиминира действието на забраната, че не може да се ограничава стопанската дейност на Закон за защита от дискриминация **Чл. 37** (2)., цитиран по-горе.

В тази посока се е произнесла Комисия за защита на конкуренцията с Р Е Ш Е Н И Е № 1193 от 18.09.2013 г. на шестчленен състав в **т.IV Заключение** недвусмислено е записано:

5. Определянето на максимален брой легла и максималния брой лечебни заведения в областните и Националната здравна карта, представлява количествено ограничение на предлагането на медицински услуги за болнична помощ и географско разпределение на съответния пазар, които по своята същност ограничават и възпрепятстват ефективната конкуренция между лечебните заведения, които са лишени от стимул за подобряване качеството на предоставяните от тях болнични услуги.

КЗК е на мнение, че определянето на максимален брой легла за болнично лечение и максимален брой лечебни заведения чрез областните и Националната здравна карта са ограничения на конкуренцията, които не са оправдани от наличието на значим обществен интерес, и предлага на компетентните органи съответните разпоредби на Закона за лечебните заведения да бъдат отменени/изменени.

6. Във връзка със съдържащите се в областните и Националната здравна карта списъци на лечебните заведения, които НЗОК ежегодно задължително сключва договор, КЗК е на мнение, че държавата може да изпълни задължението си да осигури достъпна за гражданите финансирана от НЗОК болнична помощ чрез стимулиране на ефективната конкуренция между отделните лечебни заведения независимо от формата им на собственост. При наличието на ясни, публични и недискриминационни критерии за сключване на договори с НЗОК, както и при реално остойностяване на болничните услуги, заплащани от касата, преобладаващата част от лечебните заведения ще имат икономически стимул да се конкурират за сключване на договори с НЗОК и за привличане на повече пациенти чрез повишаване на качеството на предоставяните медицински услуги. Критериите и правилата за сключване на договор с НЗОК от изпълнителите на медицински услуги, както и редът за упражняване на контрол относно тяхното прилагане, е необходимо да бъдат регламентирани в нормативен административен акт на МЗ, който е компетентният орган в страната, отговарящ за осъществяване на държавната политика в областта на здравеопазването. Въз основа на гореизложеното, на основание чл. 8, т. 6 от ЗЗК, Комисията за защита на конкуренцията предлага на компетентните органи – Народно събрание на Република България, Министерски съвет на Република България, Министерство на здравеопазването, да

отменят и/или изменят съответните разпоредби на Закона за лечебните заведения и свързаните с него актове в съответствие със съображенията на Комисията, подробно изложени в настоящото решение.

Оказва се, че няма значение и изискването на Лисабонския договор

Член 106 (предишен член 86 от ДЕО)

1. В случаите на публични предприятия и на предприятия, на които държавите-членки са предоставили специални или изключителни права, държавите-членки нямат право нито да приемат, нито да запазят съществуването на какъвто и да е акт, който противоречи на разпоредбите, съдържащи се в Договорите, и в частност на разпоредбите, предвидени в член 18 и членове 101 – 109. С 115/90 BG Официален вестник на Европейския съюз 9.5.2008 г.

По отношение съдържанието на изготвената вече Национална здравна карта възникват и допълнителни въпроси

1. Съгласно чл.32 от ЗЛЗ Националната здравна карта се изготвя на база изготвените Областни здравни карти и ги съдържа. Оказва се обаче, че в проекта качен за обсъждане това изобщо не е така. Извършена е голяма редукция на легла с обосновката, че използваемостта им е ниска. Но ако трябва да се направи реален анализ на този показател, трябва да се отбележи, че той зависи изцяло от отпуснатите лимити, а техните стойности нерядко лечебните заведения научават в края на месеца, за който се отнасят. Този показател зависи и от категоричния отказ да се изплаща реализирана надлимитна дейност, от тук генериране на големи задължения към фирми доставчици и съответно до нарушаване на нормалния ритъм на работа на самите лечебни заведения, неизплащане на адекватни и пълни заплати на персонала, водещо до демотивиране на последния.

2. Съгласно чл.32, ал.2 т.6 от същия закон Националната здравна карта трябва да съдържа „видовете медицински дейности, които се планират на регионално ниво, съгласно обособените райони по чл. 4, ал. 3 от Закона за регионалното развитие“. Такова нещо, обаче в проекта не се открива, което прави самата карта непълна и което е нарушение на нормативен акт. Приложение 33 съдържа списък от специалности и чрез него е невъзможно да се дефинират нужните капацитети и разпределение на лечебните заведения.

3. Съвсем необосновано в проекта са премахнати непрофилираните легла в следните специалности – Вътрешни болести и Акушерство и гинекология. Непрофилираните легла в посочените отделения са били и в момента са най-ефективно използваните легла в

общинските лечебни заведения, в които самите отделения са общо профилирани, съгласно разрешителните за дейност на тези лечебни заведения. Логичен би бил въпросът: „Кому е нужно това „кръщаване“ на леглата на такива по подспециалности, при условие, че те ще са разположени в същото това общопрофилно отделение?“ Както е известно сектори вече не съществуват. В общопрофилните Акушерогинекологични отделения се стига до там, че не са предвидени легла за патологична бременност. Следва логичен въпрос: „Къде ще се лекуват жените с патологична бременност?“

В едно утвърдено от МЗ чрез разрешителното за дейност общопрофилно отделение лекуващо пациенти с разнообразна патология от дадена специалност, предимно на I-во и II-ро ниво на компетентност, профилирането на леглата по подспециалности ще направи дейността на отделението абсолютно нерентабилна. Това само по себе си ще ограничи неимоверно много задоволяването на здравните потребности на населението и ще създаде предпоставки за пропуски и нарушаване конституционното права на пациента за достъпна и своевременна медицинска помощ. Това профилиране на леглата само по себе си обезсмисля съществуването на общопрофилните отделения, а именно Вътрешно отделение, Акушерогинекологично отделение, Хирургично отделение, Детско отделение, които са основни за общинските болници. От тук и прави невъзможно съществуването на тези болници, които са единствените лечебни заведения осигуряващи непрекъсната, своевременна и достъпна медицинска помощ за огромни региони и за над 2 000 000 население.

4. Ако картата се утвърди на практика на управителите на лечебното заведение заведения се забранява да трансформират наличната леглова база според конкретната в дадения момент патология и нужди. Това всичко става на фона на съществуващата нормативна база, според която от една страна здравно осигурените лица в Р.България имат право на свободен избор на лечебно заведение, в което да се лекуват, от друга страна лечебните заведения за болнична помощ са длъжни безотказно да приемат пациенти нуждаещи се от медицинска помощ особено ако се намират в спешно или животозастрашаващо състояние. В тази връзка е абсурдно и подсъдно на пациент да бъде отказана медицинска помощ с мотив, че леглата по профила на заболяването на този пациент са заети а в същото време болницата разполага с огромен брой незаети легла от други профили и специалности. Това противоречи на всички правни и морални норми и никога преди не се е допускало да се случи.

Ако картата се утвърди и леглата в лечебните заведения се обвържат с конкретния профил или специалност, крайно тежкото финансово състояние на общинските болници и голяма част от областните болници ще се влоши още повече. Възникват и други логични

въпроси: Как ще се отреагира при сезонни и други колебания в регионалната патология, които не могат да бъдат предвидени, особено на ниво общинско здравеопазване? Ще се връщат ли спешните пациенти, ако леглата по профила на заболяването им се запълнени но в същото време има други свободни легла? Къде ще отидат върнатите пациенти и кой ще отговаря при евентуални усложнения или фатален изход от неоказана медицинска помощ?

Считам, че съобразявайки се с всички изложени до тук обстоятелства, не е възможно приемането на предлаганата здравна карта поради:

- Несъответствие на изискванията на нормативни документи извън сферата на здравеопазване, част от тях са цитирани по-горе
- Неспазено изискване на **ЗАКОН ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ** за наличие на Медицински стандарти
- Съществуването на дискриминиращи практики, които тази методика за изработване на областната здравна карта не премахва
- Съзнателното неизпълнение на изискванията за оценка на въздействието
- Липсата на обвързаност с другите управленски инструменти в системата на здравеопазване
- Създаването на неприемливи ограничения за извършването на стопанска дейност и др.

Натрупването на толкова много неблагоприятни обстоятелства при създаването на Национална здравна карта предполагат негативното ѝ въздействие, ако бъде приета. Не се изпълнява основната цел с която тя се създава: да определи потребностите от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ. Изброяването на структурни елементи на системата на здравеопазване без обвързване с тяхното функциониране и резултатите от дейността им по никакъв начин не може да се свърже с изискването за задоволяване на здравните потребности на населението и да се използва за провеждането на националната здравна политика

В заключение искрено се надявам и вярвам, че във връзка с цитираните по-горе противоречия с нормативни документи, значителните последици за здравеопазването на страната и на основание **ЗАКОН ЗА НОРМАТИВНИТЕ АКТОВЕ**

Чл. 20. (Отм. - ДВ, бр. 46 от 2007 г., нов - ДВ, бр. 34 от 2016 г., в сила от 04.11.2016 г.)

(1) Предварителната оценка на въздействието е частична и цялостна.

(3) Цялостна предварителна оценка на въздействието се извършва при:

2. изработване на проекти на нормативни актове, за които оценката по ал. 2 е показала, че **може да се очакват значителни последици.**

ще подкрепите искането на СДРУЖЕНИЕ НА ОБЩИНСКИТЕ БОЛНИЦИ В БЪЛГАРИЯ за
извършване на цялостна предварителна оценка на въздействието на предложената
Национална здравна карта

22.05.2018 г.

С уважение:

Д-р Неделчо Тотев -

Председател на УС на СОББ