



БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

взх. №

21/15 29/18 г.

УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

ДО

Г-Н БОЙКО БОРИСОВ

МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

ДО

Д-Р ДАНИЕЛА ДАРИТКОВА

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДО

Г-Н КИРИЛ АНАНИЕВ

МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДО

ЧЛЕНОВЕТЕ НА МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ

ДО

Г-ЖА МАЯ МАНОЛОВА

ОМБУДСМАН НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Относно: Проект за Решение на Министерския съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България, публикуван за обществена консултация на 24.04.2018 г.

УВАЖАЕМИ Г-Н БОРИСОВ,

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Във връзка с проекта за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България, публикуван на сайта на Министерството на здравеопазването за обществено обсъждане на 24.04.2018 г., Българският лекарски съюз изразява следното становище, съобразено със становищата на Районните лекарски колегии (РЛК):

От данните в проекта за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България (НЗК), становищата на РЛК, Областните администрации от страната, проведените множество разговори и дискусии стана ясно, че същият в голямата си част **не отразява становищата** на комисиите за изготвяне на областните здравни карти. Обръщаме внимание, че съгласно чл. 29, ал. 3 на Закона за лечебните заведения /ЗЛЗ/, в техния състав влизат: областният управител, представители на Регионалните здравни инспекции, на Районната здравноосигурителна каса, районните колегии на БЛС и на Български зъболекарски съюз, на Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи, на пациентски организации и представители на всяка една община. Както е видно, законодателят справедливо е определил по компетентност именно членове, които познават в детайли структурата и функциите на здравеопазването на местно ниво.

Необходимостта да бъдат отчетени в пълен обем регионалните параметри на потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ е предпоставена от разпоредбата на чл. 29, ал. 2 от ЗЛЗ, според която Националната здравна карта се изработва въз основа на областни здравни карти. Разбира се, пороците при разработването и приемането на посочения документ биха се явили предпоставка за неговата съдебна отмяна. Макар санкционният съдебен контрол по отношение действията на публичните органи да е обичайно явление в последно време, не е допустимо за пореден път да бъде демонстрирано пред обществото, че изпълнителната власт не е в състояние да формира издържана, стройна и аналитична политика в сферата на българското здравеопазване. Неслучайно Националната здравна карта обуславя осъществяването на националната здравна политика.

Крайно време е да си дадем сметка, че секторните политики не могат да останат занаяпрод просто думи и числа, обективирани на лист хартия, нито институционализирани и въведени в обръщение лобистки въздействия. Здравеопазването предполага прецизната оценка на правата и интересите на всички граждани. Нито един логичен субект не би могъл да приеме, че този пунктуален анализ е извършен, след като Националната комисия, която според разпоредбите на чл. 34, ал. 1 от ЗЛЗ е оправомощена да изработи Националната здравна карта, е провела само едно заседание, на което не е имало обсъждане на предложените параметри. **Проектът е изготвен изцяло от Министерство на здравеопазването, без да е разглеждан и съгласуван с всички членове на комисията и не е утвърден или приет от Националната комисия по същество.**

Липсата на обсъждане, респективно – на постигнат консенсус, са довели до изброените по-долу несъответствия, които пряко ще увредят правата на пациентите и изпълнителите на медицинска помощ, при условие, че Националната здравна карта бъде приета в публикувания вариант. В следващите редове сочим и конкретните несъответствия, които обезателно следва да бъдат взети предвид.

За определяне на необходимия брой легла в болничната помощ Министерство на здравеопазването с Наредба публикува в ДВ Методика за изготвяне на областна здравна карта. При изготвяне на областните здравни карти, областните комисии стриктно са спазили начина на изчисление по Методиката относно необходимия брой легла по видове дейности и нива на компетентност. Видно от проекта за НЗК е обаче, че при изготвяне на Националната здравна карта, Министерство на здравеопазването е използвало данни и различна методика от публикуваната в ДВ. Някои от разликите се състоят в следното:

I. Определяне на брой легла:

Областни комисии: Съгласно методиката броят на леглата е 4 на 1000 жители, като е допустимо повишение с 10%, но не повече от 5,9 на 1000 жители.

Министерство на здравеопазването: За база са взети броят използвани легла по различните специалности и нива на компетентност, преизчислени на 100% използваемост, т.е. заети 365 дни в годината. Този брой е определен на база отчетен брой леглодни по клинични пътеки към Здравна каса, умножени по коефициент /незнайно какъв/, за да се прибавят и лекуваните платени пациенти или неосигурени и неотчетени към НЗОК. Така полученият брой легла се преизчислява при използваемост около 75% и се получава броят легла по дадена специалност, определени като „конкретни потребности“.

II. Разпределение по нива на компетентност:

Областни комисии: Разпределението по нива на компетентност на видовете легла е съгласно изискванията на Глава VI от Наредбата. Спазени са процентните изисквания за съотношение първо:второ:трето ниво на компетентност съответно за:

Терапевтични – 40:20:20

Хирургични – 10:60:30

Педиатрични – 50:40:20 и т.н.

Глава V, т.4 дава възможност на области, в които разкритите легла от III ниво на компетентност са по-висок процент, областната комисия да предложи по-голям брой легла от изчислените, като тези легла ще се използват за лечение на пациенти от други области на регионално ниво.

Министерство на здравеопазването: Разпределението по брой и нива на компетентност е на база отчетени в НЗОК дейности, т.е., ако дадено лечебно заведение има 30 легла трето ниво на компетентност и на тях са извършени дейности от I, II и III ниво в съотношение 70:20:10, в проекта се залага, че има необходимост от 21 легла първо ниво, 6 легла второ ниво и 3 легла трето ниво на компетентност. Така изчислен, броят легла по нива и видове не отговаря на процентното разпределение, заложено в Наредбата.

Мотиви за неприемането на проекта за НЗК са още:

1. Изготвените здравни карти от Областните комисии изцяло отговарят на заложените изисквания на методиката, изработена от Министерство на здравеопазването и подадените статистически данни по области. В ОЗК не са използвани данни за извършени медицински дейности за 2017 г. по нива на компетентност и при работата си при определяне на броя легла комисииите са се съобразявали само с изискванията на Наредбата.

2. Предложената от Министерство на здравеопазването Национална здравна карта представлява обработени статистически данни за отчетената през 2017 г. дейност, събрани от всички лечебни заведения за дадена област по всички специалности. Изчислените на този принцип легла са предложени от МЗ като конкретни потребности от легла, включени в НЗК, и за които впоследствие НЗОК ще сключва договор за финансиране по линия на здравно осигуряване. Така заложените в НЗК брой легла по нива на компетентност драстично се различават от предложените от областните комисии.

3. Според нас е некоректно да се използват данни за съществуващи лечебни заведения с разкрити брой легла по видове и нива на компетентност към 31.12. 2016 г. при определяне на потребностите след 01.04.2018 г. В този период, голяма част от лечебните заведения са променили своята дейност – и като разрешение за дейност, и като ниво на компетентност.

4. Разпределението в проекта на НЗК на леглата по нива на компетентност буди сериозно притеснение, предвид текстовете, залегнали в Националния рамков договор за медицински дейности 2018 г. /по конкретно чл. 275, ал. 1, т. 4 и чл. 345, т.7/. Може да се предположи, че ако НЗК се приеме в предложения от МЗ вариант с определените в него брой легла по ниво на компетентност, това ще доведе до преустановяване на болничното лечение по някои специалности още към средата на съответния месец, тъй като при надхвърляне броя легла по договор с НЗОК дейността няма да бъде заплащана. Това ще наруши правата на здравноосигурените лица за достъп на временна, адекватна и в достатъчен обем болнична медицинска помощ по определени специалности.

5. Некоректно в НЗК е използването на термина „фактически използвани легла“, защото реално това са „фактически финансирани легла“ поради лимитиране на дейността на болничните лечебни заведения.

6. При сега съществуващия начин на отчитане към НЗОК по видове легла, не е включена дейността на терапевтичните непрофилирани легла. В момента действащият НРД позволява сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ за изпълнение на клинични пътеки във вътрешно отделение. Липсата на непрофилирани терапевтични легла в НЗК ще ограничи правото на болниците да сключат договор с НЗОК. Това ще доведе до влошаване на качество на болничната медицинска помощ и достъпа до нея, като потърпевши ще бъдат единствено здравеоосигурените лица.

7. В проекта на НЗК са определени конкретни потребности от легла за активно лечение (включват медицински дейности: интензивни грижи, хирургия, педиатрия, терапевтични, акушерство и гинекология), които са с около 6000 по-малко от съществуващите в момента. Намалени са около 2500 хирургични легла, 2000 терапевтични, 760 акушеро-гинекологични, 375 педиатрични и 285 легла за интензивни грижи.

При така представената НЗК и методика за нейното създаване е подходено напълно механично при определяне на нуждите от съответната болнична медицинска помощ. Изискванията за нива на компетентност са отнесени към легла, а не към цялостната структура - клиника/отделение. Не е взето предвид, че към настоящия момент липсват стандарти по дванадесет важни медицински специалности (хирургия, анестезия и интензивно лечение, кардиология, неврохирургия, урология, медицинска онкология и др.). При определянето на потребностите на населението и наличието на съответни медицински структури за тяхното покриване не са взети предвид алгоритмите на клиничните пътеки. Това само по себе си води до механично затваряне на работещи клиники/отделения.

8. В проекта за НЗК са допуснати и явни недоразумения - надяваме се, поради техническа грешка – за области Стара Загора (в града има медицински факултет), Ямбол, Пазарджик са предвидени 0 броя легла за дейности по урология. За област Сливен – 1 легло за съдова хирургия. За обл. Силистра – 0 легла за дейност по ортопедия и травматология. Считаме, че тези факти не се нуждаят от коментар.

9. Определените нужди за структури по Обща и клинична патология са по една за област (вкл. за Пловдив, Варна, Плевен, Стара Загора), изключение прави София столица – с определени като необходими 5 структури. Това би било разбираемо, ако политиката на държавата е насочена към окрупняване и централизиране на тази специфична дейност, например в структури, достатъчно обезпечени с кадри, медицинска апаратура и консумативи, които да осигурят качествен медицински продукт и се позволи на болниците да го използват като външна услуга/компетенция. В момента обаче, това не отговаря на фактическото положение, още повече - не кореспондира и с изискванията, заложи от НЗОК като условия за сключване на договор, в които за повечето хирургични клинични пътеки се изисква структура по патология на територията на болницата или населеното място.

10. Определените нужди от легла за продължително лечение и палиативни грижи са повече от съществуващите в момента, което по принцип е положителна стъпка, тъй като тези здравни грижи са безусловно важни и необходими на населението. Но понастоящем, този вид медицинска помощ не е гарантиран от държавата, тъй като не е осигурено необходимото финансиране. За палиативни грижи, например, НЗОК заплаща единствено 20 дни за онкологично болни пациенти в терминален стадий. Частично и напълно незадоволително е финансирането и на продължителното лечение. В противовес

със заявеното намерение част от съществуващите общински болници да извършват тези дейности, всъщност Министерство на здравеопазването е заложило толкова високи изисквания в Наредбата за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, че общинските болници не са в състояние да сключат договор за изпълнението им.

На основание гореизложеното, Български лекарски съюз не подкрепя проекта за Национална здравна карта и апелира към членовете на Министерски съвет да върнат проекта за доработването му от Националната комисия по чл. 32 от ЗЛЗ, при отчитане на изложеното по-горе и най-вече – на постъпилите становища по оповестения проект.

С уважение,

Д-Р ВЕНЦИСЛАВ ГРОЗЕВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

