



**ДО Д-Р ПЕТЪР МОСКОВ  
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**УВАЖАЕМИ Д-Р МОСКОВ,**

Във връзка с проекта за Наредба за критериите и реда за избор на лечебните заведения за болнична помощ или техни обединения, с които директорите на РЗОК сключват договори в областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности от брой легла по видове, определени с Национална здравна карта, Ви изпращам становището на Български Лекарски Съюз.

**По същество:**

1. Обръщаме внимание, че Наредбата ще класира лечебните заведения и техните обединения, но не предлага методика, по която след това директорите на РЗОК ще определят договорни партньори по чл.2, ал.1. Предлагаме такава методика да бъде изработена в работна група с участието на всички заинтересовани страни, предвид обществената значимост и изострената чувствителност на заинтересованите страни по въпроса.
2. Предлагаме след като изтече законовия срок за обществено обсъждане на Наредбата, след като изтече законовия срок за обществено обсъждане на Националната здравна карта, след като се изработи предложената от БЛС методика по т.1, да се приложат на практика новите правила за 5 пилотни области в страната, едната от които е София-град, а останалите - област с медицински университет, голяма, средна и малка област.
3. Възразяваме срещу начина за определяне на избора на директора на РЗОК по чл.12 и чл.13. Оставаме с впечатлението, че този въпрос се подценява и най-добронамерено предупреждаваме, че и най-малката нотка на съмнение за непрозрачен и непубличен процес на избор, ще стовари огромно недоволство върху плещите на лицата, които вменяват и на които им е вменена тази отговорност.

**По текстовата част:**

4. Заглавието на Наредбата не отразява лечебните заведения, които ще бъдат обект на оценка по критерии по Приложение 5 и Приложение 6.
5. Във връзка с чл.5 не е ясно оценяването на обединенията на лечебните заведения как ще става практически. Тяхната оценка механичен сбор ли ще е от оценките на лечебните заведения, членуващи в него или Наредбата ще определи друг механизъм? Считаме, че е справедливо да се вземат предвид по-високите нива на компетентност, наличието на критерий “комплексност” в рамките на обединението, използваемост на легловата база, а не например три отделения от първо ниво да постигнат резултат на едно отделение от трето ниво.
6. Предлагаме в чл. 5 да се добави нова алинея със следния текст: „Спрямо лечебните заведения, които участват в обединения, към максималния брой точки се добавят още 2 точки за изпълнение на критерий комплексност.“
7. В Приложение № 1 към чл. 5 Индикатори за оценка на общите за лечебните заведения за болнична помощ, които осъществяват активно лечение, критерии, предлагаме да се направят следните изменения:

Критерий	Индикатори	Описание	Начин на установяване	Измерител	Точки
1.Своевременно и непрекъснато на диагностично-лечебния процес	1.1. Наличие на разкрито спешно отделение	Наличие в разрешението за осъществяване на лечебна дейност на Спешно отделение	Проверка в разрешението за осъществяване на лечебна дейност	<b><u>Наличие на Спешно отделение с I ниво на компетентност</u></b>	<b><u>2 т.</u></b>
				Наличие на Спешно отделение с II ниво на компетентност	3 т.
				Наличие на Спешно отделение с III ниво на компетентност	4т.



9. В Приложение № 1 към чл. 5 Индикатори за оценка на общите за лечебните заведения за болнична помощ, които осъществяват активно лечение, критерии, предлагаме да се направят следните изменения:

1.7. Осигуреност с лекарствени продукти и медицински изделия	Наличие на осигурени условия за снабдяване за лекарствени продукти и медицински изделия в болнична аптека с непрекъснат режим на работа	Протокол от проверка на РЗИ и РЗОК График	Липсва болнична аптека <b><u>Наличие на болнична аптека</u></b>	От. <b><u>1т.</u></b>
--	---	---	--	--------------------------

**Мотиви:** „Непрекъснат 24-часов режим на работа“ въвежда излишно утежняващ допълнителен критерий. Необходимостта от медицински консумативи и медикаменти се задоволява чрез съществуващите спешни шкафове в лечебните заведения, а и не възприемаме да се отдава подобна тежест за определяне на качеството на медицинската дейност на подпомагаща функция. Този параметър не подобрява качеството на лечебния процес и на предоставяната медицинска услуга, съответно не е основателен критерии за оценка на лечебните заведения.

10. В Приложение № 1 към чл. 5 Индикатори за оценка на общите за лечебните заведения за болнична помощ, които осъществяват активно лечение, критерии, предлагаме да се направят следните изменения:

2. Комплексност на диагностично-лечебните дейности	2.1. Брой на разрешените дейности по различни клинични медицински специалности	Брой на разрешените дейности по различни клинични медицински специалности, по които има разкрити болнични структури (клиники/отделения) съгласно разрешението за осъществяване на лечебна дейност	Проверка в разрешението за осъществяване на лечебна дейност	<b><u>До 2</u></b> <b><u>3-5</u></b> <b><u>6-10</u></b> <b><u>Над 10</u></b>	<b>1.т.</b> <b>2.т.</b> <b>3.т.</b> <b>4.т.</b>
--	--	---	---	---	--

**Мотиви:** С оглед справедливо оценяване на лечебните заведения е необходимо по-прецизно диференциране на посочения показател.

11. В Приложение № 1 към чл. 5 Индикатори за оценка на общите за лечебните заведения за болнична помощ, които осъществяват активно лечение, критерии, предлагаме да се направят следните изменения:



**Мотиви:** По-прецизна оценка на комплексността с оглед справедливо оценяване на лечебните заведения.

13. В Приложение № 1 към чл. 5 Индикатори за оценка на общите за лечебните заведения за болнична помощ, които осъществяват активно лечение, критерии, предлагаме да се направят следните изменения:

	2.7. Относителен дял на разкрити медико-диагностичните и медико-техническите лаборатории и отделенията без легла с най-високо ниво на компетентност	Броят на разкритите медико-диагностичните и медико-техническите лаборатории и отделенията без легла/осъществяван и дейности с най-високо (III) ниво на	Проверка в разрешението за осъществяване на лечебна дейност	Липсват Наличие на поне една или повече на медико-диагностични лаборатории с трето ниво на компетентност	1.т. 2.т.
		компетентност, умножен по 100 и разделен на общият брой на медико-диагностичните и медико-техническите лаборатории и отделенията без легла / осъществявани дейности			

**Мотиви:** Съгласно действащите медицински стандарти, гарантиращи качествено обслужване на пациента, дори при III ниво на компетентност на съответната структура няма нормативно изискване за наличие на медико-диагностични и/или медико-технически лаборатории с най-високо ниво на компетентност. Диференцията следва да се основава само за наличие и липса на такива лаборатории. Този параметър не подобрява качеството на лечебния процес и на предоставяната медицинска услуга, съответно не е основателен критерии за оценка на лечебните заведения.

14. В Приложение № 1 към чл. 5 Индикатори за оценка на общите за лечебните заведения за болнична помощ, които осъществяват активно лечение, критерии, предлагаме да се направят следните изменения:

3. Обем и сложност на диагностично-лечебните дейности	3.1. Относителен дял на договорените КП, по които има отчетени случаи съгласно предходния договор на лечебното заведение с НЗОК	Броят на договорените КП по които има отчетени случаи, умножен по 100 <b><u>и разделен на броя КП, по които е сключен договор с НЗОК.</u></b>	Справка от Информационната система на НЗОК	До 30 % От 31 до 50 % От 51 до 75% Над 75%	1.т. 2.т. 3.т. 4.т.
---	---	---	--	---	------------------------------

**Мотиви:** Така заложеният показател би имал по-прецизна оценъчна и информативна стойност, когато бива съотнесен към броя клинични пътеки, включени в предметния обхват на договора между лечебното заведение и НЗОК, който е сключен по волята на двете страни едновременно. Наличието на капацитет за работа по по-голям брой клинични пътеки е вече отразен в други критерии.

**Въпрос:** Как ще се оценяват новоразкрити лечебни заведения за болнична помощ по този показател?

15. В Приложение № 2 към чл. 6 Приложение № 2 към чл. 6 Критерии за оценка на конкретни медицински дейности/структури, предлагаме да се направят следните изменения:

Критерий	Индикатори	Описание	Начин на установяване		Точки
	1.1. Наличие на 24-часова	Установено при проверка наличие	Протокол от	Липсва	0 т.
1. Своевременност и	организация на работа и прием	на 24-часово осигуряване на	проверка на РЗИ и	Наличие на най-малко 1 лекар на 24-часов график	1 т.
Непрекъснатост	на пациенти в	персонал на	РЗОК		
На конкретна медицинска дейност	Болничната структура (отделение/ клиника)	болничната структура, отделение/ клиника), определен в съответния	График	<b><u>Повече от 1 лекар в клиниката/отделението на 24-часов график</u></b>	<b>2 т.</b>
				Повече от 1 лекар, от които поне един специалист по профила на отделението	3 т.

**Мотиви:** По този начин ще се ангажират и лекари-специализанти, с което се стимулира ефективността на практическото обучение. Считаме, че е редно да създаваме правила, които да стимулират обучението на младите колеги.

16. В Приложение № 2 към чл. 6 Приложение № 2 към чл. 6 Критерии за оценка на конкретни медицински дейности/структури, да отпадне следния текст:

	3.4.Относителен дял на пациентите, преведени в други лечебни заведения за предходната календарна година	Броят на пациентите, преведени в други лечебни заведения, умножен по 100 и разделен на общия брой пациенти напуснали структурата	Справка от Информационната система на НЗОК	Липсват преведени До 1 %  Над 1 до 5 %  Над 5 %	1 т. 0 т. Отнемат се 1 т. Отнемат се 2 т.
--	---	--	--	--	--

**Мотиви:** Терминът “превеждане между лечебни заведения” отдавна не се използва. При насочване на пациент от едно лечебно заведение към друго на практика пациентът се изписва от изпращащото и се хоспитализира в приемащото с направление за хоспитализация. Превеждането към друго лечебно заведение се извършва с оглед зачитане правата на пациентите и стремеж към най-благоприятен резултат за здравния му статус. Броят на превежданията е неконтролиран и непредвидим за лечебното заведение. Залагането на превеждането като критерии поставя в пряк сблъсък интереса на пациента и този на лечебното заведение. Т.к. това е недопустимо, предлагаме този показател да отпадне.

18. В критериите за отдалеченост и труднодостъпност към Приложение 5, считаме, че разстоянието от 60 км е твърде голямо. За пример ще споменем, че разстоянието от Мадан до Смолян е 31 км и лятно време отнема повече от 50 минути; от Девин до Смолян е 45 км и през лятото отнема повече от 60 минути. Предлагаме разстоянието да бъде уеднаквено с това от доболнична помощ, което е 35 км.

С уважение,  
**Д-Р ВЕНЦИСЛАВ ГРОЗЕВ**  
**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС**