

ДО Г-ЖА ГЕРГАНА МИКОВА
ОБЛАСТЕН УПРАВИТЕЛ
НА ОБЛАСТ СТАРА ЗАГОРА

ПИСМО
ЗА ИЗРАЗЯВАНЕ НА СТАНОВИЩЕ

От Д-р Неделчо Радев Тотев – управител на „МБАЛ-Чирпан“ ЕООД
Член на комисията за изготвяне на Областна здравна карта на област Ст. Загора -
представител на Община Чирпан

УВАЖАЕМА Г-ЖО МИКОВА,

С настоящото писмо, в ролята си на член на комисията за изработване на областна здравна карта, представител на Община Чирпан и член на УС на СОББ, съм длъжен, изразявайки своето становище, да го пречупя през призмата на интересите на общинското здравеопазване и интересите на населението, което всички ние обслужваме. Поради изброеното дотук изразявам несъгласието си с методиката за изготвяне на Областна здравна карта и в съответствие с това с изготвената такава. Като мотиви за това по-долу ще изложа становището на УС на СОББ по въпроса:

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, защото 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, а съгласно

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.

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.

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

<p>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.</p>

Единствено по този начин може да се реализират изискванията на

КОНСТИТУЦИЯ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

гарантираща правата на гражданите, от които в контекста на коментираните проблеми по-важните са:

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.

Държавата задоволява тези права чрез стопанската дейност на регистрираните от нея лечебни заведения.

Посочените по-долу два члена регламентират условията за стопанската дейност:

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.

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 от 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.

В област Ст. Загора се намира четвъртата по големина областна болница в България, има медицински университет, онкологичен диспансер и т.н., а разходите за болнична помощ на жител в областта са едва $\frac{3}{4}$ от средните разходи за болнично лечение на пациент в страната. При наличието на толкова здравни ресурси е явно, че съществуват финансови механизми, които по произволен начин ограничават тяхното използване. Пряк резултат от това е и тежкото финансово състояние на болниците в областта.

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 междубластни 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:

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

2. Състояние и тенденции в развитието 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.

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 подзаконовни 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.

Но изискването

3. При определяне на потребностите от легла за болнично лечение се допуска до 10% мотивирано отклонение от посочените общи параметри, но без общият брой на леглата в областта да формира по-висока осигуреност от 5,9 на 1000 души население.

направо елиминира действието на забраната, че не може да се ограничава стопанската дейност на Закон за защита от дискриминация **Чл. 37** (2). 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. А 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 ВГ Официален вестник на Европейския съюз 9.5.2008 г.

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

- неспазено изискване на **ЗАКОН ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ** за наличие на Медицински стандарти
- съществуването на дискриминиращи практики, които тази методиката 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 областна 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.

23.02.2018 г.

С уважение: Д-р Неделчо Радев Тотев