

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени в рамките на периода за обществени консултации, по проекта на Решение на Министерски съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България

Вносител	Становища/предложения	Становище по предложението	Мотиви
1. Д-р Антония Колева, управител на СБАЛББ ЕООД, гр. Габрово вх. № 20-00-354/27.04. 2018 г.	Съгласно Приложение № 7 пневмо-фтизиатричните легла са 123, разпределени както следва: Първо ниво на компетентност – 6 в МБАЛ Габрово, 9 в МБАЛ Севлиево и 8 в МБАЛ Троян. Второ ниво на компетентност – 0. Трето ниво на компетентност – 100 в СБАЛББ. Общо 123 легла. В Приложение № 30 са определени конкретните потребности от пневмофтизиатрични легла и по нива на компетентност за област Габрово както следва: Първо ниво на компетентност – 38, второ ниво на компетентност – 47, трето ниво на компетентност – 20, общо 105. Считам, че предвидените само 20 легла за регионално ниво са недостатъчни. Само за лечение на туберкулоза, считам че са необходими 60 легла. Лечението на болни с туберкулоза е сред видовете дейности, които се планират на регионално ниво съгласно Приложение № 33. Следва да се има предвид, че средната използваемост на Фтизиатричното отделение, в което се провежда лечение на болни с активни форми на туберкулоза, както и на тези с MDR-TB (<i>Multi Drug Resistant Tuberculosis</i>, <i>Мултирезистентна туберкулоза</i>) и XDR-TB (<i>Extensively Drug Resistant Tuberculosis</i>, <i>Екстензивнорезистентна туберкулоза</i>) за последните 3 години е със средна използваемост на разкритите 60 легла – 91,77%. Белодробната болница в Габрово е единственото лечебно заведение, определено от МЗ, за лечение на MDR-TB и XDR-TB. Само тук в болничната аптека се получават всички лекарства (туберкулостатици от втори ред) за активна и продължителна фаза. Моля да бъде преразгледана областната здравна карта и да бъдат предвидени за област Габрово регионални 60 легла за лечение на туберкулоза в Отделението по фтизиатрия към СБАЛББ-Габрово ЕООД, което е с най-високото III ниво на компетентност.	Приема се.	Увеличава се броя на леглата по пневмология и фтизиатрия с регионално значение, в т.ч. за лечение на туберкулоза, предвид отчетените данни за лечение на болни с туберкулоза, в т.ч. с мултирезистентна туберкулоза.
2. Д-р Цветомила Дудевска – управител на „СБАЛББ-Троян“ ЕООД	В Приложение № 32 към т. I, подточка 5, т. 3 Област Ловеч, т.3.1, на ред „Пневмология и фтизиатрия“, е установено следното: Със шифър 10 са посочени легла за болнично лечение и медицински дейности, разкрити в структури по вътрешни болести, за които в ПУДВР на лечебното заведение не е посочен видът на осъществяваната медицинска дейност. Потребностите от медицински дейности осъществявани на легла по вътрешни болести-непрофилирани са планирани в рамките на	Приема се.	Увеличава се броя на леглата по пневмология и фтизиатрия, от 129 на 150 - 40 за дейности от I

вх. № 20-00-354/27.04.2018 г., вх. № 20-00-354/18.05. 2018 г	леглата за медицински дейности по посочените медицински специалности и могат да се осъществяват в структури по медицинската специалност „Вътрешни болести“ или в структури по съответната медицинска специалност, в съответствие с утвърдените медицински стандарти. В колоните за „Настоящо състояние“ разкритите легла по Пневмология и фтизиатрия са: 17 легла I-во ниво на компетентност и 112 легла II-ро ниво на компетентност или общо 129 легла. В този общ брой легла са включени 85 легла, разкрити в „СБЛББ-Троян“ ЕООД, които са строго профилирани (отделение по пневмология 55 легла и отделение по фтизиатрия 30 легла), т.е. това не са легла в структура по вътрешни болести и не би следвало да се интерпретират като такива. Пневмологичното ни отделение с 55 легла II-ро ниво на компетентност за 2017 г. е с използваемост 92,33 % , която считаме за оптимална. Обслужва се от 4 лекари – всички с базова специалност „Вътрешни болести“, от които 2-ма с призната специалност „Пневмология и фтизиатрия“, а 1 специализира в момента. Фтизиатричното отделение - за лечение на туберкулоза е с 30 броя легла и II-ро ниво на компетентност, 4 лекари, от които 3- ма с призната специалност „Пневмология и фтизиатрия“ и един с „Вътрешни болести“. Благодарение усилията на екипа ни, заболяемостта от туберкулоза на територията на област Ловеч е намалена от 33,9/100 000 през 2008 г. на 12,38/100 000 през 2017 година. В колоните „Конкретни потребности“ /брой легла за медицински дейности по нива на компетентност/, за дейност „Пневмология и фтизиатрия“ са предвидени 20 легла I во ниво, 25 легла II-ро ниво на компетентност и 95 легла със шифър Р9. От приложение №33 към, т.1, подточка 6, установяваме, че се касае за медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“, за лечение на болни с туберкулоза, с вариант: III ниво на компетентност и вариант : II или III ниво на компетентност, но само за лечение на болни с туберкулоза. „СБАЛББ-Троян“ ЕООД притежава само легла с II ниво на компетентност и може да се използва само вторият вариант, който касае само лечение на туберкулоза. Тоест от посочените 95 легла с шифър Р9 в „Конкретни потребности“ за ловешка област могат да се използват само 30 легла. Пневмологичното ни отделение в момента с 55 легла и с използваемост 92,33% на практика ще остане без легла, тъй като предвидените 20 легла I ниво и 25 легла II ниво, общо 45 легла по пневмология за всички ЛЗ в залата област няма да могат да покрият потребностите. Моля за преоценка на предвидените регионални легла Р9 (за медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“, осъществявани най-		ниво, 80 за дейности от II ниво и 30 за дейности с регионално значение, в т.ч. за лечение на туберкулоза. Броят на планираните легла е съобразен с отчетените леглодни по КП и за лечение на болни с туберкулоза.
---	---	--	--

	малко на II-ро ниво на компетентност не само за лечение на туберкулоза, а за всички останали дейности по тази специалност. Моето конкретно предложение е да се внесе единствено промяна в Приложение № 33 към т. 1, подточка 6, за медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“, като се добави думата „включително“ за лечение на болни с туберкулоза, осъществявани най-малко на II-ро ниво на компетентност. СБАЛББ-Троян ЕООД е открита през 1905 г. и е първото специализирано лечебно заведение за белодробни болести в България и на Балканския полуостров и до момента вече 113 г. осъществява диагностично-лечебна дейност в съответствие с всички актуални нормативни актове и медицински стандарти, с отлична акредитационна оценка, стабилно финансово състояние, без кадрови дефицит, с добра материална база, обновена медицинска апаратура и висококвалифицирани специалисти. Моля да вземете предвид представените аргументи при определяне на броя легла за СБАЛББ-Троян ЕООД в новата областна здравна карта.		
3. Лекарите, работещи на територията на Софийска област по специалността „Пластично-възстановителна хирургия“ вх. № 94-610/04.05. 2018 г.	От проекта на НЗК е видно, че предвидените легла по специалност „Пластично-възстановителна хирургия“ в Приложение № 32 са драстично занижени. Безспорен е фактът, че на територията на Софийска област нивото на развитие на медицината в областта, в която работим е на Европейско ниво. В района има три от най-големите предприятия, от които лекуваме пациенти с голям травматизъм и изгаряния. Необходимостта от тази медицинска специалност на територията на Софийска област в годините се е доказала. В лечебното заведение, в което работим се хоспитализират пациенти с изгаряния, травми и последици от травми, които предпочитат да бъдат лекувани близо до домовете си. За последните три години приемаме средно по около 3000 пациента на година, работейки на три адреса. Процентът на лекуваните при нас и приходящи от други области също с годините се увеличава. Безспорен факт е, че пациентите ни не се лекуват повторно в други ЛЗ из страната, а при нужда отново търсят нас. По договор с НЗОК работим в най-широк диапазон от дейности, което предоставя лесен достъп на пациентите ни до лечение. Чрез драстично намаляване на леглата, предвидени за нашата специалност, ще бъдат нарушени правата на здравноосигурените пациенти, ще се ограничи по административен път тяхното право на достъп и избор на лечебно заведение. В проекта на ОЗК вместо 66% е написано, че използваемостта е 50% (което не кореспондира с действителността). Като проекция на неправилно намаленият процент използваемост, за Софийска област се получава потребност от 16 легла, при налични 31. Въпреки това в Приложение № 32 леглата, които са заложили за приемане, са едва 5. Към момента леглата, с които разполагат здравноосигурените пациенти, лекувани от нас, са 31, от които 15 от второ и 16 от трето ниво на компетентност. Леглата са разпределени на	Приема се частично.	Дейностите по пластично-възстановителна хирургия се планират на регионално ниво, като за ЮЗР общият планиран брой е 66 и е достатъчен за задоволяване на потребностите на населението от всички области в региона. Регионалните потребности, както и потребностите на национално ниво се задоволяват изключително от

	три адреса – База 1 в с. Доганово (9 от трето ниво), База 2 в гр. Пирдоп (15 от второ ниво) и База 3 гр. Ел. Пелин (7 от трето ниво). Невъзможно е на три адреса да работим с 5 легла. Моля, след като се запознаете със становището на комисията за изготвяне на ОЗК и нашето Предложение/Възражение, както и предвид обн. ДВ промяна на КП към НРД за МД за 2018 г., същите да бъдат коригирани поне на нивото на утвърдените с отменената НЗК, а именно: 24 легла по пластично-възстановителна хирургия, от които 5 от второ ниво на компетентност и 19 от трето ниво, във връзка и с промяна в КП, поради която необходимостта от легла от трето ниво се увеличава. <i>Към писмото е приложено копие на писмо от директора на РЗИ Софийска област до МЗ (вх. № 20-00-354/03.05.2018 г.), а не становище на комисията за изготвяне на областна здравна карта, чиито председател е областният управител.</i>		лечебни заведения, разположени в гр.София. При прилагане на национален коефициент на осигуреност с този вид легла при настоящата численост на населението в Софийска област са необходими 5 легла. Предвид данните за по-голям брой на фактически заетите легла за дейности в обхвата на задължителното здравно осигуряване по договор с НЗОК, броят на леглата се увеличава от 5 на 20.
4. Д-р Ал. Златанов, директор на РЗИ Софийска област вх. № 20-00-354/03.05. 2018 г.	Във връзка с постъпило в РЗИ Софийска област Предложение/Възражение от лекарите, работещи на територията на Софийска област по специалността „Пластично-възстановителна хирургия“ и в частност – искане за промяна на определените с проекта на НЗК легла, Приложение № 32 от 5 броя на 24 броя легла за пластично-възстановителна хирургия, маркираме някои факти и обстоятелства, които обуславят предложението. Отделенията по пластично-възстановителна хирургия на МБАЛ „Скин системс“ осъществяват медицинско обслужване на пациенти от предприятия на територията на	Приема се частично.	Виж мотивите по т. 3. Не се приема мотива на вносителя, че Отделенията по пластично-възстановителна

	Софийска област с производствени предпоставки за травматизъм и изгаряния от една страна, от друга – на териториалната им отдалеченост от алтернативни лечебни заведения, както и преминалите пациенти през отделенията от тяхното разкриване до настоящия момент, обуславят необходимостта от завишаване на броя на леглата по тази специалност. Увеличаването на броя на леглата по пластично-възстановителна хирургия ще осигури правото на избор и достъп на пациента до висококвалифицирана медицинска помощ. Моля при окончателното изработване на проекта на НЗК от националната комисия, при наличие на възможности да се вземат предвид посочените съображения и увеличат леглата по пластично-възстановителна хирургия на Софийска област.		хирургия на МБАЛ „Скин системс“ осъществяват медицинско обслужване на пациенти от предприятия на територията на Софийска област, предвид географското положение на лечебното заведение и по-голямата близост на ЛЗ в гр.София до почти 2/3 от населените места в Софийска област.
5. Г-жа Даниела Симова вх. № 20-00-354/03.05. 2018 г.	В Приложения от 1 до 28 няма яснота данните за какъв период са и как са валидирани.	Не се приема.	Липсват конкретни предложения по съдържанието на проекта на нормативен акт. Приложения от 1 до 28 представляват областни здравни карти на 28 области в страната, които се изработват от

			сформирани на основание чл. 29 от ЗЛЗ комисии. ОЗК са изработени въз основа на Методика за изработване на ОЗК, утвърдена от министъра на здравеопазването със заповед РД-01-428/22.12.2017 г., изм. РД-01-55/12.02.2018 г., публикувани на интернет-страницата на МЗ. В методиката е посочен периода към който следва да са относими данните, както и официалните източници на данни.
6. Г-н Ресми Мурад, кмет на община Ардино вх. № 20-00-354/08.05. 2018 г.	Във връзка с получено писмо с изх. № И-655/25.04.2018 г. относно Националната здравна карта, Ви уведомяваме: Община Ардино попада, съгласно §1, т. 5 и т. 6 от ЗЛЗ, в труднодостъпен, с неблагоприятен географски планински терен и неблагоприятна инфраструктура, район и време за достъп до областната болница в гр. Кърджали над 60 минути със специализиран медицински автомобилен транспорт. Обезпокоителен е фактът, че през периода от 2009 до 2016 г., бюджетът на лечебното заведение намалява както следва: 2009 г. – 1230577 лв., 2010 г. – 565709 лв., 2011 г. – 736900	Не се приема.	Липсват конкретни предложения по съдържанието на проекта на нормативен акт. Изложените факти и предложенията не

	лв., 2012 г. – 797434 лв., 2013 г. – 801837 лв., 2014 г. – 867686 лв., 2015 г. – 898705 лв. и 2016 г. – 880173 лв. Наложително е да бъде завишен разходния стандарт на болниците, тъй като в него не са разчетени увеличението на минималната работна заплата, увеличението на цените на електроенергията, горивата, водата, лекарствата и консумативите. Непълноценно функционира болницата поради наложените лимити за финансиране на определен брой легла, което се отразява на доходността. По отношение на осигуреността с медицински специалисти следва да бъдат създадени условия за гъвкавост. Всяко лечебно заведение, съобразно нивото на компетентност, да има условия да привлича консултанти/специалисти, които не следва непременно да бъдат в трудови взаимоотношения. Допускане на съвместяване на дейности и привличане на консултанти. Наложително е в този смисъл да бъдат занижени критериите, но за сметка на това лечебното заведение да носи своята отговорност. В тази връзка, за оптималното функциониране на МБАЛ „Ардино“ ЕООД, предлагаме: 1. Увеличаване на субсидията за подпомагане на болниците в отдалечените рискови планински райони; 2. Увеличаване на Единния разходен стандарт за финансиране на МБАЛ „Ардино“ ЕООД и другите лечебни заведения; 3. Въвеждане на по-гъвкав подход при осигуряването на медицински специалисти. Преразглеждане на медицинския стандарт за осигуреност с лекари.		са относими към проекта на нормативен акт.
7. Районна колегия на БЛС - Стара Загора вх. № 20-00-354/08.05.2018 г., вх. № 20-00-354/17.05.2018 г.	Председателят на УС на РК на БЛС – Стара Загора от името на УС, заявява, че не одобряват параметрите на НЗК, които съществено се различават от параметрите на ОЗК. В подкрепа на това е предоставено становището на колегията, както и становища на лечебни заведения в региона. I. Терапевтични легла – недостиг (-99) Предлагаме да се запази броят на съществуващите легла по следните специалности: 1. Кардиология - настоящо състояние 130 легла. Мотиви: застаряващо население, сърдечно-съдовите заболявания са водещи в структурата на заболеваемостта. 2. Медицинска онкология – настоящо състояние 57 легла. Мотиви: нарастване на заболеваемостта. Обслужване на населението на област Сливен. 3. Нервни болести – настоящо състояние 169 легла. Мотиви: застаряващо население, сърдечно-съдовите заболявания са водещи в структурата на заболеваемостта. II. Хирургични легла – недостиг (-111 легла) Предлагаме да се запази броят на съществуващите легла по следните специалности:	Приема се частично.	1. Не се приема в частта за терапевтичните легла. Броят на планираните терапевтични легла е определен при спазване на методологията за осигуряване на оптимална използваемост на леглата от най-малко 75%. Към

	1. Урология – настоящо състояние 32 легла – в предложения вариант не са предвидени урологични легла за област Ст. Загора. 2. Ортопедия и травматология – сегашно състояние 98 легла. Мотиви: през областта преминават основни пътни артерии, което е предпоставка за висок пътно-транспортен травматизъм. Наличие на предприятия (Мини „Марица Изток“, ТЕЦ, „Арсенал“ и др.) с производства, които могат да доведат до крупни производствени аварии. 3. Съдова хирургия – настоящо състояние 39 легла. III. Педиатрични легла Предлагаме да се запази броят на съществуващите легла по следните специалности: 1. Неонатология – настоящо състояние 73 легла, като се увеличат леглата за III ниво. Мотиви: Клиниката по неонатология осигурява републиканската спешност за областите от Югоизточен регион. 2. Да се обсъди възможността педиатричните непрофилирани легла да се намалят (намаляване относителния дял на населението до 17 години) и да се прехвърлят към терапевтичните. Представено е писмо от МБАЛ Медицински комплекс „Св. Ив. Рилски“ ЕООД, в което се изразява подкрепа на становището на РК на БЛС по отношение на необходимостта от терапевтични, хирургични легла, неонатологични и педиатрични легла. По отношение на урологията считат, че разкритите към момента легла са недостатъчни. Представено е писмо от МБАЛ „Д-р Д. Чакманов – Раднево“ ЕООД, което не е подписано от управителя, и с което се изразява несъгласие с несъответствията между НЗК и ОЗК и се прави предложение съществуващите легла с терапевтична насоченост да се запазят, а във връзка с демографската криза педиатрични легла да се прехвърлят към терапевтичните. Като мотиви е приложена обща информация за социално-значимите заболявания, негативния естествен прираст, ниска раждаемост, висока смъртност, застаряването на населението, рискови поведенчески фактори, както и близостта на енергийния комплекс „Марица Изток“. Представено е становище от МБАЛ ЕАД гр. Гълъбово, с което се изразява подкрепа за запазването на броя на съществуващите терапевтични, хирургични и педиатрични легла. В становището от МБАЛ „Д-р Хр. Стамболски“ ЕООД гр. Казанлък е предложено да се запази легловата база за област Ст. Загора от предходната здравна карта в съответствие с предложението на областната комисия. Мотивите са свързани с липсата на съществени промени в структурата на заболяемостта, демографските показатели, броя на ЛЗБП и търсенето на медицински услуги в региона. С проекта на НЗК се задълбочава противоречието между лимитирането, предвидено в НЗК, лимитирането в приходите, определени от НЗОК и изискванията, заложи в медицинските стандарти. През 2017 г.	31.12.2017 г. използваемостта на посочените легла е под 75% - на леглата по кардиология е 50%, медицинска онкология - 55% и по нервни болести - 64%. 2. Приема се частично по отношение на хирургичните легла. Приема се в частта за леглата по урология. В проекта на НЗК е допусната техническа грешка, като не е отразен планирания брой легла по урология – 6 на I ниво, 17 на II ниво и 5 на III ниво. Не се приема в частта за леглата по ортопедия и травматология съдова хирургия, предвид настоящото ниво
--	---	---

	липсата на такава синхронизация е довела до намаляване на използваемостта на леглата, която сега е заложена като показател при определяне на потребностите. НЗОК следва да заплаща за преминал пациент по КП, по които ЛЗ има сключен договор, което обективно редуцира както леглата, така и приходите. Второто предложение е в НЗК 2018 за медицинските дейности с 1-во и 2-ро ниво на компетентност терапевтичните и акушеро-гинекологичните легла да бъдат непрофилирани за сметка на профилираните. Мотивите за това са, че наличието на профилирани легла от 1-во и 2-ро ниво ще затрудни достъпа на здравноосигурени пациенти до медицинска помощ, тъй като при наличие на един и/или ограничен брой специалисти от съответната тясна специалност при определен брой легла за нея същите стават неизползваеми в периодите на отсъствието му (отпуски, болнични и др.). В същото време може да има потребност от използването на по-голям брой легла от друга специалност, което НЗК в този си вид не позволява. Тези ограничения водят да абсурдна ситуация: ЛЗ има свободни легла в съответното отделение, но не може да приема пациенти, тъй като тясно профилираните легла са заети. Това нарушава основните принципи, заложиени в нормативната уредба, като достъпност, своевременност и свободен избор. Ограниченията водят и до икономическа нецелесъобразност при използването на легловата база и до намаляване на ефективността и влошаване на финансовите параметри на ЛЗ. Това ще влезе в противоречие със стандарта за управление на болниците, целя тяхната стабилизация и ефективно управление. В писмото от МБАЛ Чирпан ЕООД са направени следните бележки по проекта на НЗК: 1. По отношение на болничната помощ в проекта се прави анализ като се взема използваемостта в процент и на база на нея се определят конкретните потребности от легла. Ако се направи реален анализ тази използваемост за всички легла зависи от отпуснатите лимити на лечебните заведения, от късното уведомяване на ЛЗ за лимита за текущия месец, от неизплащане на надлимитната дейност, отгук генериране на големи задължения към фирми-доставчици и съответно нарушаване на нормалния ритъм на работа на ЛЗ, неизплащане на адекватни и пълни заплати на персонала, водещи до демотивацията му. Причина за по-ниската използваемост, особено при вътрешните легла, е тяхната профилираност по подспециалности в общопрофилните отделения. 2. Предлага се да не се допуска премахване на непрофилираните легла в следните специалности: Вътрешни болести и Акушерство и гинекология. Общопрофилираните отделения по Вътрешни болести и по Акушерство и гинекология подобно на общопрофилираните по Педиатрия и Хирургия не биха могли да съществуват, ако в тях леглата се разделят на такива по подспециалности. Дори се стига до там, че в общопрофилни	на използваемост под 75% – ортопедия и травматология 64% и съдова хирургия – 69%. 3. Приема се в частта за леглата по неонатология. Увеличава се броят на неонатологичните легла с регионално значение със 7. Не се проема предложението за намаляване на броя на педиатричните легла предвид обстоятелството, че в област Стара Загора са налице педиатрични легла с регионално значение, осигуряващи обслужването на децата от целия регион.
--	---	---

	АГ отделения не са обособени легла за патологична бременност. Следва логичен въпрос: къде ще лежат жените с патологична бременност? Ако подобно нещо се допусне общинското здравеопазване ще бъде окончателно унищожено. Абсурдно е това да се случи на фона на критично ниската раждаемост в България, неимоверно високата смъртност и демографския апокалипсис, в който се намира страната. В писмо от МБАЛ Тракия ЕООД се изразява несъгласие със съществуващите несъответствия между проекта на НЗК и реално разкритите в ЛЗБП легла. 1. В НЗК за област Ст. Загора липсват легла по специалност урология, въпреки че има разкрити и функциониращи 32. В МБАЛ Тракия годишната използваемост на разкритите легла с дейности по урология е 87.2%. 2. Не става ясно националната комисия по какъв начин е приела или отхвърлила предложението на областната комисия в случаите, когато има разкрити по-висок % от средния, посочен като необходим брой легла III ниво, които могат да се използват на междуобластно и регионално ниво. Недоумение буди значителното намаляване на броя на леглата от III ниво и по какви се е случило. В МБАЛ Тракия 61 % от разкритите структури са с III ниво на компетентност. 3. Отделението по кардиология е единственото извън гр. София, в което се извършва интервенционално лечение и свързани с него диагностични кататеризации при сърдечни аритмии и единственото извън София, Пловдив и Варна, в което се осъществяват дейности Постоянна електростимулация с поставяне на антибрадикарден пейсмейкър или кардиовертер дефибрилатор. При 80 % от посочените случаи състоянията на пациентите са спешни, животозастрашаващи. Намалението на леглата с кардиологични дейности – 31 ще доведе до невъзможност за оказване на спешна помощ на всички пациенти. Хоспитализацията на пациенти със спешни състояния в посоченото отделение варира между 52 и 65 %. 4. Не по-различна е ситуацията и по други специалности – нервни болести – намаление на болнични легла – 25, хирургия – 34, ортопедия и травматология – 12. Това ще доведе до невъзможност за хоспитализация на пациенти, включени в листа за планов прием, защото хоспитализациите по спешност варират между 45 и 60 %. Немалък е % на пациентите с отложена спешност, като например оперативното лечение на пациенти с онкологични заболявания или такива, при които има симптоми и е необходимо навременно диагностициране. 5. Дейностите по гастроентерология, извършвани в отделението, включват всички инвазивни и интервенционални методи на лечение, ендоскопии, интраоперативни ехографии и ехоендоскопии. Това е единствената структура извън София и Пловдив, в която се		
--	--	--	--

	извършват ендоскопски ретроградни холангио панкреатографии, като единствен неоперативен метод за премахване на конкременти от общия жлъчен канал или поставяне на стент при откриване на стриктура на жлъчните пътища. 95% от тези пациенти са с индикации за спешна хоспитализация. През 2017 г. 61% от тези пациенти са от други области. 6. Област Ст. Загора ще разполага с 10 легла по специалност Очни болести, които ще се окажат крайно недостатъчни за оказване на спешни и планови медицински дейности. 7. През 2017 г. В МБАЛ Тракия са обслужени 30% пациенти от други области. 8. Заложеният критерий използваемост (%) не трябва да бъде определящ предвид утвърдените от НЗОК месечни стойности за дейности, т.е. „финансови лимити“, които категорично ограничават дейностите на всяка една структура. През 2017 г. МБАЛ Тракия има извършени, отчетени, но незаплатени от НЗОК дейности на стойност 784 098 лв., а от 2015 до м. 12. 2017 г. – 4 397 909 лв. 9. Остава неизяснен и болезнен въпросът какво се случва с пациентите, които се нуждаят от спешна хоспитализация, но поради ограничението в броя легла не могат да бъдат хоспитализирани, т.е. няма свободни легла по договор с НЗОК. Съгласно чл. 345, т. 7 от НРД 2018 „изпълнителят не може да отчете за заплащане по КП, надвишаващи 100% използваемостта на леглата в лечебното заведение; изключения се допускат в случаите на възникване на бедствие и при обявяване на епидемична обстановка“. Кой ще заплати проведеното лечение на здравноосигуреният пациент и на кого е отговорността в случай, че пациент в спешно състояние се наложи да бъде транспортиран до лечебно заведение от друга област, в което има разкрити и свободни болнични легла. Предвид заложените в ЗЛЗ и НЗК цели, а именно по-добро планиране и организиране на предоставените медицински услуги, за постигането им е целесъобразно да бъде предвиден по-дълъг период между оповестяването на НЗК и прилагане на критериите и реда за избор на ЛЗБП, с които НЗОК сключва договори, съобразно потребностите, регламентирани в нея.		
8. Проф. д-р Цветан Димитров Гергов, управител на СБР Родопи вх. № 20-00-354/11.05.2018 г., вх. № 20-00-354/18.05.2018 г.	Област Смолян разполага с три Специализирани болници за рехабилитация, които имат възможност да ползват уникалността на местоположението си – чист планински въздух и минерални извори. Разположени така, че да са леснодостъпни от всяка точка на областта. Напълно функционални са, добре оборудвани и с отлични екипи. Превръщат общините, в които са разположени в силен притегателен център за здравен туризъм. СБР Родопи ЕООД е регистрирано като лечебно заведение на 30.01.2014 г. със 151 легла за физиотерапия и рехабилитация. Намира се в сградата на бившата МБАЛ. СБР Родопи е с II ниво на компетентност, работи по КП, НОИ, програма за социално подпомагане за рехабилитация на пациенти с 90% инвалидност и свободен прием. Разполага с най-модерната физиотерапевтична апаратура, която действа болкоуспокояващо,	Приема се.	Общият брой на леглата по физикална и рехабилитационна медицина се увеличава до броя на разкритите в момента 437 легла. Броят на леглата за

	противовъзпалително, стимулиращо и общоукрепващо за заболявания на опорно-двигателния апарат, периферна и централна нервна система, рехабилитация на сърцето след прекаран инфаркт и/или оперативни интервенции. Лекарският екип е ръководен от проф. Д-р Цв. Гергов, има 3 физиотерапевта, невролог, кардиолог, интернист и педиатър. Постъпващите пациенти са в увредено общо състояние с много придружаващи заболявания, които се нуждаят от рехабилитация. По време на рехабилитационния процес нашите пациенти могат да бъдат последявани онлайн и да им се направи кардиологично обследване. Пациентите не заплащат, а си тръгват с кардиологично заключение. Услугата надграждане на лечебния процес е единствена в България. По тези причини напливът от пациенти е голям. СБР Родопи има сключен договор по КП № 258 – 265. През годините се наблюдава тенденция към увеличаване на пациентите – през 2014 г. са преминали 2303 пациента, 2015 г. - 1894, 2016 г. - 2848, 2017 г. – 3473, към 30.04.2018 г. – 1344. В публикувания проект на НЗК за област Смолян са предложени 174 легла за трите болници за рехабилитация, които се планират на регионално ниво за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване. При определянето на леглата не са взети предвид географските и природни характеристики на област Смолян, както и разпределението им на национално ниво, свързана с доказана потребност на населението. Приемът на пациенти е планов и е съобразен с месечните стойности, но не е отчетена натовареността през сезоните. Заетостта не е еднаква, има сезонна зависимост, която е свързана с неблагоприятните климатични условия през зимния сезон. През този период не може да има добра планираност и натовареност на леглата. Достъпът на населението ще се ограничи значително до този вид дейност. С оглед демографските характеристики на България и нарастващата потребност от медицински дейности по ФТР проекто-предложението ще ошети пациентите, нуждаещи се от този вид здравна услуга. Предвид уникалността на предлаганата здравна услуга СБР Родопи е избор на пациенти от цялата страна. Безплатното лечение, кардиообследване и допълнителните консултации на лекарски екип, оглавяван от проф. Димитров за придружаващи заболявания решава косвено и проблема с липсата на кадри в региона. Не се предизвикват допълнителни разходи както за пациентите, така и за здравната система. Допълнителните здравни услуги влизат в рамките на клиничните пътеки, което е от голяма помощ и за пациентите, и за НЗОК. Затова легловият фонд трябва да бъде запазен и дори увеличен поради острата нужда от такъв тип услуга в областта.		дейности в обхвата на задължителното здравно осигуряване се увеличава – за легла с регионално значение от 174 на 187 и се добавят 10 легла за дейности от II ниво.
9. Д-р Васислав Петров,	В частта на проекта за НЗК, касаеща област Сливен, се предлага броят на активните легла да бъде намален със 138 легла, от 1012 бр. на 874 бр. Аргумент за намаляването броя на леглата	Приема се частично.	1. Не се приема. Вносителят не

изпълнителен директор на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ Сливен вх. № 20-00-354/15.05.2018 г.	е ниската използваемост. Този аргумент не може да обясни намаляването на леглата от по-високите нива на компетентност, тъй като болницата не е подавала такива статистически данни за натоварване на леглата по нива. Нивото на компетентност на отделенията в ЛЗ се определя на базата на изискванията на съответния медицински стандарт за брой легла, брой специалисти, материално-техническа обезпеченост. Като директор на МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ АД изразявам своето безпокойство от следните заложи в проекта за НЗК параметри: 1. Интензивни легла – МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ АД има разкрити 8 легла от III ниво. Тези легла са обезпечени с апаратура и персонал, отговарящи на изискванията за това най-високо ниво на компетентност. Намалението на леглата от това ниво на 5 и то за цялата област излага на риск съществуването на ОАИЛ и предполага загуба на персонал. 2. Леглата за Вътрешни болести – непрофилирани: такива легла в МБАЛ има разкрити в отделенията по Вътрешни болести в гр. Котел. Разкриването на това отделение с 18 легла се наложи след прекратяването на дейността на МБАЛ Котел. Това е единственото болнично звено, което предоставя възможност за активно лечение на пациентите от община Котел. Предвид изискванията на медицинските стандарти и липсата на специалисти в този регион не е възможно да се профилират леглата и затова единственият начин за съществуване на това звено е те да останат в сегашния си вид. 3. Ендокринологични легла – МБАЛ има разкрити 16 ендокринологични легла II ниво на компетентност. Съгласно проекта тези легла остават само 2. Тази бройка не може да поеме лечението на тиреоидна патология, която изисква по стандарт минимум II ниво на компетентност. 4. Инфекциозни легла – МБАЛ има разкрито Инфекциозно отделение II ниво с 40 легла. Използваемостта е 66% за 2017 г., което е един сравнително висок % за този тип легла. В областта има компактни групи малцинствено население, боледуващо по-често от инфекциозни заболявания. Сливенска област е ендемичен район за кърлежово-преносими инфекции. Идеята леглата от второ ниво да бъдат трансформирани в легла от първо ниво (само 2 от второ ниво по проекта) ще доведе до невъзможност за лекуване на невроинфекции, кърлежови инфекции и хепатални коми, всички изискващи по стандарт минимум второ ниво. 5. Кардиологични легла – МБАЛ има разкрито Кардиологично отделение II ниво с 37 легла. Трансформирането на легла от II ниво на компетентност в такива на първо ниво (само 4 от второ ниво по проекта) ще доведе до невъзможност да бъдат лекувани най-разпространените заболявания на сърдечно-съдовата система – ритъмни нарушения, перикардит, ендокардит, БТЕ, НАП, които изискват минимум второ ниво.	отчита обстоятелството, че потребностите от интензивни легла са разпределени по нива на изпълняваните дейности, а не по нива на структури. Т.е. в рамките на разкритото ОАИЛ към лечебното заведение се изпълняват дейности от II и III ниво, нуждите от легла за изпълнението на които са планирани отделно съответно в кол. II и кол.Р, като общият брой на планираните интензивни легла в областта не се променя спрямо наличните към момента. Поради това не се налага намаляване на
--	--	---

	6. Нефрологични легла – МБАЛ има разкрито Нефрологично отделение II ниво с 13 легла и с 88% използваемост за 2017 г. намаляването на леглата от II ниво на 6 ще доведе до невъзможност за лечение на пациенти, чиито диагнози, съгласно НРД, изискват II ниво на компетентност. 7. Пневмологични легла – тук също има драстично намаляване на леглата от по-високото ниво. От 60 легла II ниво за областта те са намалени на 19 без да се взема предвид изискванията на НРД за лечението на пневмологични заболявания. 8. Легла за лицево-челюстна хирургия – в МБАЛ е разкрито единственото Отделение по лицево-челюстна хирургия III ниво с 10 легла и 83% използваемост за 2017 г. В областта има и друго отделение, също с 10 легла, но с II ниво на компетентност. Съгласно предложението за НЗК общият брой на леглата се намалява с 6 бр., като останалите легла са поставени в колоната „легла, планирани на регионално ниво“, тоест не става ясна съдбата на нашето отделение. 9. Ортопедични легла – МБАЛ има разкрито Ортопедо-травматологично отделение III ниво с 16 легла. Всички оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на горен и долен крайник изискват III ниво или второ в условията на спешност. Това е по-голямата част от травматологичната патология. По проекта за областта са определени само 5 легла от III ниво и 11 от второ ниво, което е крайно недостатъчно като абсолютен брой и ниво. 10. Неонатологични легла – в МБАЛ е разкрито единственото в областта неонатологично отделение II ниво с 37 легла. В отделението се лекуват всички състояния, изискващи апаратна вентилация по конвенционалния метод, фототерапия, обменни кръвопреливания, както и лечението на недоносени трета степен с тегло над 1200 грама изискват второ ниво. Проектът предлага леглата от второ ниво на компетентност от 37 да се намалят на 20, като общият брой легла се намалат от 85 на 62. Сливенска област е на първо място по раждаемост в България (12,5 промила при средно 9 промила за страната за 2017 г.). Преобладаващ е броят на деца от малцинствен произход. Не са рядко срещани майки и родилки на възраст 14-15 години с всички произтичащи от това проблем. Всичко това предполага и по-висок процент и по-тежка патология на новородените. 11. Педиатрични легла – в МБАЛ е разкрито единственото Педиатрично отделение с II ниво с 62 легла. Предвид регионалните особености и етническия състав на населението през есенно-зимния период се налага разкриване на допълнителни легла за обезпечаване приемане на болни легла. Намаляването на броя на леглата II ниво на само 24, без обезпечаване изискванията на НРД, ще доведе до значителни затруднения при обслужването на малките пациенти в област Сливен.	броя на съществуващите легла в съответните структури. 2. Не се приема. В НЗК (Забележка № 5 на Приложение 31) изрично е посочено, че планираните потребности от медицински дейности, осъществявани на легла по вътрешни болести – непрофилирани са планирани в рамките на леглата за медицински дейности по определени други медицински специалности (кардиология, ендокринология, пневмология и фтизиатрия и др.) и могат да се осъществяват в структури по медицинската
--	--	---

	12. Акушеро-гинекологични легла – в област Сливен има 4 ЛЗ с разкрити АГО. Областта е на първо място по раждаемост в България (12,5 промила при средно 9 промила за страната за 2017 г.). Голям е % на родилките под 18 г., като има такива и на 13-14 г., което води до голям брой патологични бременности. В МБАЛ е разкрито АГО II ниво с 32 легла и използваемост 82% за 2017 г. Предвид всичко това намаляването на общия брой легла с 12 бр. и намаляването на легла II ниво от 118 на 45 ще доведе до много затруднения в работите на структурите и ограничаване на достъпа на бременните жени до родилна помощ.		специалност вътрешни болести или структури по съответната друга медицинска специалност. В този смисъл няма проблем отделението по вътрешни болести в гр.Котел да продължи да функционира в настоящия вид.
			3. Не се приема в частта за ендокринологични и легла. Съгласно отчетените данни за хоспитализациите в област Сливен по КП, броят на фактически използваните легла за дейности изискващи минимум II ниво на компетентност, е 1. Планираните 2 легла гарантират покриване на потребностите от такива дейности

			за гражданите от областта. 4. Приема се частично в частта за легла по инфекциозни болести. Вносителят не отчита обстоятелството, че потребностите от легла са разпределени по нива на изпълняваните дейности, а не по нива на структурите, в които са разкрити. Т.е. в рамките на Инфекциозно отделение от II ниво се изпълняват дейности от I и II ниво, нуждите от легла за изпълнението на които са планирани отделно в съответните колони. Съгласно отчетените данни за
--	--	--	--

			хоспитализациите в област Сливен по КП по инфекциозни болести, броят на необходимите легла за дейности, изискващи минимум II ниво на компетентност при оптимална използваемост е 6. Във връзка с това е увеличен броят на тези легла от 2 на 6. 5. Приема се. Съгласно отчетените данни за хоспитализациите в област Сливен по КП по кардиология, броят на необходимите легла дейности изискващи минимум II ниво на компетентност при оптимална използваемост е 9. Във връзка с това е увеличен броят
--	--	--	---

			на тези легла от 4 на 9. 6. Не се приема В проекта на НЗК е предвидено увеличение на общият брой нефрологични легла спрямо наличните в момента предвид високата използваемост на 75 %. Съгласно отчетените данни за хоспитализациите в област Сливен по КП по нефрология, броят на необходимите легла за дейности, изискващи минимум II ниво на компетентност при оптимална използваемост е 6. Във връзка с това планираният броят на тези легла е 6. 7. Приема се Броят на леглата на II ниво е
--	--	--	---

			увеличен от 19 на 42 и 15 легла с регионално значение за лечение на туберкулоза при общо увеличение на леглата по пневмология и фтизиатрия от 37 броя спрямо наличните такива. 8. Не се приема Леглата по лицево-челюстна хирургия се планират като легла с регионално значение и включват легла в структури от II и III ниво. По-малкия общ брой легла спрямо разкритите е определен предвид отчетената използваемост от 53%, т.е. под приетата оптимална използваемост от 75%.
--	--	--	--

			9. Не се приема. По-малкият общ брой легла спрямо разкритите е определен предвид отчетената използваемост от 47%, т.е. под приетата оптимална използваемост от 75%. Разпределението на леглата по нива на компетентност на осъществяваните на тях дейности е базирано на отчетените данни по КП, изискващи съответното ниво на компетентност. 10. Приема се Увеличава се броят на неонатологичните легла от II ниво от 20 на 28, като се увеличава и общият брой на тези легла. 11. Не се приема. По-малкият общ
--	--	--	--

			брой легла спрямо разкритите е определен предвид отчетената използваемост от 69%, т.е. под приетата оптимална използваемост от 75%. Разпределението на леглата по нива на компетентност на осъществяваните на тях дейности е базирано на отчетените данни по КП, изискващи съответното ниво на компетентност. 12. Не се приема. По-малкият общ брой легла спрямо разкритите е определен предвид отчетената използваемост от 69%, т.е. под приетата оптимална използваемост от 68%.
--	--	--	---

			Разпределението на леглата по нива на компетентност на осъществяваните на тях дейности е базирано на отчетените данни по КП, изискващи съответното ниво на компетентност.
10. Г-н Р. Белчев, областен управител на област Монтана 11.вх. № 20-00-354/15.05. 2018 г. и вх. № 20-00-354/17.05. 2018 г.	Във връзка с публикувания проект на Национална здравна карта, беше извършен подробен анализ на наличните разкрити легла на територията на област Монтана по нива на компетентност и конкретно проведените хоспитализации за последната календарна година. В контекста на анализа, бяха взети предвид и други обстоятелства, възникнали през предходните месеци в съседни области, а именно новата ситуация в МБАЛ Враца. В следствие на това е установен и регистриран поток на пациенти от Враца, Козлодуй, Белоградчик и Видин. 15% от хоспитализираните пациенти за последните 3 месеца са от област Видин и Враца. Постъпващите за лечение пациенти са най-вече в обхвата на медицински специалности - хирургия, неврология и кардиология. По спешност са приети 7555 пациенти. ОПЛ на територията на обл. Монтана са 88 бр. Обхванати са всички общини. Трудно достъпни /неблагоприятни практики/ – 34 бр. Високата детска заболеваемост е свързана с ниския социален статус, особено на етническите групи, както и незадоволителната здравна култура, поведение и навици на населението. Не на последно място бяха анализирани отново и демографските особености на региона, свързани с промените във възрастовата структура на населението, специфичните особености на икономическото и културното развитие на обл. Монтана. Значителен е дялът на населението обитаващо неблагоустроени битови квартали, ниска обща и здравна култура, увеличена безработица, нисък жизнен стандарт. Процента на безработица в обл. Монтана е 15,4%, при средно за страната 7,2% или два пъти по-висока от средната за страната. Във връзка с това, моля да се коригират леглата за активно лечение в следните специалности:	Приема се.	1. Увеличава се броят на леглата по кардиология с 5, от които 2 на II и 3 на III (регионално) ниво. 2. Приема се Увеличава се броят на леглата по нервни болести от II ниво с 26. 3. Приема се Увеличава се броят на леглата по хирургия с 10. 4. Приема се Увеличава се броят на леглата по педиатрия от II ниво с 2.

	Хирургия – +10 броя /II- ро ниво на компетентност/ поради възникнала нова ситуация, касаеща МБАЛ Враца и недостиг на кадрова осигуреност на МБАЛ Враца. Нервни болести - +26 легла /II- ро ниво на компетентност / реално използвани легла Педиатрия - + 2 легла - III- то ниво на компетентност Кардиология - +4 легла /III- то ниво на компетентност/ на регионално ниво, поради проблемите в лечебните заведения в град Видин, град Враца, град Козлодуй и град Белоградчик. Мотиви : Създадена нова ситуация в МБАЛ град Враца; Възрастова структура на населението; Висока заболяемост; Спешен прием на пациенти и от област Враца и Видин; Висок процент на безработица; Преобладаване на социално слаби и неосигурени; Най- ниски финансови възможности. В предвид гореизложеното, Ви моля да вземете отношение по предложеното становище, имайки в предвид характерните особености на област Монтана и продължаващата тенденция за прием на пациенти по спешност от съседните области Враца и Видин. <i>Към писмото са приложени таблици - Извлечение от Приложение 32 от проекта, Болнични легла за активно лечение и Предложение по Приложение 32, Болнични легла за активно лечение (Приложение № 1 към справката)</i>		
11.Д-р Пенко Бамбов, член на Комисия за изготвяне на Областна здравна карта на Област Ловеч, представител на Община Троян вх. № 20-00-354/15.05. 2018 г.	По отношение на лекари и лекари по дентална медицина в първичната извънболнична помощ в НЗК са потвърдени определените в ОЗК бройки. По отношение на определянето на необходимия минимален брой лекари, лекари по дентална медицина и специалисти по здравни грижи в СИМП е съобразено с Методиката на база отчетени амбулаторни прегледи в РЗОК-Ловеч по отделни специалности, а за лекари от параклиничните дисциплини на база обема на извършената медико-диагностична дейност през последните три години. Отчитайки обстоятелството, че голям процент /63%/ от работещите в СИМП, са на договор и в болнична помощ, като при тях продължителността на работния ден е по малка от 8 часа, комисията определи потребност от 202 лекари специалисти. Това предложение надвишава изчисленият минимален брой специалисти в ИБП по методика /105/ с 97 бр. /48%/ именно поради преобладаващия брой лекари с договор и в болнична помощ /БП/ и невъзможност те да удовлетворяват потребностите на населението при дейност със значително по малка продължителност от 8-часов работен ден.	1. Не се приема.	Не се приема в частта за броя на лекарите и лекарите по дентална медицина в извънболничната помощ. Вносителят не е взел предвид обстоятелството, че броят на необходимите лекари и лекари

	В проекта на НЗК лекарите по клинични специалности са 159. Недоумение буди предложението на МЗ за намаляване броя практики по базови клинични специалности предвид факта, че: 1. Основен дял в заболяемостта на населението от региона се пада на IX клас „болести на органите на кръвообръщението“, клас X „Болести на дихателната система“, , клас II „Новообразувания“, клас XIX „Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини“ и клас XIV „Болести на пикочо-половата система“. 2. При евентуални структурни реформи в болничната помощ за реализация на медицинските специалисти остава СИМП. 3. С утвърждаване на предложените от областната комисия брой практики ще се гарантира достъпност и своєвременност на медицинското обслужване. От съществуващи разкрити практики най-значително са редуцирани практиките по: кардиология с 3 бр., нервни болести с 5, ортопедия и травматология с 3, очни болести с 4, пневмология и фтизиатрия с 5, хирургия с 4, физикална и рехабилитационна с 2, урология с 1, а функциониращите по съдова хирургия 3 практики са изцяло заличени – населението на областта остава без такава специализирана доболнична помощ. От лекари, осъществяващи медико-диагностични дейности по специалности са намалени клинични лекари с 2, лекари по образна диагностика с 2, микробиолози с 1. За цялата област в доболнична помощ остават 6 клинични лекари, 5 рентгенолози и 1 микробиолог. Предложението е да се утвърдят предложените по брой практики от областната комисия. Лекарите по дентална медицина в СИМП са 3 и удовлетворяват потребностите на населението. В предложението се увеличават на 27 по различни специалности. За специалистите по здравни грижи в доболничната помощ, комисията счита за необходимо осигуряване спазването на минимално съотношение 1:1 за работещи с лекари и 1: 0,1 за работещи с лекари по дентална медицина. Това определя общ брой на специалисти по здравни грижи в доболнична помощ 153, разпределен по видове, както следва: 80 медицински сестри, 20 акушерки, 17 мед. фелдшери, 20 клинични лаборанти, 8 рентгенови лаборанти и 8 рехабилитатори. В проекта на НЗК се предлага увеличение на 233 души, в т.ч 23 акушерки, 17 мед. Фелдшери, 12 рехабилитатори, 27 клинични лаборанти и 12 рентгенови лаборанти. Такава мащабна трудова заетост в доболничната помощ е трудно осъществима предвид практиката за лимитиране дейността на лекарите от СИМП и обема дейност на лабораториите.	по дентална медицина е определен на база пълна заетост, т.е. не по-малко от 40 часа седмично, като съгласно НЗК това се съобразява с трудовото законодателство (отчитайки специалности, които са с намалено работно време) и разпоредбите на чл.81, ал.3 и 4 от ЗЛЗ, т.е. че един лекар в ИБМП следва да работи не по-малко от 5 часа седмично по договор с НЗОК. Т.е. потребностите от 1 лекар по дадена специалност, работещ най-малко 40 часа седмично могат да бъдат задоволени от 1 лекар до 8 лекари-специалисти, в
--	---	--

	По отношение на болничната помощ в област Ловеч проектът на НЗК се разминава драстично с предложението на областната комисия, а именно: 1/ Общия брой на леглата за активно лечение за област Ловеч по специалности - от налични 621 и предложени от областната комисия 650 легла, е намален на 526 или с 124 легла /при максимален брой, определен по Методиката 599/. Предвидените брой легла и структури по нива на компетентност за област Ловеч не е съобразен с реалната, заболяемост и реалните потребности от болнично лечение по съответните специалности. 2/ Кардиологичните легла като цяло за областта - намалени от 83 на 54. Крайно недостатъчни за област със застаряващо население и нарастваща заболяемост от сърдечно-съдови заболявания. Не е спазено съотношението за разпределение по нива на компетентност по методика – 10-те легла с второ ниво на компетентност в МБАЛ-Троян при използваемост 82% са намалени на 2. Посочената ниска използваемост на кардиологичните легла за областта от 48% се дължи на нефункционирането на отделението по кардиология в областната в Ловеч болница за период след юни 2017г и до днес. 3/ По отношение на неврологичните легла е намален броят им като цяло от 73 на 59 и драстично на тези от второ ниво - от 73 на 26 легла, при положение, че и четирите болници в областта имат отделения с второ ниво на компетентност, обслужващи пациенти с диагнози, изискващи първо и второ нива на компетентност. 4/ Подобна тенденция към редукция на леглата се забелязва и при нефрологичните, педиатричните и хирургичните легла в несъответствие с Методиката на МЗ. Така например	2. Приема се частично.	зависимост от продължителността на времето (часовете), в което работят в ИБП по договор с НЗОК. 2.1. Липсва конкретно предложение за общия брой легла по видове. 2.2. Увеличава се броят на леглата по кардиология от I ниво от 37 на 46. Намаляват се леглата по кардиология от III ниво, като общият брой на леглата се увеличава от 54 на 58. 2.3. Увеличава се броят на леглата по нервни болести от II ниво от 26 на 28, а общият брой от 59 на 62. 2.4. Приема се частично. Броят на планираните легла е определен при спазване на методологията за
--	---	-------------------------------	--

	при максимален брой хирургични легла по Методика 150 и налични 116, те са намалени на 82. 5/ В проекта на Национална здравна карта изобщо не фигурират легла по ортопедия и травматология – първо ниво на компетентност за цялата област при съществуващите досега 7 първо, разпределени в болниците в Троян и Тетевен. Това ще доведе до отпадане на цяла една специалност, фигурираща в разрешителното за дейност и на двете болници и за изпълнението на която същите разполагат с по двама ортопеди със специалност, отговарящи на всички изисквания и покриват критериите по медицинския стандарт. Имайки предвид, че се касае за общини с подчертана концентрация на транспортен, битов и производствен травматизъм и отдалеченост от Областната болница на разстояние повече от 70 км., то това ще доведе до сериозно затруднение в обслужването на пациентите с такава патология. 6/ Голямо недоумение буди факта, че за областта не са предвидени легла за гинекологична помощ и патологична бременност с каквито разполагат болниците в Троян, Луковит и Ловеч. За трите болници са предвидени родилни легла за акушерска помощ, които са намалени драстично. Общ брой на леглата е 41 при максимален по методика 90. Предложени от МЗ – 27 бр. Настояваме да не се ограничава /забранява/ дейността на болниците по отношение гинекология и патологична бременност. 7/ Премахнати са напълно непрофилираните вътрешни легла, които преди 3 години бяха вменени като задължителни от РЗИ и МЗ в структурата на лечебните заведения. От нас се изискваше да отчитаме дейност върху тях, която дублираше тази от профилираните легла от Разрешителното за дейност на болниците. Това премахване на непрофилираните легла би трябвало да намери отражение и да бъде компенсирано с увеличаване броя на профилираните вътрешни легла по специалности, а самите те в предложения проект на МЗ даже са намалени с 47 легла. Основният показател за определяне броя легла по видове е използваемост, която за област Ловеч е средно 60 % при доста по-висока за общинските болници. Дължи се на настъпилите финансовите и кадрови проблеми в Областната болница, което доведе до закриване и нефункциониране на няколко основни отделения /кардиология, пневмология и фтизиатрия, съдова хирургия и др./, а съществуването на други е под въпрос. Редуцирането на леглата по брой и нива на компетентност и закриването на някои видове легла, заложили в проекта на НЗК ще затрудни дейността на болниците, ще се наложи реструктуриране /закриване на дейности и структури/, което ще доведе до невъзможност за гарантиране на нуждите на населението от адекватна болнична помощ. Ще се наруши законовото право на пациентите за качествено, навременно и достъпно здравеопазване и най-важното – ще доведе до деквалификация на персонала.	осигуряване на оптимална използваемост на леглата от най-малко 75%. Към 31.12.2017 г. използваемостта на посочените легла е под 75% - на леглата по нефрология е 66%, на хирургичните легла 52%. Увеличава се броят на леглата по педиатрия от I ниво от 38 на 42. и на хирургичните легла от I ниво от 7 на 10. 2.5. Не се приема. В НЗК не се определят потребности от легла по нива на структурите, в които се намират, а по нива на осъществяваните дейности в тях. Допълнени са уточняващи забележки 8 и 9, които уточняват,
--	---	---

	Необоснованото намаление на леглата по видове и нива на компетентност и обвързването на техния брой с брой преминали пациенти, фиксирани в договора с НЗОК, ще дестабилизира финансово болниците - намаляване на обема реализирана дейност респ. и на приходите. На основание изложеното настоявам, в проекта на МЗ видовете легла по брой и нива на компетентност да са съобразени с областната здравна карта, изготвена от Областната комисия на база изискванията на методиката на МЗ, а именно: Интензивни легла – 20 с второ ниво на компетентност; Терапевтични легла – 368 в т.ч. 65 с първо ниво, 282 с второ ниво и 21 с трето ниво на компетентност; Хирургични легла – 129 в т.ч. 22 с първо ниво, 87 с второ ниво и 20 с трето ниво на компетентност; Педиатрични легла - 92 в т.ч. 59 с първо ниво и 33 с второ ниво на компетентност; Акушеро-гинекологични легла – 41, от които 11 с първо ниво и 30 с второ ниво на компетентност; Легла за физикална и рехабилитационна медицина – 24; Легла за долекуване – 50.	че в рамките на леглата за дейности от II и III ниво са включени и легла за дейности от съответното ниво, които е допустимо да се осъществяват и в структури от по-ниско ниво на компетентност в условията на спешност, когато това е допустимо съгласно медицинските стандарти и КП. В конкретния случай дейностите, осъществявани по отчетените КП (изискващи II ниво) и осъществени по спешност в посочените структури по ортопедия и травматология от I ниво са отразени в потребностите от легла за
--	--	---

			дейности от II ниво. Това не възпрепятства тези дейности да продължат да се извършват по договор с НЗОК в посочените структури от I ниво в съответствие с изискванията на КП. 2.6. Приема се частично. Съгласно ЗЛЗ потребностите от легла се посочват по видове и медицински специалности. В случая в рамките на вида акушеро-гинекологични легла се включват легла само по специалността акушерство и гинекология, в рамките на които лечебното заведение ако желае може да обособи легла по отделни
--	--	--	---

			направления от специалността АГ, т.е. родилни, гинекологични и др. Увеличен е общият брой АГ легла от 27 на 30, от които 18 на I и 12 на II ниво. 2.7. Не се приема. Наличните в момента в областта непрофилирани вътрешни легла са само 4 с 37 % използваемост, т.е. 1 фактически използвано легло, при обща използваемост на терапевтичните легла. Едновременно с това е увеличен броят на леглата по пневмология и фтизиатрия, на които се лекува най-честата патология. 2.8. Броят на планираните легла по видове е определен при
--	--	--	---

			спазване на методологията за осигуряване на оптимална използваемост на леглата от най-малко 75%. Към 31.12.2017 г. използваемостта на всички видове легла е под 75% - терапевтични - 66%, на хирургичните легла 52%, на педиатричните легла 66% и на АГ – 58% и липсва основание за увеличаване на предвидения в проекта брой легла по видове.
12. Д-р Калчев, председател на РК на БЛС Пловдив вх. № 20-00-354/14.05. 2018 г.	Ат. Във връзка с обсъждането на Националната здравна карта, качена на сайта на МЗ, настояваме тя да бъде съобразена с параметрите от Здравната карта, изработена от Министерството от 5.01.2016 г. До този момент лечебните заведения работят с рестриктивен режим, спуснат от Надзорния съвет на НЗОК и пациентите, избрали лечебните заведения в област Пловдив много често получават адекватна и квалифицирана помощ в отсрочен порядък. Позицията ни в годините е, че областната здравна карта трябва да има препоръчителен характер. Предвид факта, че Пловдив е определен за Европейска столица на културата през 2019 г. и градът и областта ще бъдат посетени както от граждани на Република България, така и от граждани от всички точки на света, готови сме да организираме среща с народните	Не се приема.	Становището не съдържа възражения и предложения, свързани със съдържанието на НЗК.

	представители от 16 и 17 МИР, кметовете от града и областта и директорите на ЛЗБП при първа възможност от страна на народните представители. УС на РК на БЛС-Пловдив е убеден, че със съвместни усилия ще защитим необходимостта от здравна карта, с което ще затвърдим факта, че гр. Пловдив като университетски център ще продължи да оказва консултативна и лечебна дейност не само на гражданите от града и областта, но и пациенти от цяла България и чужбина. Към становището е приложена кореспонденция от 2016 и 2018 г. от УС на РК на БЛС до УС на БЛС и министъра на здравеопазването. В писмо от 26.01.2016 г. от д-р Г. Кръстев, председател на УС на РК на БЛС Пловдив, до председателя на УС на БЛС, министъра на здравеопазването и областния управител е предложено увеличаване на легловата база при необходимост, предвид факта че Пловдив е определен за Европейска столица на културата през 2019 г., както и номинацията му за туристическа дестинация в топ 10 на Европа. С писмо от 19.03.2018 г. от д-р Ат. Калчев, председател на УС на РК на БЛС Пловдив, до председателя на БЛС е представена следната информация: 1. Към настоящия момент областната комисия по чл. 23 от ЗЛЗ е одобрила параметрите на ОЗК Пловдив. 2. В предложения вид на настоящата здравна карта са заложили по едни самостоятелни щат от всички профилни педиатрични специалности, съдова хирургия, инфекциозни болести и неврохирургия. По отношение на броя специалисти няма промяна и се запазват параметрите за ПИМП, СИМП и БП, които се покриват реално съществуващите. По отношение на броя легла всички специалности са удовлетворени, единствено по специалностите „Физикална и рехабилитационна медицина“ и „Хирургия“ има завишаване на броя легла, предложени от Методиката. Имаме уверението на директора на РЗИ Пловдив, че ще положат всички усилия за утвърждаване на това предложение чрез компенсиране от съседни региони. 3. Не сме получавали от други органи на изпълнителната власт инструкции/искания и писма, с които да се иска намаляване на броя легла спрямо предходната карта или до понижаване на други показатели.		
13. РК на БЛС – Пазарджик вх. № 20-00-354/10.05. 2018 г.	Членовете на УС на РК на БЛС Пазарджик, управители на ЛЗБП и представители на ЛЗБП са обезпокоени от предложенията в Приложение № 30 на проекта на НЗК, касаещи параметрите за болничните легла. Представители на РК на БЛС взеха участие в изработването на ОЗК за област Пазарджик, като по време на заседанията на областната комисия представителите на БЛС и останалите членове работиха в пълен синхрон. По отношение на брой легла областната комисия се обедини по следните параметри:	Приема се частично.	1. Приема се в частта за леглата по урология. В проекта на НЗК е допусната техническа грешка, като не е

Медицински дейности по видове	I ниво	II ниво	III ниво	ОБЩО	
Интензивни	-	53	23	76	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ		53	23	76	
Терапевтични	101	344	207	652	
ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ - НЕПРОФИЛИРАНИ		40		40	
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ		49	15	64	
ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА	7	24	7	38	
ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ		28		28	
КАРДИОЛОГИЯ	31	28	95	154	
КЛИНИЧНА АЛЕРГОЛОГИЯ				-	
КЛИНИЧНА ИМУНОЛОГИЯ				-	
КЛИНИЧНА ТОКСИКОЛОГИЯ				-	
КЛИНИЧНА ХЕМАТОЛОГИЯ	6	10		16	
КОЖНИ И ВЕНЕРИЧЕСКИ БОЛЕСТИ		8		8	
ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ			30	30	
МЕДИЦИНСКА ОНКОЛОГИЯ			30	30	
НУКЛЕАРНА МЕДИЦИНА				-	
НЕРВНИ БОЛЕСТИ	16	79	20	115	
НЕФРОЛОГИЯ	11	26		37	
ПНЕВМОЛОГИЯ И ФТИЗИАТРИЯ	30	37	10	77	
РЕВМАТОЛОГИЯ		15		15	
Хирургични	8	230	112	350	
ГРЪДНА ХИРУРГИЯ			7	7	
ДЕТСКА ХИРУРГИЯ		4		4	
КАРДИОХИРУРГИЯ				-	
ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНА ХИРУРГИЯ		5		5	
НЕВРОХИРУРГИЯ		10	13	23	
ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ		57	41	98	
ОЧНИ БОЛЕСТИ		11		11	
ПЛАСТИЧНО-ВЪЗСТАНОВИТЕЛНА ХИРУРГИЯ			5	5	
СЪДОВА ХИРУРГИЯ		1	5	6	
УРОЛОГИЯ		34	10	44	
УШНО-НОСНО-ГЪРЛЕНИ БОЛЕСТИ		17		17	
ХИРУРГИЯ	8	91	31	130	
Педиатрични	37	281	20	338	
НЕОНАТОЛОГИЯ	37	32		69	
ПЕДИАТРИЯ		249	20	269	
ДЕТСКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ				-	
ДЕТСКА ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА				-	
ДЕТСКА КАРДИОЛОГИЯ				-	
ДЕТСКА КЛИНИЧНА ХЕМАТОЛОГИЯ И ОНКОЛОГИЯ				-	
ДЕТСКА НЕВРОЛОГИЯ				-	
ДЕТСКА НЕФРОЛОГИЯ И ХЕМОДИАЛИЗА				-	
ДЕТСКА ПНЕВМОЛОГИЯ И ФТИЗИАТРИЯ				-	

отразен планирания брой легла по урология – 12 на I ниво, 20 на II ниво и 1 на III ниво.

2. Приема се частично, като се увеличава броя на леглата от II ниво на компетентност от 64 на 82, а общия брой от 182 на 200.

Планираният брой на леглата по педиатрия е съобразен с отчетените случаи по КП на заболявания на деца до 18 години с областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75% при настояща използваемост на леглата по педиатрия 61 %.

3. Приема се частично.

В НЗК (Забележка № 5 на Приложение 31)

ДЕТСКА ПСИХИАТРИЯ				-
ДЕТСКА РЕВМАТОЛОГИЯ				-
Акушеро-гинекологични	49	93	21	163
АКУШЕРСТВО	25	34	7	66
ГИНЕКОЛОГИЯ	12	44	14	70
ПАТОЛОГИЧНА БРЕМЕННОСТ	12	15		27
Други	214	306	75	595
ПСИХИАТРИЯ		181		181
ФИЗИКАЛНА И РЕХАБИЛИТАЦИОННА МЕДИЦИНА		125	75	200
ПРОДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ			178	178
ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ			36	36
Структури без легла	13	61	5	79
СПЕШНА МЕДИЦИНА	1	1	1	3
ДИАЛИЗНО ЛЕЧЕНИЕ (БРОЙ ПОСТОВЕ)		43		43
ПСИХИАТРИЯ - ДНЕВЕН СТАЦИОНАР (БРОЙ МЕСТА)				-
ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ				-
НУКЛЕАРНА МЕДИЦИНА			1	1
ФИЗИКАЛНА И РЕХАБИЛИТАЦИОННА МЕДИЦИНА	2			2
ВИРУСОЛОГИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ				-
КЛИНИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ	1	8	1	10
ЛАБОРАТОРИЯ ПО КЛИНИЧНА ИМУНОЛОГИЯ		1		1
МЕДИЦИНСКА ГЕНЕТИКА				-
МЕДИЦИНСКА ПАРАЗИТОЛОГИЯ				-
МИКРОБИОЛОГИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ		5	1	6
ТОКСИКОЛОГИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ				-
ОБРАЗНА ДИАГНОСТИКА	3	3	1	7
ТРАНСФУЗИОННА ХЕМАТОЛОГИЯ				-
ОБЩА И КЛИНИЧНА ПАТОЛОГИЯ			6	6
СЪДЕБНА МЕДИЦИНА				-

От комисията на НЗК не се получи никакво възражение за преработване на параметрите. В публикуваната проектонаредба за обсъждане на НЗК, за обл. Пазарджик се предлагат параметри далеч по-различни и в някои специалности със силно намален брой легла, с които има сключен договор за 2017 г.

1. От ЛЗ за БП се предлага да изчезнат леглата по Урология 44 на брой (в област Пазарджик работят 5 отделения по урология). Къде бихме могли да лекуваме болните от нашата област с такива проблеми особено, когато са спешни? Настояваме за оставане на леглата по урология поне в сегашния им брой.

2. От предложените в ОЗК 338 легла по педиатрия и действащи за 2017 г. 206 бр. според проекта на НЗК трябва да станат 182 бр. Въпреки мотивацията на обл. комисия се решава, че в осмата по брой жители област на страната с повишаваща се заболяемост на децата и

изрично е посочено, че планираните потребности от медицински дейности, осъществявани на легла по вътрешни болести – непрофилирани са планирани в рамките на леглата за медицински дейности по определени други медицински специалности (кардиология, ендокринология, пневмология и фтизиатрия и др.) и могат да се осъществяват в структури по медицинската специалност вътрешни болести или структури по съответната друга медицинска специалност. По отношение на леглата по пневмология и

	пред почти демографска криза детските легла трябва да се намаляват. Настояваме детските легла да не паднат под 206 бр. 3. Според проекта на НЗК непрофилираните легла по ВБ – 40 бр. се ликвидират независимо, че се предлага известно увеличение на брой легла за някои тесни специалности по ВБ, то ликвидирането на непрофилираните легла ще доведе до затруднение, особено за лечение на инфекции на ДДП и като съчетаем предлаганото намаляване с 18 бр. легла по пневмология от сега действащите 77 бр., затруднението относно лечението на подобни пациенти ще бъде пълно. Настояваме броя на леглата в двете изброени специалности да остане на сегашното ниво. 4. Настояваме брой легла по хирургия да не падне под 122 бр., съдова хирургия под 11 бр., очни болести под 11 бр., неврохирургия под 23 бр., лицево-челюстна хирургия под 6 бр., гръдна хирургия под 10 бр. 5. При наличните в момента 4 спешни отделения към ЛЗ за БП се предлага да остане действащо само 1. Настояваме сегашния брой спешни отделения да бъде запазен. 6. Приветстваме предложението на комисията по НЗК да увеличи брой легла за някои специалности и декларираме, че сме категорично против леглата за активно лечение за БП в област Пазарджик да бъдат намалени под нивото за което се е работило през 2017 г.	фтизиатрия е направена корекция, като се увеличава броят на леглата за дейности на I ниво от 26 на 55, както и се добавят пропуснатите 16 легла с регионално значение за лечение на туберкулоза. 4. Приема се частично. Увеличават се леглата по съдова хирургия от 6 на 8; лицево-челюстна хирургия от 2 на 4; гръдна хирургия от 6 на 8; хирургия от 110 на 122, неврохирургия от 20 на 23 и очни болести от 5 на 6. 5. Не се приема Потребностите от СО е определена при осигуреност 1 СО на население 200 000 души, т.е.
--	--	--

			2 СО при население над 400 000 души. Населението на областта е 275 000 души. 6. Не се приема Броят на разкритите в момента легла за активно лечение в областта е 1677 при 62 % използваемост. Планираните в НЗОК легла за АЛ са 1272, което осигурява оптимална използваемост от 75% и са с 224 повече от фактически използваните легла, т.е. налице е резерв от 25 % свободен леглови фонд.
14. Становище на КОЗК за област Ямбол вх. № 20-00-354/16.05.2018 г., № 20-00-354/17.05.	I. Лечебни заведения за болнична помощ. Болнични легла за активно лечение 1.В проекта за НЗК 2018 липсват легла за лечение на урологични заболявания. В момента в област Ямбол е разкрито отделение по урология с 8 легла, II-ро ниво на компетентност съгласно утвърдения медицински стандарт по „Урология” към МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол.	Приема се частично.	1. Приема се в частта за леглата по урология. В проекта на НЗК е допусната техническа

15.2018 г.	Мотиви: МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол е 90,87% собственост на държавата. Отделението по урология е единствено и обслужва пациентите от цялата Ямболска област. За 2017 г. отделението функционира пълноценно, като отговаря на изискванията за II-ро ниво на компетентност. Отделението е база за обучение на специалисти по урология. -Брой болнични легла- общо 8. Сключен договор с НЗОК за 8 легла; -Преминали болни-общо 754, извършени операции 582. По медицински стандарт изискването е 150 операции годишно на 10 легла.; -Оперативна активност- 77,2 % Използваемост на леглата в дни – 236,63; използваемост в %- 65 %; Предложение: В НЗК 2018 г. да се извърши корекция на броя на леглата по урология- да останат 8 болнични легла. 2.В проекта за НЗК 2018 г. са определени 3 легла за лечение на очни заболявания. Мотиви: В Областта е разкрито единствено отделение по очни болести с II-ро ниво на компетентност към МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол. Отделението е с 5 болнични легла и е база за обучение на специалисти по очни болести.Специалистите по очни болести осъществяват консултации в другите отделения на МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол, както и в СБАЛК ЕАД-Ямбол. • През 2017 г. Брой болнични легла- общо 5. Сключен договор с НЗОК за 5 легла; • Преминали болни-общо 437 (при изискване по медицински стандарт «Очни болести»- 200), извършени операции 257 (при изискване по медицински стандарт- 140). По медицински стандарт изискването е 400 операции годишно на 10 легла и минимум 400 хоспитализации.; • Оперативна активност- 59 % .Използваемост на леглата в дни – 179,4, използваемост в %- 50 %. Предложение: В НЗК 2018 г. да се извърши промяна на броя на леглата по очни болести- от определени 3 легла на 5 болнични легла. 3.В проекта за НЗК 2018 г. са силно намалени леглата по хирургия: от 39 легла на 24. Този брой легла е недостатъчен за област Ямбол. Хирургични отделения са разкрити в: 3.1.МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол- 90,87% държавна собственост: • Брой болнични легла- 15 хирургични легла. Сключен договор с НЗОК за 15 легла по хирургия; • Преминали болни-общо 909 в хирургия. Извършени хирургични операции 971. По медицински стандарт изискването е не по-малко от 700 операции годишно.;	грешка, като не е отразен планирания брой легла по урология – 4 на I ниво, 3 на II ниво. 2. Не се приема Планираният брой на леглата по очни болести е съобразен с отчетените случаи по КП с областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75% при настояща използваемост на леглата по очни болести 49 %. 3. Не се приема Планираният брой на леглата по хирургия е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75% при настояща използваемост на леглата по хирургия 47 %. 4. Не се приема
------------	--	--

	- Оперативна активност- 87,0 % Използваемост на леглата в дни – 267,2; използваемост в %-73,2 %; 3.2.МБАЛ „Св. Йоан Рилски” ООД-Ямбол- 100% частна собственост - Брой болнични легла- 24 хирургични легла. Сключен договор с НЗОК за 12 легла по хирургия; - Преминали болни-общо 922. Извършени хирургични операции 861. По медицински стандарт изискването е не по-малко от 700 операции годишно.; - Оперативна активност- 93,3 %(за 12 легла) Използваемост на леглата- 195; в % -53,4 %; Мотиви: По-ниската използваемост на хирургичните легла в Областта се получава, тъй като в МБАЛ «Св. Йоан Рилски» ООД-Ямбол са разкрити 24 легла , а по договор с НЗОК работят 12 легла. Съгласно Наредба № 49 от 18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на ЛЗБП и на ДМСГД, чл. 8а ЛЗБП осигуряват задължително не по-малко от 10 на сто от общия брой болнични легла за активно лечение за всяка болнична структура за прием на пациенти в спешно състояние. На базата на предадените отчети от лечебните заведения за болнична помощ за оказване на своевременна и качествена хирургична медицинска помощ са необходими 27 болнични легла. Предложение: В НЗК 2018 г. да се извърши промяна на броя на леглата по хирургия- от 24 на 27. 4.В проекта за НЗК 2018 г. е допусната техническа грешка за детска хирургия: записани са 2 легла III-то ниво на компетентност. Към момента леглата по детска хирургия са 3 броя с II-ро ниво на компетентност. Легла по детска хирургия са разкрити само в отделението по хирургия при МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол. Това е единственото ЛЗБП в Областта, което е разкрило легла за детска хирургия. Мотиви: МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол- 90,87% държавна собственост: - Брой болнични легла- 3 легла по детска хирургия с II-ро ниво. Сключен договор с НЗОК 3 легла за детска хирургия; - Преминали болни- 220 в детска хирургия. Извършени хирургични операции - 185 по детска хирургия. По медицински стандарт изискването е не по-малко от 100 операции годишно.; - Оперативна активност- 84,0 % Използваемост на леглата в дни – 274,0; използваемост в %-75,1 %;	Леглата по специалността Детска хирургия се планират като легла с регионално значение и съгласно Приложение № 33 на НЗК включват легла за дейности от II и III ниво на компетентност. 5. Приема се частично, като се променя броя на леглата за дейности по АГ от II ниво на компетентност от 7 на 11 и общия брой от 18 на 22. Планираният брой на леглата по АГ е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75% при настояща използваемост на леглата по АГ 38 %.
--	--	---

	Предложение: В НЗК 2018 г. да се извърши промяна на нивото на компетентност и броя на леглата по детска хирургия- от определени 2 легла с III-то ниво на 3 болнични легла с II-ро ниво на компетентност. 5.В проекта за НЗК 2018 г. са силно намалени леглата по акушерство и гинекология: от 35 легла на 18. Този брой легла е недостатъчен за област Ямбол В област Ямбол са разкрити следните болнични легла по акушерство и гинекология: 5.1.МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол- 90,87% държавна собственост: • Брой болнични легла- общо 14, от които 2 гинекологични легла, 7 родилни легла и 5 легла за патологична бременност. Сключен договор с НЗОК за общо 14 легла; • Преминали болни-общо 955, от които: 337 за гинекология, 402 родилни и 216 за патологична бременност; • Операции: 1215 операции в т.ч. 312 гинекологични операции,; родилно – 831 в т.ч. 65 цезарово сечение; патологична бременност – 72; аборти 273. • Хирургична активност – 93,5 %. 5.2.МБАЛ „Св. Йоан Рилски” ООД-Ямбол- 100% частна собственост: Отделение по гинекология (без раждания)- II-ро ниво на компетентност в изпълнение на утвърдения медицински стандарт «Акушерство и гинекология»: • Брой болнични легла- общо 11. Сключен договор с НЗОК за общо 11 легла; • Преминали болни-общо 635; • Операции: гинекология- 394 операции. Изискване по мед. стандарт по 100 операции годишно на един лекар. • Хирургична активност – 98,43 %; • Използваемост на леглата в дни – 80. 5.3.МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово- 100% общинска собственост: • Брой болнични легла- общо 10, от които 3 гинекологични легла, 3 родилни легла и 4 легла за патологична бременност. Няма сключен договор с НЗОК за 2017 г.. • В РЗИ-Ямбол се подготвят документи за искане за промяна в Разрешението за дейност на болницата: да отпадне дейност по акушерство и гинекология в МБАЛ «Св. Иван Рилски» ЕООД-Елхово. Мотиви: По-ниската използваемост на леглата по акушерство и гинекология се получава, тъй като в МБАЛ «Св. Иван Рилски» ЕООД-Елхово са разкрити 10 легла , които през 2017 г. не са осъществявали дейност. На базата на предадените отчети от лечебните заведения за болнична помощ за оказване на своевременна и качествена акушеро-гинекологична медицинска помощ са необходими 27 болнични легла.	6. Не се приема. В НЗК (Забележка № 5 на Приложение 31) изрично е посочено, че планираните потребности от медицински дейности, осъществявани на легла по вътрешни болести – непрофилирани са планирани в рамките на леглата за медицински дейности по определени други медицински специалности (кардиология, ендокринология, пневмология и фтизиатрия и др.) и могат да се осъществяват в структури по медицинската специалност вътрешни болести или структури по съответната друга медицинска
--	--	---

	Предложение: В НЗК 2018 г. да се извърши промяна на броя на леглата по акушерство и гинекология- от 18 на 27. 8.В проекта за НЗК 2018 г. липсват легла по вътрешни болести (непрофилирани). Становището на МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово, подкрепено от кмета на община Елхово и председателя на Общинския съвет-Елхово е че са необходими минимум 13 болнични легла по вътрешни болести (непрофилирани) за осигуряване на дейността на общинското лечебното заведение по договор с НЗОК. Становище на МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово, подкрепено от община Елхово е следното: Отделението е от първо ниво. Работи по 6 клинични пътеки. През 2017 г. 80 на сто от преминалите болни са по: КП № 29 Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация; КП № 39 Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст; КП № 84 Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит. Данните за предходните 2-3 години са подобни на изложените. Съгласно действащите изисквания, договори за изпълнение на посочените пътеки се сключват и дейностите от алгоритъма на пътеките се изпълняват, при наличие на двама лекари - специалисти по вътрешни болести при първо ниво на компетентност на отделението. Пациентите по пет КП в отделението се приемат по спешност, а по една КП приемът е планов. Мотиви: От изложеното е видно, че отделението е и работи като непрофилирано отделение по вътрешни болести. В 80 на сто от случаите пациентите са приемани по спешни индикации, а за лечението се изисква и то се осъществява от едни и същи лекари-терапевти, в едни и същи условия. Това налага увеличаване броя на непрофилираните легла, за сметка на леглата, профилирани по специалности на вътрешните болести. Така ще се даде възможност по-гъвкаво и в интерес на нуждаещите се да се използват наличните легла: не е възможно съотношението на заболяванията на нуждаещите се във всеки момент да съответства на съотношението на броя легла, профилирани по специалности на вътрешните болести. Това обстоятелство ще принуди болницата при липса на легла по даден профил да отказва болнична помощ, а в същото време да се окажат незаети легла, профилирани по други специалности на вътрешните болести. Предложение: В НЗК 2018 г. да се извърши промяна на броя на леглата по вътрешни болести (непрофилирани)- от 0 на 13. 9.В проекта за НЗК 2018 г. са променени броя на леглата за клинична хематология: записано е 1 легло с I-во ниво на компетентност. Към момента леглата по клинична хематология са 2 броя с I-во ниво на компетентност и сключен договор с НЗОК за 2 легла.	специалност. Освен това съгласно ОЗК и досието на МБАЛ-Елхово във ВО има разкрити 13 легла, които са профилирани по отделни те специалности. 7. Не се приема Планираният брой на леглата по клинична хематология е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75% при настояща използваемост на леглата по клинична хематология 42 %. 8. Не се приема Вносителят не отчита обстоятелството, че потребностите от легла за активно лечение, в т.ч. за
--	--	---

	Мотиви: Легла по клинична хематология са разкрити само в отделението по вътрешни болести (с дейности по гастроентерология и нефрология) при МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол. Това е единственото ЛЗБП в Областта, което е разкрило легла по клинична хематология. Предложение: В НЗК 2018 г. да се извърши промяна на броя на леглата по клинична хематология- от определени 1 легло на 2 болнични легла с I-во ниво на компетентност. 10.В проекта за НЗК 2018 г. са променени леглата по ендокринология и болести на обмяната, относно брой легла и нивата на компетентност. Мотиви: В област Ямбол са разкрити 6 легла с II-ро ниво на компетентност и 2 легла с I-во ниво : 6 легла в МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол с II-ро ниво и 2 легла с I-во ниво в МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово. Предложение:В НЗК 2018 г. да се извърши промяна в нивата на компетентност и на броя на леглата по ендокринология и болести на обмяната- от 5 легла в I-во ниво и 1 във II-ро ниво на 6 легла с II-ро ниво на компетентност и 2 легла с I-во ниво, съгласно Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № МБ-133/27.04.2016 г. на МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол и Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № МБ-32/23.12.2015 г. на МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово. 11.В проекта за НЗК 2018 г. е променено нивото на компетентност по инфекциозни болести- 9 легла в I-во ниво и 1 легло с II-ро ниво.. Мотиви: В област Ямбол са разкрити 10 легла с II-ро ниво на компетентност в МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол, съгласно Разрешение за дейност № МБ-133/27.04.2016 г.. Предложение:В НЗК 2018 г. да се извърши корекция в нивото на компетентност- от 9 легла в I-во ниво и 1 във II-ро ниво на 10 легла с II-ро ниво на компетентност, съгласно Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № МБ-133/27.04.2016 г. на МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол 12.В проекта за НЗК 2018 г. са променени леглата по нервни болести, относно нивата на компетентност. В област Ямбол са разкрити 40 легла с II-ро ниво на компетентност : 25 легла в МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол и 15 легла с II-ро ниво в МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово. Мотиви: 12.1.МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол- 90,87% държавна собственост: • Брой болнични легла- общо 25. Сключен договор с НЗОК за 25 легла; • Преминали болни-общо 1724 при изискване по медицински стандарт «Нервни болести» - 380 пациенти годишно на 10 легла т.е. 950 пациенти годишно; • Използваемост на леглата в дни – 315,32; използваемост в %-86,40%;	ендокринология и болести на обмяната са разпределени по нива на изпълняваните дейности, а не по нива на структури. Т.е. в рамките на разкритите към МБАЛ Ямбол 6 легла с II ниво се изпълняват дейности от I и II ниво, нуждите от легла за изпълнението на които са планирани отделно. Например най-масовата лекувана патология на този вид легла е лечението на захарен диабет, което съгласно КП е дейност, изискваща I ниво на компетентност. В Забележка 2 на Приложение 31 на НЗК изрично е посочено, че
--	---	--

	• Оборот на леглата- 68,96. 12.2.МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово- 100% общинска собственост: • Брой болнични легла- общо 15. Сключен договор с НЗОК за 15 легла; • Преминали болни-общо 627 при изискване по медицински стандарт «Нервни болести» - 380 пациенти годишно на 10 легла т.е. 494 пациенти годишно; • Използваемост на леглата в дни –239, използваемост в %-65,5 %. Налице е висока използваемост на леглата по нервни болести . Предложение: В НЗК 2018 г. да се извърши промяна в нивата на компетентност на леглата по нервни болести- от 22 легла с I-во ниво и 18 легла с II-ро ниво на компетентност на 40 легла с II-ро ниво на компетентност, съгласно Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № МБ-133/27.04.2016 г. на МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол и Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № МБ-32/23.12.2015 г. на МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово. Болнични легла за рехабилитация 1.В проекта за НЗК 2018 г. са силно намалени леглата по физикална и рехабилитационна медицина: от 25 легла на 15 по договор с НЗОК. Този брой легла е недостатъчен за област Ямбол 1.1.МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол- 90,87% държавна собственост: • Брой болнични легла- общо 10; • Преминали болни-общо 259 ; • Използваемост на леглата - използваемост в %-50,79%; 1.2.МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово- 100% общинска собственост • Брой болнични легла- общо 15. Сключен договор с НЗОК 10 легла с II-ро ниво на компетентност; • Преминали болни-общо 173 ; • Използваемост на леглата - използваемост в %-33,3%; Ниската използваемост се получава, тъй като при разкрити 15 легла, по договор с НЗОК са 10. Мотиви: В областта са разкрити следните болнични легла по физикална и рехабилитационна медицина: 10 легла в МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол и 15 легла в МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕООД-Елхово (10 легла по договор с НЗОК). Лекуват се пациенти с прекарани тежки неврологични и ортопедо-травматологични заболявания. Предложение: В НЗК 2018 г. да се извърши промяна на броя на леглата по физикална и рехабилитационна медицина по договор с НЗОК- от 15 на 25.	планираните легла за дейности от I ниво могат да се осъществяват в структури по съответната специалност от I, II или III ниво на компетентност. Планираният брой на леглата по ендокринология и болести на обмяната е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75% при настояща използваемост на леглата по ендокринология и болести на обмяната 52 %. 9. Не се приема Вносителят не отчита обстоятелството, че потребностите от легла за АЛ, в т.ч. за инфекциозни болести на
--	--	--

	Всички отделения при МБАЛ „Св. Пантелеймон” АД-Ямбол са база за обучение на лекари-специализанти с оценка „отличен”, съгласно акредитационна оценка на Министерството на здравеопазването и Заповед № РД-17-17/04.02. 2016 г. за срок от 5(пет) години на министъра на здравеопазването. II. Лечебни заведения извънболнична медицинска помощ: 1.Необходимо е да се увеличи броя на специалистите по нефрология от 2 (двама) на 3 (трима). При определяне на специалистите по нефрология въз основа на извършените прегледи се установи, че са необходими 2,76. Областта е ендемичен район по отношение на бъбречната патология. 2.Необходимо е да се увеличи броя на специалистите по клинична лаборатория от 5 (пет) на 7 (седем). От предоставените в РЗИ-Ямбол отчети се установи, че се извършват голям брой лабораторни изследвания в последните три години- около 500 000 на година. <i>Към писмото е приложен Протокол от заседанието на комисията (Приложение № 2 към справката)</i>	обмяната са разпределени по нива на изпълняваните дейности, а не по нива на структури. Т.е. в рамките на разкритото към МБАЛ Ямбол Инфекциозно отделение с II ниво се изпълняват дейности от I и II ниво, нуждите от легла за изпълнението на които са планирани отделно. В Забележка 2 на Приложение 31 на НЗК изрично е посочено, че планираните легла за дейности от I ниво могат да се осъществяват в структури по съответната специалност от I, II или III ниво на компетентност. 10. Не се приема
--	---	--

			Вносителят не отчита обстоятелството, че потребностите от легла за АЛ, в т.ч. за нервни болести са разпределени по нива на изпълняваните дейности, а не по нива на структурите, в които те се осъществяват. Т.е. в рамките на разкритите 40 легла в структури с II ниво се изпълняват дейности от I и II ниво, нуждите от легла за изпълнението на които са планирани отделно. Общият брой на леглата по нервни болести в областта се запазва предвид отчетената оптимална използваемост от 75%.
--	--	--	---

			10. Не се приема. Общият брой на леглата по ФРМ (за рехабилитация) в проекта на НЗОК е увеличен спрямо разкритите легла от 25 на 35 легла. Планираният брой на леглата по ФРМ в обхвата на ЗЗО е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 80% при настояща използваемост на леглата по ФРМ 45 %. 11. Приема се. Броят на лекарите по нефрология се увеличава от 2 на 3, предвид отчетения голям брой прегледи по специалността – 6169 при оптимален брой прегледи на 1 специалист на
--	--	--	--

			пълнен работен ден 2424 годишно. Приема се и предложението за увеличаване на броя на лекарите специалисти по клинична лаборатория от 5 на 7.
15. Д-р Антоанета Гьонкова, управител на СБР „Мари“ ООД вх. № 20-00- 354/16.05. 2018 г.	Във връзка с проект на РМС за утвърждаване на НЗК в изложеното на сайта на МЗ Приложение № 2 към т. I, подточка 1, раздел V „Брой на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове, лечебни заведения и нива на компетентност“ СБР „Мари“ ООД, гр. Несебър не фигурира в списъка на лечебните заведения за област Бургас. В същото време в Раздел II – Вид, брой, дейности и разпределение на съществуващите лечебни заведения, както и в Раздел V - Брой на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове, лечебни заведения и нива на компетентност на съответните структури (Таблица 2), лечебното заведение фигурира в общия брой лечебни заведения и легла за физикална и рехабилитационна медицина за областта. Надявам се, че допуснатата техническа грешка ще бъде отстранена и необходимите корекции ще бъдат направени в срок.	Приема се.	Касае се за техническа грешка. Техническата грешка е коригирана в съответствие с данните от ОЗК Бургас.
16. Д-р Богдан Сотиров, председател на УС на РК на БЛС Сливен вх. № 20-00- 354/16.05. 2018 г.	От името на УС на РК на БЛС Сливен изразявам несъгласие с параметрите на НЗК за област Сливен по следните причини: 1. Терапевтични легла – предлагаме да се запази броя на съществуващите легла по следните специалности: Ендокринология. Мотив: захарният диабет е социално-значимо заболяване с прогресивно нарастващ брой болели. В допълнение Сливенска област е район с ендемично ниско ниво на йод и повишена заболяемост от болести на щитовидната жлеза. Лечението на тиреоидна патология изисква по стандарт минимум второ ниво на компетентност, а проектът на НЗК предвижда леглата от второ ниво да бъдат намалени от 16 на 2. Инфекциозни болести.	Приема се частично.	По т. 1 - виж становището по предложение 9 на настоящата таблица. По т. 2: 2.1. По отношение на леглата по ортопедия и травматология - виж становището по предложение 9

	Мотив: Сливенска област е ендемичен район за кърлежово преносими инфекции. Висок е процентът на населението от малцинствен произход. Идеята леглата от второ ниво на компетентност да бъдат трансформирани в такива от първо ниво (само 2 легла от II ниво по проекта) ще доведе до невъзможност за лекуване на невроинфекции, кърлежови инфекции и хепатални коми, всички изискващи по стандарт минимум второ ниво. Кардиология. Трансформирането на легла от трето и второ ниво на компетентност в такива от първо ниво (само 4 легла от второ ниво по проекта) ще доведе до невъзможност да бъдат лекувани най-разпространените заболявания на сърдечно-съдовата система – ритъмни нарушения, перикардит, ендокардит, БТЕ, НАП. Всички изброени изискват минимум второ ниво на компетентност. определените 14 легла от трето ниво (при 45 такива към момента) са крайно недостатъчни за лечението на остър инфаркт на миокарда. Напомняме, че отделението по инвазивна кардиология е единственото в областта, обслужва цялата област, както и че при лечение на остър инфаркт на миокарда важи правилото на „златния час“. Вътрешни болести – непрофилирани. Идеята на тези легла е да бъдат разкрити на места, където няма достатъчен брой специалисти по Вътрешни болести за профилирано отделение. Районът на община Котел е такъв, като през зимните месеци е трудно достъпен. Закриването на въпросните легла ще изправи населението от общината пред невъзможност за свободен достъп до медицински услуги. 2. Хирургични легла – предлагаме да се запази броят и нивото на компетентност на съществуващите легла по следните специалности: Ортопедия и травматология. Мотив: през областта минават основни пътни артерии, което е предпоставка за висок пътно-транспортен травматизъм. Населението е застаряващо с висок риск от падания и фрактури на крайниците. Всички оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на горен и долен крайник изискват трето ниво на компетентност, или второ ниво в условията на спешност. Това е по-голямата част от травматологичната патология. По проекта на НЗК за областта са определени само 5 легла от трето ниво и 11 от второ ниво, което е крайно недостатъчно като абсолютен брой и ниво. Само в МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ на ден се извършват до три операции на крайниците с голям и много голям обем и сложност. Напомняме, че въпросната патология възниква в условията на спешност и е абсурдно да се мисли за листа на чакащи. Хирургия. Мотив: всички операции с голям и много голям обем и сложност изискват трето ниво на компетентност. Към тези операции се числят операциите на хранопровода, стомаха и	на настоящата таблица. 2.2. По отношение на леглата по хирургия Не се приема. Вносителят не отчита обстоятелството, че потребностите от легла за АЛ, в т.ч. за хирургия са разпределени по нива на изпълняваните дейности, а не по нива на структури. Т.е. в рамките на разкритото към МБАЛ Сливен Отделение по хирургия с III ниво се изпълняват дейности от I, II и III ниво, нуждите от легла за изпълнението на които са планирани отделно. В Забележка 2 и 3 на Приложение 31 на НЗК изрично е
--	---	---

	дуоденома, чернодробните операции, операциите на панкреаса и дисталния холедох, операциите на екстрахепаталните жлъчни пътища, както и животозастрашаващите инфекции. Високият процент малцинствени пациенти, застаряващото население, неплатежоспособността водят до постъпване в болница при крайно авансиране на заболяванията, налагащо изброената патология да се работи основно по спешност. На този фон по проекта на НЗК леглата от трето ниво от 35 се намаляват на 9. Съдова хирургия. Параметрите от ОЗК обхващат период от време, през който титулярните лекари са напуснали отделението по съдова хирургия. Към момента в отделението работят двама лекари със специалност и тенденцията е дейността има да се разширява. Въпросното отделение е единствено за областта. 3. Педиатрични легла – не сме съгласни с така предложените параметри по следните причини: Сливенска облас е на първо място по раждаемост в България (12,5 промила при средно 9 промила за страната за 2017 г.). Преобладаващ е броят на децата от малцинствен произход. Не са рядко срещани майки и родилки на възраст 14-15 години с всички произтичащи от това проблеми. Неонаталогия. Проектът предлага леглата от второ ниво на компетентност от 37 да се намалят на 20, като общият брой легла се намаля от 85 на 62. С оглед горепосочените причини това е недопустимо. Всички състояния, изискващи апаратна вентилация по конвенционалния метод, фототерапия, обменни кръвопреливания, както и лечението на недоносени трета степен с тегло над 1200 грама изискват второ ниво. Само в МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ към всеки един момент се лекуват около 35 новородени, изискващи поне второ ниво. Педиатрия. Проектът на НЗК предлага леглата от второ ниво на компетентност от 62 да се намалят на 24. Това е абсолютно недостатъчно на фона на патологията в областта, хоспитализациите предимно по спешност и културно-етническите дадености на малцинствата в областта. 4. Акушеро-гинекологични легла – не сме съгласни с предложените параметри. Проектът на НЗК предлага леглата от второ ниво от 118 да се намалят на 45. Това е крайно недостатъчно за район с висок процент малцинствено население, много бременни и родилки в детска възраст (под 18 години), което води до голям брой патологични бременности. Голяма част от ражданията и цезаровите сечения са в условията на спешност, не е без значение и фактът, че много пациентки не са проследявани от специалист по време на бременността.	посочено, че планираните легла за дейности от I ниво могат да се осъществяват в структури по съответната специалност от I, II или III ниво на компетентност, а дейности от II ниво могат да се осъществяват в структури по съответната специалност от II или III ниво. Общият брой легла за дейности по хирургия, както и разпределението им по нива на компетентност е съобразен с отчетените данни за дейности по КП, изискващи съответното ниво на компетентност и оптимална използваемост 75%. 2.3. По отношение на леглата по
--	---	---

	5. Като цяло се наблюдава тенденция освен към съкращаване абсолютния брой легла в областта – 138 по проекта на НЗК, така и към трансформиране легла от по-високо ниво на компетентност към такива от по-ниско. С това ни е категорично не сме съгласни. Нивото на компетентност на отделенията в лечебните заведения се определя след акредитация и на базата на изисквания за брой специалисти, материално-техническа обезпеченост и съответствие със стандартите по специалности. Най-голямото богатство на областта са лекарите специалисти, работещи в отделенията на лечените заведения. Чрез тенденциозното събаряне нивата на компетентност, заложено в проекта на НЗК, се излага на риск бъдещето на отделенията, броя на специалистите в тях и качеството на предлаганото лечение. Медицинската статистика борава с цифри, но не взема предвид географските и климатични особености на района, пътната инфраструктура, възрастовите особености на населението, разпределението на населението по етнически и социален статус със съответните специфики, включително и платежоспособността и здравноосигурителния статус.		съдова хирургия се отчита техническа грешка, като броят на планираните легла не е 1, а 10. По т.3 - виж становището по предложение 9 на настоящата таблица. По т. 4 - виж становището по предложение 9 на настоящата таблица.
17. Д-р Ст. Хаджиев, управител на МБАЛ гр. Мадан вх. № 20-00-354/16.05.2018 г.	В проекта за Национална здравна карта на област Смолян видовете и броя на леглата за първо ниво са недостатъчни за окомплектоване на общинските болници в обл. Смолян. Премахнати са например леглата за първо ниво по ортопедия и травматология, намалени са леглата за много от другите специалности. Предлагаме МБАЛ „Проф. д-р К. Чилев“ ЕООД гр. Мадан да остане с броя легла за активно и продължително лечение така, както са в момента, добре кореспондиращи с необходимостта. МБАЛ „Проф. д-р К. Чилев“ – ЕООД гр. Мадан е на първо място по дейност в област Смолян от общинските болници. Отговаря на изискванията за I-во ниво лечебно заведение за болнична помощ за специалностите вътрешни болести, кардиология, пулмология, ендокринология, неврология, хирургия, ортопедия и травматология, УНГ, акушерство и гинекология, детски болести, рентгенология, физиотерапия и клинична лаборатория. В момента МБАЛ-ЕООД гр. Мадан поема обслужването и на населението на община Рудозем, тъй като болницата им се реструктурира в СБР. Разстоянието между двата града е 13 км и много е удобно на населението да търси най-напред нашата спешна консултативна и болнична помощ и след това на областната болница.	Не се приема.	Изложените факти и предложения не са съотносими към проекта на нормативен акт. НЗК определя потребностите от болнични легла по видове и медицински дейности на областно и регионално ниво, но не и разпределението им по лечебни

Близко 50% от преминалите болни през стационара са от съседните общини ,поради окомплектоваността с лекари и наличие в структурата на отделения и дейности каквито няма в близките болници.

Оказва консултативна помощ на ФСМП Мадан.

От близо 15 години болницата е без никакви задължения, работеща и просперираща, подкрепена от населението на региона и най-вече община Мадан.

С орязването на броя легла за първо ниво ще се стигне до връщане на болни в определени моменти. Всички работещи в системата на здравеопазване много добре знаем, че днес може да има 2-ма болни за хоспитализация, а утре 20.

Населението ни не е свикнало да отлагаме лечението с така наречените „листи на чакащи”.

Финансирането на болницата от НЗОК, респективно РЗОК Смолян, според определеният брой легла, ще доведе до ограничаване на дейността, деквалификация на лекарите, рестрикция на приходите на лечебното заведение и вкарването му в списъка на ЛЗ с непрекъснато увеличаващи се задължения.

За това е необходимо болницата да разполага с допълнителен брой легла над тези при 100% използваемост.

МБАЛ Мадан се намира в труднодостъпен и отдалечен район .

През 2018 г. МБАЛ Мадан разполага с 89 легла , от които 74 за активно лечение и 15 легла за продължително лечение. За настоящата година леглата са увеличени с 2 активни, поради високата използваемост в отделението по хирургия и отделението по нервни болести. Активните легла за болнично лечение са разпределени, както следва и имат показаните по-долу показатели за изминалата 2017 г.:

№ по ред	Видове легла	Брой легла	Преминали болни	Оборот	Използваемост в дни	Използваемост в %
1.	Непрофилирани Вътрешни легла	1	52	52,0	258	70,7
2`	Пулмологични	5	207	41,4	286	78,2
3.	Кардиологични	8	452	56,5	264	72,4
4.	Ендокринологични	11	729	66,3	245	67,0
5.	Неврологични	14	919	65,6	351	96,1
6.	Хирургични	6	588	98,0	326	89,4
7.	Травматологични	4	340	85,0	216	59,2
8.	УНГ болести	5	393	78,6	236	64,8
9.	Педиатрични	5	208	41,6	260	71,2
10.	АГ	3	294	98,0	335	91,8

заведения, каквото е искането в направеното предложение.

	<table><tr><td>11.</td><td>Патологична брем.</td><td>5</td><td>345</td><td>69,0</td><td>260</td><td>71,2</td></tr><tr><td>12.</td><td>Родилни</td><td>3</td><td>56</td><td>18,7</td><td>83</td><td>22,7</td></tr><tr><td>13.</td><td>Неонатологични</td><td>2</td><td>56</td><td>28,0</td><td>123</td><td>33,7</td></tr><tr><td></td><td>ОБЩО:</td><td>72</td><td>4637</td><td>53,3</td><td>225</td><td>61,5</td></tr></table>	11.	Патологична брем.	5	345	69,0	260	71,2	12.	Родилни	3	56	18,7	83	22,7	13.	Неонатологични	2	56	28,0	123	33,7		ОБЩО:	72	4637	53,3	225	61,5		
11.	Патологична брем.	5	345	69,0	260	71,2																									
12.	Родилни	3	56	18,7	83	22,7																									
13.	Неонатологични	2	56	28,0	123	33,7																									
	ОБЩО:	72	4637	53,3	225	61,5																									
	През 2005–2006 г. МБАЛ Мадан направи реструктуриране на база, дейности и персонал. Рязко намалихме немедицинските дейности водещи до големи финансови разходи. В резултат на повишаване на квалификацията ,подновяване на медицинската апаратура на възлови места, одобряване на битовите условия в болницата, добро отношение и обслужване на пациентите ,както и добро взаимодействие с община Мадан се стигна до по-голямо търсене на услугите на МБАЛ Мадан. В резултат на всичко това от 2005 г. насам болницата в гр. Мадан е без задължения към доставчици и персонал и осигуряваща качествено медицинско обслужване на населението в региона. Надяваме се за разбиране от страна на МЗ и запазване на броя и видове легла такива каквито са разкрити през 2018г.																														
18. Д-р Тихомир Савчев, управител на МБАЛ „Вита“ ЕООД вх. № 20-00-354/17.05.2018 г.; получено и чрез Областен управител – Област София, по предложение на СРЗИ – вх. № 06-00-1/21.05.2018 г.	Във връзка с проект на националната, респ. на областна здравна карта, Ви информирам, че за МБАЛ „Вита“ е отразено „диализно отделение (брой постове) – 1“. В ПУДВР на лечебното заведение, който е предоставен в СРЗИ и МЗ и въз основа на който е издадено разрешение за осъществяване на лечебна дейност, е описано отделение по диализно лечение с III ниво на компетентност и 10 диализни поста. Описаният един диализен пост в проекта на здравна карта не може да изпълни изискванията на медицинския стандарт за обем и качество на медицинската дейност по диализно лечение на съответното III-то ниво на компетентност, поради което считам, че се касае най-вероятно за техническа грешка, която моля да бъде отстранена.	Приема се частично.	1. Не се приема в частта за промяна на приложението, съдържащо областната здравна карта на Област София, тъй като отговорностите на областния управител са да ръководи областната комисия за изготвяне на областната здравна карта и не е приложен протокол от заседание на																												

			комисията с решение на областната комисия за изготвяне на областната здравна карта. 2. Осъществената дейност от лечебните заведения, посочени в писмото е включена при изготвянето на останалите приложения.
19. Проф. д-р Л. Попова, областен управител на област Велико Търново вх. № 20-00-354/16.05.2018 г., вх. № 20-00-354/21.05.2018 г.	След извършен обстоен преглед и запознаване с проекта на Национална здравна карта на Република България за област В. Търново и получени предложения от СБПЛР „Минерални бани – Полски Тръмбеш“ ЕООД, наш вх. № ОА04-2588/30.04.2018 г., МБАЛ „Св. Иван Рилски – Горна Оряховица“ ЕООД, наш вх. № ОА04-2711/08.05.2018 г., Община Свищов, наш вх. № ОА04-2739/09.05.2018 г., „Комплексен онкологичен център – Велико Търново“ – ЕООД, наш вх. № ОА04-2907/15.05.2018 г., РК на БЛС – Велико Търново, наш вх. № ОА04-2942/16.05.2018 г. и Община Велико Търново, наш вх. № ОА04-2938/16.05.2018 г., са установени следните съществени различия спрямо приетата Областна здравна карта 2018: I. В Приложение 29 към т. 1, подточка 2 на проекта за Национална здравна карта за област В. Търново – Различията между приетата ОЗК 2018 и проекта за НЗК за област В. Търново са отразени в Приложение № 1. За специалностите кардиология и очни болести предложеното в проекта дори е под необходимия минимум, съгласно Раздел III на същата. II. В Приложение 30 към т. 1, подточка 3 II на проекта – Различията между приетата ОЗК 2018 и проекта за НЗК за област Велико Търново са отразени в Приложение № 2. В предложения за обсъждане проект за област В. Търново леглата за активно лечение са намалени до 880 при налични 946, което означава, че за задоволяване на потребностите от	Приема се частично.	По т.1 Приема се частично. Увеличава се необходимият брой лекари по кардиология и очни болести до определения в ОЗК минимален брой. Не се приема в частта за броят на лекарите и лекарите по дентална медицина в извънболничната помощ по

	болнични легла за активно лечение на населението в област В. Търново са осигурени 3,63 легла на 1000 души – значително по-малко от осигуреността общо за страната – 4,63 на 1000 души, а с предложеното в ОЗК се постига осигуреност с легла за активно лечение 4,31 на 1000 души население. – Приложение №3. Намаляването на броя на леглата в лечебните заведения на областта би довело до свиване на обема на дейността им и оттам до две важни негативни последици – намаляване на медицинския персонал и на нивото на компетентност, от което възниква риск за обслужване на спешните пациенти поради липса на налични специалисти през цялото денонощие. Всичко това в крайна сметка води до понижаване качеството на медицинското обслужване и ограничаване на достъпа до медицинска помощ на най-уязвимата част от населението, не само в съответните лечебни заведения, но и в цялата област. Затова, въпреки сравнително ниската използваемост на част от леглата, е необходимо запазване на общия брой легла на територията на област Велико Търново. По данни на НСИ област В. Търново е с коефициент на възрастова зависимост (остаряване на населението) – 36,0%, при среден за страната – 32,5%. От приложената справка е видно, че темпът на увеличаване на този процент е много по-висок от средния за страната – Приложение №4. Най-големи затруднения в лечебната дейност на общинските болници ще възникнат от липсата на предвидени легла – вътрешни болести – непрофилирани, тъй като голяма част от пътеките, които те изпълняват са от първо ниво на компетентност и могат да се изпълняват на непрофилирани легла. Наличните специализирани терапевтични легла в тези болници са по няколко (от 1 до 5) и са крайно недостатъчни, тъй като РЗОК следи използваемостта в рамките на месеца. Недостатъчен е и броят на леглата за очни болести, предвидени в проекта за НЗК. Предложени са 15 легла, а се предвиждат 11. На територията на област В. Търново има две отделения по Очни болести: МОБАЛ „Д-р Ст. Черкезов” АД Велико Търново с 10 легла и МБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕООД Горна Оряховица с 5 легла. Голяма част от преминалите пациенти са по амбулаторни процедури. Съгласно изискванията на Наредба 49/2010 г. отделение с по-малко от 5 легла не може да съществува, а местата за краткотраен престой се обособяват в отделението. Следователно в отделения с по-малко от 5 легла не могат да съществуват и места за краткотраен престой. Акушеро-гинекологичните легла, предложени в проекта на НЗК, също са крайно недостатъчни. Предвидени са 48 при предложени 105 и налични в момента 70. В област В. Търново има две отделения по Акушерство и гинекология към МОБАЛ „Д-р Ст. Черкезов” АД В. Търново и МБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕООД гр. Г. Оряховица и отделение по	останалите специалности. Необходимият брой лекари е определен на база данни за отчетени прегледи по съответните специалности на национално ниво и осигурена равнопоставена осигуреност на населението във всички области на страната със СИМП. Освен това вносителят не е взел предвид обстоятелството, че броят на необходимите лекари и лекари по дентална медицина в НЗК е определен на база пълна заетост, т.е. не по-малко от 40 часа седмично, като съгласно НЗК това се съобразява с трудовото законодателство (отчитайки
--	--	---

	онкогинекология към КОЦ – В. Търново. Отделенията в многопрофилните болници имат родилни легла, легла за патологична бременност и гинекологични легла. Отделението по онкогинекология има съвсем други функции и неговите легла не би трябвало да се разглеждат в общия брой. При обсъжданията на ОЗК е предложено да се даде възможност за разкриване на структура по акушерство и гинекология (АГ) в лечебни заведения и населени места, където има необходимост и възможност, напр. в община Свищов, където през последните три години (2015 г. – 10,85%0 , 2016 г. – 10,49%0 и 2017 г. – 10,32%0) е регистрирана най-висока раждаемост в област В. Търново, но повече от 400 бебета годишно се раждат извън общината, поради фактът, че там няма родилно отделение. ОЗК, приета на 01.03.2018 г. на заседание на Областната комисия, назначена със заповед №РД-02-57/19.02.2018 г. на министъра на здравеопазването, представлява рамката на развитие на здравеопазването в област В. Търново през следващите години. В Областната здравна карта са планирани потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична помощ, отчитайки конкретните неблагоприятни тенденции в здравно-демографското състояние на населението в областта – трайна тенденция на застаряване на населението (относителният дял на хората над 60 години за 2016 г. е 30,3 %, по-висок от средния за страната); отрицателен естествен прираст (8,0%0 за 2016 г.), по-неблагоприятен от средния за страната (6%0); висока заболяемост от болестите на органите на кръвообръщението, болестите на дихателната система и болестите на пикочо-половата система; висок относителен дял на регистрираните онкологични заболявания за областта и др. Във връзка с гореизложеното, предлагам Национална здравна карта 2018 за област Велико Търново да се утвърди във вида, в който е приета от Областната комисия. <i>Към писмото са приложени сравнителни таблици, статистически данни и ОЗК (Приложение № 3-8 към справката)</i> С писмо № 20-00-354/21.05.2018 г. областният управител препраща становището от СБПЛР „Минерални бани-Полски Тръмбеш“ ЕООД, което е постъпило в МЗ с вх. № 20-00-354/18.05.2018 г. и е отразено в т. 32 от справката.	специалности, които са с намалено работно време) и разпоредбите на чл.81, ал.3 и 4 от ЗЛЗ, т.е. че един лекар в ИБМП следва да работи не по-малко от 5 часа седмично по договор с НЗОК. Т.е. потребностите от 1 лекар по дадена специалност, работещ най-малко 40 часа седмично могат да бъдат задоволени от 1 лекар до 8 лекари-специалисти, в зависимост от продължителността на времето (часовете), в което работят е ИБП по договор с НЗОК. 2. Не се приема Общият брой на разкритите в областта легла за активно лечение са 946 при
--	--	--

			използваемост 62%. Планираните потребности от легла за активно лечение са 880 легла при предвидена оптимална използваемост от 75%. Планираните потребности от легла надвишават с 247 от фактически използваните легла, т.е. формиран е резерв от свободен леглови фонд над 25 %. 3. Не се приема по отношение на вътрешни непрофилирани легла мотивите са посочени по аналогични предложения в т.9, т.11 и т.13 на настоящата таблица. 4. Приема се частично по
--	--	--	--

			отношение на леглата по очни болести с регионално значение, който се променя от 1 на 5, а общия брой от 11 на 15. Планираният брой на леглата по очни болести е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75% при настояща използваемост на леглата по очни болести 53 %. Това не ограничава лечебните заведения да поддържат по-висок брой легла, в случай че те желаят. 4. Приема се частично по отношение на леглата по АГ с регионално значение, които се
--	--	--	--

			променят от 1 на 22. Планираният брой на леглата по АГ е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75% при настояща използваемост на леглата по АГ болести 51 %. Това не ограничава лечебните заведения да поддържат по-висок брой легла, в случай че те желаят. В рамките на общия брой АГ легла може да се извършва допълнително профилиране на леглата на родилни, гинекологични, онкогинекологични и др. в зависимост от лекуваната патология.
--	--	--	--

20. В. Чолаков, областен управител на област Бургас вх. № 20-00-354/14.05.2018 г.	На свое заседание областната комисия за изготвяне на областна здравна карта – област Бургас анализира публикувания проект на НЗК и прие с решение становище по отношение на заложените за област Бургас параметри за планиране и развитие на здравеопазната система. Изработвайки областната здравна карта, областната комисия в Бургас се базира на обективните здравно-демографски дадености на областта, протичащите вътрешно-миграционни процеси, броя и тежестта на потенциално рискови обекти и дейности (концентрацията на пристанища, летище и нефтена рафинерия на нашата територия), наличието на структуроопределящи за националната икономика отрасли, фактът, че областта е външна граница на ЕС, морска граница на България и е най-посещаваната туристическа дестинация на Черно море, както и наличието и потенциалната заплаха от бежанския поток. Отчетени и анализирани са поотделно всички фактори, които имат отношение към здравеопазването, основавайки се на обективните дадености в различните направления, наличните фактори и характеристики, както и темповете на социално-икономически растеж на област Бургас. Тези елементи са приложени в своята цялост при изготвянето на областна здравна карта - област Бургас. По данни на НСИ населението на област Бургас към 31.12.2016 г. е 412 684 души и представлява 5,8% от общото население на страната. Областта е четвърта по брой население в Република България. В същото време броят на населението на област Бургас нараства ежегодно поради вътрешна миграция и е налице разлика в данните представяни от системата на ГРАО и НСИ. Към 31.12.2016 г. жителите на област Бургас по данни на ГРАО са 459 530, които имат постоянен и настоящ адрес в различни общини на област Бургас. В област Бургас има 13 общини със значими различия между тях по отношение на параметрите: прираст, възрастова структура, коефициент на възрастова зависимост и етническа култура. Община Бургас и останалите черноморски общини се характеризират с висок процент сезонна трудова заетост на лица с постоянен адрес в други области на страната. Сезонната заетост се определя от вида трудова дейност и се отнася както за активния туристически сезон, така и за останалото време в годината и до голяма степен зависи от развитието на структуроопределящи отрасли в икономиката на област Бургас. Броят на населението по общини показва големи различия, дължащи се на наличието на планински и селски територии с ниска и средновисока гъстота на населението в различните общини и на силно урбанизирани зони с висока гъстота на населението.	Внесено е коригирано предложени е и поради това настоящото не се разглежда (Виж т.22)	

	Публикуваният проект на НЗК категорично не отчита спецификите на област Бургас както по отношение на здравно-демографските показатели и изградената система от лечебни заведения, така и по отношение социалните, икономически, географските, геополитическите характеристики на областта. Проектът за ЮИР и в честност за област Бургас не отразява реалните потребности на населението от различни по вид медицински дейности и не позволява планиране и развитие на здравеопазването в областта. Реалистичният поглед върху действителното състояние на различните нива на медицинската помощ показва, че не само в следващите три години, а и за доста по-дълъг период, е напълно невъзможно да се достигне нивото на осигуреност с общопрактикуващи лекар, заложено в НЗК. Изкуственото завишаване на броя на лекарите в ПИМП няма да реши проблемите с достъпа на населението до базови медицински услуги, още повече, че механичното увеличаване на броя на ОПЛ дори не е съобразено с разпределението на населението по населени места на територията на общините, броят на населението, местонахождението на населените места, пътната инфраструктура, нещо което областната комисия е анализирала детайлно преди да предложи оптимален брой лекари в ПИМП. Областната комисия е представила мотивирано становище за конкретните потребности от лекари и лекари по дентална медицина по специалности и за специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ за осигуряване на достъп на населението от областта до медицинско обслужване в извънболничната помощ. Броят на извършените прегледи от специалист по договор с РЗОК на ЗЗОЛ не съответства на здравните потребности на населението. Налице е правопрпорционална зависимост между икономическото развитие на областта и броя на пациентите, които независимо че са ЗЗОЛ, предпочитат да посещават директно специалист, без да използват правата си на ЗЗОЛ. За определени медицински специалности броят отчетени прегледи, извършени по договор с НЗОК, е значително по-нисък в сравнение с отчетения в РЗИ-Бургас общ брой прегледи. За медицинските специалности кардиология, хирургия, очни болести разликата е от 15 000 до 20 000 прегледа, т.е. между 20 и 25% от прегледите по тези специалности не са отчетени по договор с НЗОК. В по-малка степен същото се отнася и за медицинските специалности нервни болести, психиатрия, ортопедия и травматология, гастроентерология, урология. За други специалности – ендокринология и болести на обмяната, педиатрия, съдова хирургия, нефрология, ревматология броят на отчетените по договор с НЗОК е почти същия, както при общия брой прегледи, отчетени в РЗИ-Бургас. Причините са свързани от една страна с недостатъчния общ брой специалисти, сключили договор с НЗОК за специализирана извънболнична помощ, както и с ограниченото работно време и точно определен времеви интервал за работа на съответния специалист, който най-често е 2-4 часа дневно, а в		
--	--	--	--

	общините извън гр. Бургас графикът може да е по няколко часа седмично или месечно. При тези обстоятелства и при наличие на регулативни стандарти по отношение СИМП, която се оказва по договор с НЗОК, пациентите често предпочитат да потърсят специализирана медицинска помощ срещу заплащане и не използват правата си за здравноосигурени лица. По зададените параметри от НЗК по отношение медицинските специалисти по очни болести, хирургия, урология ще нараства броят на пациентите, които ще заплащат посещенията си при специалист. Чувствително е намален броят на лекарите специалисти по вътрешни болести, образна диагностика и по физикална и рехабилитационна медицина в СИМП. Прилагайки заложените в методиката за изготвяне на ОЗК критерии, необосновано висок е броят на специалистите по ендокринология и болести на обмяната и на кардиолозите, още повече че така оценените потребности не могат да бъдат изпълнени и ще останат с пожелателен характер. Независимо от високи брой заложен конкретни потребности от лекари по специалности в СИМП няма да се реши въпросът с достъпа на населението то по-малките общини и населени места до медицинска помощ, а по-скоро ще се ограничат съществуващите възможности за достъп до определени видове медицински дейности. Представената информация относно болничната медицинска помощ в проекта на НЗК показва, че разпределението на болничните легла по област и региони на развитие, за област Бургас не съответства на предложенията на КОЗК. Основното противоречие е категоричното несъответствие между медицинските специалности и нива на компетентност в проекта и критериите на методиката. На практика формулата за определяне на броя на легла е екстраполирана върху цялата територия на България, което означава че не се отчита спецификата на отделните региони и области, а това е основно изискване за ефективността и приложимостта на подобен здравен документ. 1. Общ брой болнични легла: - Към момента съществуват 1543 легла за активно и интензивно лечение, което дава 3,74 промила осигуреност на 1000 жители при заложен по определената от МЗ методика минимум 44,0 промила. - Предложение по проекта на НЗК – 1555 легла за активно и интензивно лечение при 3,77 промила осигуреност, при средна за страната 4,61 промила осигуреност. - Област Бургас е на 16-то място по осигуреност с легла за активно и интензивно лечение в РБ по представения проект. При тези условия област Бургас е сериозно ощетена по отношение на средна осигуреност на населението с болнични легла, което се отразява на всички видове легла по отделните		
--	--	--	--

	специалности и разпределението на леглата е неадекватно на реалните и доказани чрез представените анализи потребности на населението. При оценка на конкретните потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и по нива на компетентност на съответните структури, изключвайки фактът, че към момента липсват действащи не малка част от основните медицински стандарти, е приет подход за оценка на потребностите на база използваемост на болничните легла през 2017 г., както и дейността на ЛЗ по вид, степен и тежест на лекуваните заболявания, съобразно договорите им с НЗОК. Медицинската практика показва, че честотата на определени заболявания с относително ниска или средна степен на тежест и сложност е много по-висока, отколкото на други, причислени към групата с висока и много висока тежест и степен на сложност. От друга страна, целта на здравеопазната система и изградената лечебна мрежа, е да се ограничи и да не се допусне развитие на заболяване и/или състояние, което да е с висока степен на тежест и сложност, тъй като това винаги е свързано с разходване на много по-голям финансов ресурс, както и с огромен риск за здравето и живота на отделния човек. Въпреки това, структурите в ЛЗ отговарят на всички изисквания и притежават компетенции за адекватна реакция при появила се необходимост от прилагане на диагностични и лечебни дейности при пациенти със заболявания и състояния, които не са с висока честота, съобразно определеното има ниво на компетентност (въпреки отсъствието на част от медицинските стандарти), което не е отразено в проекта на НЗК за област Бургас. Наредба № 49 от 18.10.2018 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социално грижи, показателите, които се отчитат при определяне нивото на компетентност, в съответствие с утвърдените медицински стандарти, на конкретна клиника/отделение или лаборатория, като минималният обем дейност на клиниката/отделението/лабораторията за съответното ниво за съответната специалност, съгласно утвърдения медицински стандарт, е само едно от всички останали условия, свързани с минималната компетентност на структурата, произтичаща от квалификацията и професионалния опит и умения на работещите в нея лекари, апаратурната и обща кадрова обезпеченост. Проектът на НЗК категорично не отчита здравно-демографските тенденции в областта. По отношение на раждаемост област Бургас се нарежда на трето място в България след област София-столица и област Сливен, като показателят е по-висок от средната за страната стойност от 9,2‰ за 2016 г. и е 9,6‰ за 2016 г. Известен е фактът, че се повишава честотата		
--	--	--	--

	на рисковата бременност, както и високата честота на заболяванията на женската полово система, в. т. ч. новообразуванията. С оглед това не е ясно по какви причини е намален броят на АГ леглата спрямо съществуващите към момента, като в поне две други област и на страната, които не са университетски центрове, със значително по-малък брой население от област Бургас са и с неблагоприятен показател „раждаемост“, броят на АГ леглата е равен и по-висок от броя на АГ леглата в област Бургас. Не е отчетен показателят „детска смъртност“, който през 2016 г. за област Бургас е 5,8‰ и показва значително понижаване, като достига най-ниската стойност за последните 5 години, по-ниска и от стойността през 2013 г. , когато е била 6,3‰. За сравнение през 2015 г. е 7,3‰, а през 2014 г. – 8,1‰. През 2016 г. детската смъртност за областта е със значително по-ниски стойности от средните за страната стойности от 6,5‰. За сравнение област и Ст. Загора, Ямбол, Плевен, Монтана и Кюстендил са с два пъти по-високи нива на детска смъртност. До 2016 г. показателят детска смъртност за област Бургас е бил винаги над средните за страната стойности, т.е. не са отчетени създадените по-добри условия за лечение на децата и е намален броят на педиатричните болнични легла. В тази връзка следва да се отбележи, че педиатричните болнични легла поне 6 месеца в годината не достигат и генерират използваемост над 100%, което освен в периода на ОРЗ и грип, се наблюдава в още по-висока степен и през активния туристически сезон. По отношение на терапевтичните и хирургичните легла е определена потребност, която не кореспондира с реалните потребности на населението, както по брой и вид, така и по нива на компетентност. С оглед липсващите към момента на изготвянето на областните, съответно национална здравна карти, медицински стандарти по по-голямата част от медицинските специалности, не може да се предвиди при разпределението по нива на компетентност, предложено с проекта, и предстоящото утвърждаване на новите медицински стандарти, как ще бъдат определени минималните компетентности на отделните структури, което може да рефлектира върху вида на болничните легла и техния брой по нива на компетентност, съответно ще доведе до дефицит в достъпа на пациенти до медицинска помощ. Независимо от увеличения общ брой терапевтични легла спрямо настоящите, определени като конкретна потребност, разпределението им по медицински специалности и по нива на компетентност не съответства на реалните потребности. Намален е общият брой хирургични легла, включително и за изключително важни за развитието и планирането на медицинските дейности специалности, част от които са напълно нови за област Бургас и не са очертани възможности за развитие на други хирургични специалности, от които населението на област Бургас има потребност, тясно обвързана със стратегическото		
--	--	--	--

	местоположение на областта, икономическите ѝ характеристики и развитие, в т.ч. като външна граница на ЕС и най-посещаваната туристическа дестинация през летния туристически сезон. Драстично са намалени леглата по медицинската специалност „Очни болести“ спрямо съществуващия към момента нисък брой легла по тази специалност. Предвид плановия характер на оперативните интервенции и краткия период на хоспитализация, използваемостта на леглата е ниска, но именно това е свързано с планиране на дейността, тъй като плановите операции се извършват само в делнични дни, в подходящи за пациента периоди. В рамките на това планиране не е възможно да се отчете висока използваемост на леглата, въпреки че в определени периоди, подходящи за извършване на операции, всички болнични легла са заети. Особено ярко несъответствията се отразяват в предвидените легла за интензивно лечение и в броя на структурите по спешна медицина – Спешни отделения в МБАЛ. Областта е четвърта по брой население в България и най-голямата по територия и дължина на пътната мрежа, като през летния сезон броят на обслужваното население се увеличава два до три пъти. От друга страна област Бургас се характеризира с положителна тенденция по отношение на вътрешната миграция на населението към областния център, както и към други общини, особено тези с развит туризъм и туристически потенциал, които предлагат добри условия за работа и живот. Процесите са по-силно изразени през летния туристически сезон, но тенденцията се запазва целогодишно, което допълнително увеличава броя на обслужваното население. Заложените в методиката за изготвяне на областни здравни карти параметри изискваха минимум едно отделение по спешна медицина на 200 000 души население. С проекта на НЗК област Бургас е приравнена с области, в които броят на обслужваното население е 2 и повече пъти по-нисък, определяйки потребност от една структура по спешна медицина. Не се отчита необходимостта от резерв при леглата за интензивно лечение, т.е. дори и по отменения медицински стандарт, се допуска максимална използваемост на интензивните легла 80%, което означава че оптималните параметри на използваемост на интензивните легла не могат да се залагат релевантно на леглата за активно лечение. В броя на леглата за интензивно лечение са включени и 6 легла на КОЦ Бургас, които са основно за пред- и следоперативно лечение на пациенти, както и 6 легла в „Аджибадем Сити Клиник“ СБАЛК ООД, осигуряващи осъществяването на специалността, по която болницата е специализирана. Към момента интензивните легла, които осигуряват лечението на животозастаряващи състояние при пациентите, при наличие на политравматизъм, при		
--	--	--	--

	оценените рискове на областта по отношение на заплахата от възникване на различни кризисни ситуации, в т.ч. и терористични действия, са реално 52. Освен неотчитането на географските и природни характеристики на област Бургас, които обуславят високият брой легла по физикална и рехабилитационна медицина, както и разпределението им на национално ниво, свързано с доказана потребност на населението, описана в обосновката на предложения за разпределение на броя на леглата за болнично лечение и медицински дейности по видове, представена от комисията за изготвяне на ОЗК, е допусната съществена грешка и явна неточност в т. 5 Общо за Югоизточен район (NUTS2), подточка 5.3. Болнични легла за рехабилитация, от Приложение № 30 към т. I, подточка 3, където при определени по области общо легла „за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване“ брой легла, изискващи минимум второ ниво на компетентност общо 191 легла и р4 – легла за болнично лечение, които се планират на регионално ниво – 572 легла или общо 763 легла, в проекта на НЗК е отразено 141 легла, изискващи минимум второ ниво на компетентност и р4 – 84 легла за болнично лечение, които се планират на регионално ниво или сумарно 225 легла „за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване“. Последното не кореспондира с останалите елементи на Приложение № 30 към т. I, подточка 3 за отделните области и за ЮИР. В Приложение № 2, към т. I, подточка 1 за област Бургас, раздел V, табл. 2 липсват пет лечебни заведения, функциониращи на територията на област Бургас: КОЦ-Бургас ЕООД, ЦПЗ „Проф. д-р Ив. Темелков“ ЕООД, ЦКВЗ Бургас ЕООД, СБР „Мари“ ООД и СБР-НК ЕАД, филиал Поморие. Достъпът на населението до този вид медицински дейности ще се ограничи значително, тъй като структури по физикална и рехабилитационна медицина в ИМП са разкрити само в областните центрове и по изключение в единични общински центрове. Предвид продължителността на един курс по физикална терапия за пациентите, при които се налага ежедневно пътуване между населени места с ограничени транспортни схеми, достъпът до този вид медицинска дейност е категорично ограничен. В НЗК са въведени нови моменти, които е възможно и да противоречат на действащото законодателство, като например определяне на брой легла „за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване“. ЗЛЗ предвижда в областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности от брой легла по видове, определени с НЗК, НЗОК да сключва договори с ЛЗБП, избрани по критерии и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването. НЗК следва да се базира на конкретните потребности на населението от определен вид медицинска дейност, но не и		
--	--	--	--

	да определя броят на болничните легла в обхвата на задължителното здравно осигуряване, като по този начин обезмисля текстовете от нормативен документ и изпреварващо решава изхода от прилагане на определени правни норми. С НЗК се идентифицират по области потребностите от лекари и лекари по дентална медицина по специалности и специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в ИМП, както и броят легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и по нива на компетентност на съответните структури, като се извършва тяхното планиране , а също и планиране на лечебните заведения, осъществяващи високотехнологични методи на диагностика и лечение. Представените факти са обективни, а предложението, направено от областната комисия за област Бургас отговаря на потребностите на гражданите на област Бургас от здравни и медицински грижи, както и на тенденциите за развитие на здравеопазването. Моля за нова оценка на потребностите от различните видове медицинска помощ на територията на област Бургас, както и по отношение на болничните легла по брой, вид и ниво на компетентност на отделните структури, за постигане на по-ефективни и устойчиви показатели, които за бъдат заложи за област Бургас и които няма да нарушат баланса на национално ниво, като бъдат отстранени и допуснатите сериозни грешки по отношение на ЮИР. <i>Към становището е приложен протокол от заседанието на комисията (Приложение № 9 към справката).</i>		
21. Вълчо Чолаков, областен управител на област Бургас вх. № 20-00-354/18.05.2018 г.	Във връзка с публикувания проект на Национална здравна карта (НЗК) в частта ѝ за област Бургас, представяме на Вашето внимание следното становище и обосновано предложение за разпределението на броя на леглата за болнично лечение и медицинските дейности по видове в лечебните заведения на област Бургас. Специфичните за област Бургас характеристики влияят върху цялостното развитие на областта, в т.ч. и на здравеопазването: 1. Област Бургас заема по-голямата част от Черноморското крайбрежие, като на юг граничи с Република Турция, а на изток формира морската граница на РБ, като област Бургас е и външна граница на Европейския съюз. 2. В тези си граници районът заема площ от 7702 кв.км, с 255 населени места, районирани в 13 общини. 3. Област Бургас е най-голямата по отношение на територия и дължина на пътна мрежа област в страната, като в същото време е и най-посещаваната туристическа дестинация от български и чуждестранни туристи през летния туристически сезон.	Приема се частично	1. Приема се предложението за увеличение на леглата по гастроентерология от 49 на 57, по ендокринология от 21 на 22, предвид преразпределяне на дейностите, осъществявани на легла по вътрешни болести (непрофилирани).

	4. Областта се характеризира със специфични естествени природни фактори, географски, климатични и курортни дадености. 5. В областта са развити структуроопределящи за страната икономически дейности и отрасли. 6. Областта има възходящо икономическо развитие, което привлича хората, тъй като предлага по-добри възможности за работа, и в последните години се наблюдава тенденция на засилване на миграционната вълна към общините в областта, особено в тези с туристически потенциал, които предлагат добри условия за работа и живот. Въпреки изнесените официални данни, се наблюдава тенденция за увеличаване броя на населението на региона, което основно се дължи на вътрешната миграция на населението. Община Бургас и останалите черноморски общини, се характеризират с висок процент сезонна трудова заетост на лица с постоянен адрес в други области на страната. Развитието на Област Бургас като най-посещаваната туристическа дестинация от български и чуждестранни туристи, през летния период предизвиква сериозни затруднения в медицинското им обслужване, особено пред вид несъответствието на предлаганото качество на услугите спрямо изискванията. Големият поток туристи поставя остро въпроса за тяхното медицинско обслужване, като се има пред вид, че структурата на лечебната мрежа в населените места по Черноморието е съобразена с броя на постоянното население и потенциала на лечебните заведения не може в пълна степен да отговори на повишеното търсене на медицински услуги през летния сезон. Към момента съществуват 1543 легла за активно и интензивно лечение, което дава 3.74 промила осигуреност на 1000 жители при заложен по определената от МЗ, Методика минимум 4, 0 промила. Предложение по Национална карта - 1555 легла за активно и интензивно лечение или 3,77 промила осигуреност, при средна за страната 4,61 промила осигуреност. Област Бургас е на 16-то място по осигуреност с легла за активно и интензивно лечение в РБ, по представения проект. Предложението за потребностите от легла за болнично лечение и медицински дейности и разпределението им по видове и нива на компетентност в област Бургас е извършено на база на анализите на дейността на отделните структури и в частност на видовете осъществявани в тях медицински дейности, при оценка на използваемостта на болничните легла по видове дейности, на база данните от отчетената и заплатена от НЗОК дейност по НРД за медицински дейности за 2017 г.	2. Приема се предложението за намаляване на броя на леглата по инфекциозни болести за дейности от I ниво от 38 на 36 и увеличаване на леглата за дейности от II ниво от 2 на 4 при запазване на общия брой легла по проекта на НЗК. 3. Приема се частично предложението за увеличение на леглата по кардиология, като общият брой легла се увеличава от 92 на 96, от които 43 на I ниво, 11 от II ниво и 42 от III ниво. Планираният брой на леглата по кардиология е съобразен с отчетените случаи по КП в областта
--	---	---

	Медицинската практика показва, че честотата на определени заболявания с относително ниска или средна степен на тежест и сложност е много по-висока, отколкото на други, причислени към групата с висока и много висока степен на тежест и сложност. От друга страна, целта на здравеопазната система и в частност на изградената лечебна мрежа, е да се ограничи и да не се допусне развитие на заболяване и/или състояние, което да е с висока степен на тежест и сложност, тъй като това винаги е свързано с разходване на много по-голям финансов ресурс, както и с огромен риск за здравето и живота на отделния човек. Въпреки това, структурите в лечебните заведения, отговарят на всички изисквания и притежават компетенции за адекватна реакция при появила се необходимост от прилагане на диагностични и лечебни дейности при пациенти със заболявания и състояния, които не са с висока честота, съобразно определеното им ниво на компетентност,(въпреки отсъствието на част от медицинските стандарти), което не е отразено в Проекта за Национална здравна карта за Област Бургас. Предложение за разпределението на броя легла по медицински специалности и нива на компетентност – ПРИЛОЖЕНИЕ към настоящето изложение. В броя на леглата за болнично лечение и медицински дейности, изискващи минимум първо ниво на компетентност по медицински специалности Нефрология, Пневмология и фтизиатрия, Клинична хематология и Кардиология са включени непрофилираните легла за болнично лечение и медицински дейности, изискващи минимум първо ниво на компетентност по медицинска специалност „Вътрешни болести“, които са разкрити в лечебните заведения за болнична помощ на територията на област Бургас и са с висок процент използваемост , надхвърлящ 85 %. Към момент на непрофилираните легла за болнично лечение и медицински дейности, изискващи минимум първо ниво на компетентност по медицинска специалност „Вътрешни болести“ се осъществяват дейности по горесцитираните специалности. Към момента на непрофилираните легла за болнично лечение и медицински дейности, изискващи минимум първо ниво на компетентност по медицинска специалност „Вътрешни болести“ се осъществяват дейности по горесцитираните специалности. В броя на леглата за болнично лечение и медицински дейности, изискващи минимум второ ниво на компетентност по медицинска специалност Гастроентерология са включени непрофилираните легла за болнично лечение и медицински дейности, изискващи минимум	(в т.ч. на легла по ВБ непрофилирани) и оптимална използваемост на легловия фонд от 75%. 4. Приема се предложението за преразпределение на броя на леглата по клинична хематология – 14 на I ниво и 2 на II ниво при запазване на общия брой легла. 5. Не се приема предложението за намаляване на планирания брой легла за лъчелечение от III ниво с регионално значение, които са определени на база национални показатели. 6. Приема се предложението за намаляване на броя на планираните легла по медицинска
--	---	---

	второ ниво на компетентност по медицинска специалност „Вътрешни болести“, които са разкрити в лечебните заведения за болнична помощ на територията на област Бургас. Кардиология – увеличен е броят на леглата за болнично лечение и медицински дейности от обхвата на медицинска специалност „Кардиология“ осъществявани само на трето ниво на компетентност при използваемост на наличните легла над 70%. Извършено е преразпределение на предвидените легла за болнично лечение и медицински дейности от обхвата на медицинска специалност „Лъчелечение“ и медицинска специалност „Медицинска онкология“, които на този етап не могат да се използват за извършване на дейност. Тези легла са предвидени за развитието на КОЦ – Бургас ЕООД и УМБАЛ „Дева Мария“ ЕООД, предвид предстоящото разкриване на Медицински факултет към Университет „Проф.д-р Асен Златаров” гр. Бургас. Относно леглата за болнично лечение и медицински дейности по медицински специалности с хирургична насоченост, се променя незначително вътрешното разпределение на леглата, като отпадат предвидените дейности по пластично-възстановителна и лицево-челюстна хирургия, които също са предвидени за развитието на УМБАЛ „Дева Мария“ ЕООД и УМБАЛ - Бургас АД, предвид предстоящото разкриване на Медицински факултет към Университет „Проф.д-р Асен Златаров” гр. Бургас. Относно леглата за болнично лечение и медицински дейности в обхвата на медицинска специалност „Кардиохирургия“, броят им се увеличава спрямо предвидения, поради доказана използваемост по данни на НЗОК – 68,2%. От друга страна специализираната болница по кардиохирургия в гр. Бургас е единствената болница в ЮИР, която осигурява и спешността по отношение медицинските дейности по инвазивна кардиология, осъществявани в лечебните заведения на територията на област Бургас и в част от лечебните заведения на територията на СИР. Очни болести - предложени са по-висок брой болнични легла, при установена от РЗОК-Бургас висока използваемост от 73%, и наличие на специализирана очна болница, с използваемост на леглата над 75 %, която осигурява медицинското обслужване в условия на спешност, поради изключително добра кадрова и апаратурна обезпеченост. Предвид плановия характер на оперативните интервенции и краткия период на хоспитализация, но именно това е свързано с планиране на дейността, тъй като плановите операции се извършват само в делнични дни, в подходящи за пациента периоди. В рамките на това планиране не е възможно на годишна база да се отчете прекалено висока използваемост на леглата, въпреки, че в определени периоди, подходящи за извършване на операции, всички болнични легла са заети.	онкология, предвид наличната ниска използваемост – 33%. 6. Приема се частично предложението за увеличение на броя на леглата по нервни болести за дейности от II ниво, като същите се увеличават от 60 на 65 легла, като съответно с 5 легла се увеличава и общият брой планирани легла по нервни болести. 7. Приема се частично предложението за увеличаване на леглата по нефрология за дейности от I ниво от 19 на 24, за дейности от II ниво от 7 на 10 или общо увеличение на леглата по
--	--	--

	УНГБ – Отделението по УНГБ към УМБАЛ - Бургас АД е с определено трето ниво на компетентност от около една година, и все още не е разгърнало възможностите по отношение обема дейност. Предложението за разпределението на броя легла по медицински специалности и нива на компетентност в обхвата на медицинските специалности с хирургична насоченост е свързано с отразените специфики на областта, високият пътно-транспортен, воден и т.н травматизъм, броя и тежестта на потенциално рискови обекти и дейности (концентрацията на пристанища, летище и нефтена рафинерия на нашата територия), наличието на структуроопределящи за националната икономика отрасли, фактът, че областта е външна граница на ЕС, морска граница на България и ЕС. Относно леглата за медицински дейности в обхвата на медицинска специалност „Акушерство и гинекология“ се предлага леко увеличение, което е свързано с някои здравно-демографски тенденции на национално и регионално ниво, както и наличието на структура по асистирана репродукция в УМБАЛ - Бургас АД. По отношение раждаемост област Бургас се нарежда на трето място в Република България, след област София-столица и област Сливен като показателят за областта е по-висок от средната за страната стойност от 9,2‰ за 2016 г. – раждаемост за област Бургас 9,6 ‰ за 2016 г. Известен е фактът, че се повишава честотата на рисковата бременност, както и високата честота на заболяванията на женската полова система, в т.ч. и новообразованията. Не е отчетен показателят детска смъртност, който през 2016 г. за област Бургас е 5,8‰ и показва значително понижаване, като достига най-ниската стойност за последните пет години, по-ниска и от стойността през 2013 г., когато е била 6,3‰. За сравнение през 2015г. е 7,3‰, а през 2014г. - 8,1‰. През 2016 г. детска смъртност за областта е със значително по-ниски стойности от средните за страната стойности от 6,5‰. За сравнение области Стара Загора, Ямбол, Плевен, Монтана и Кюстендил са с два пъти по-високи нива на детска смъртност. До 2016 г. показателят детска смъртност за област Бургас е бил винаги над средните за страната стойности, т.е. не са отчетени създадените по-добри условия за лечение на децата и е намален броят на педиатричните болнични легла. В тази връзка следва да се отбележи, че педиатричните болнични легла поне 6 месеца в годината не достигат и генерират използваемост над сто процента, което освен в периода на ОРЗ и грип, се наблюдава в още по-висока степен и през активния туристически сезон. През последните две години в област Бургас се отбелязва бавно увеличаване на относителния дял на лицата под 17 годишна възраст, което обуславя по-голяма	нефрология от 26 на 34. 8. Не се приема предложението за увеличение на броя на леглата по гръдна хирургия от 10 на 12. Планираният брой на леглата по гръдна хирургия е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75%, при отчетена използваемост на наличните 12 легла – 65 %. 9. Приема се предложението за увеличаване на броя на планираните легла по кардиохирургия от 10 на 14, предвид отчетените данни за изпълнени дейности по КП в областта.
--	--	--

	необходимост от провеждане на активна политика, по отношение децата и подрастващите, свързано с осигуряване на адекватни здравни грижи. По отношение броя на структурите по спешна медицина - Спешни отделения в многопрофилните болници за активно лечение, за област Бургас е предвидено едно отделение по спешна медицина. Заложените в Методиката за изготвяне на областна здравна карта параметри изискваха минимум едно отделение по спешна медицина на 200 000 души население. С проекта за Националната здравна карта Област Бургас е приравнена с области, в които броят на обслужваното население е 2 и повече пъти по-нисък, определяйки потребност от една структура по спешна медицина. Областта е четвърта по брой население в Република България и най-голямата по територия и дължина на пътната мрежа, като през летния сезон броят на обслужваното население се увеличава два до три пъти. От друга страна област Бургас се характеризира с положителна тенденция по отношение вътрешната миграция на населението към областния център, както и към други общини, особено в тези с развит туризъм и туристически потенциал, които предлагат добри условия за работа и живот. Процесите са по-силно изразени през летния туристически сезон, но тенденцията се запазва целогодишно, което допълнително увеличава броя на обслужваното население. Местоположението на гр. Бургас и неговата инфраструктура, наличието на отдалечени квартали, както и отдалечеността на определени общини от областния център с наличие на лечебно заведение със структура по спешна медицина, предполага определяне на минимум три отделения по спешна медицина в различни части на областния град. Към момента е разкрит филиал на ЦСМП в ж.к. „Меден рудник“, разположен в сградата на лечебно заведение за болнична помощ - многопрофилна болница с функциониращо Спешно отделение. Жилищният комплекс е отдалечен от УМБАЛ - Бургас АД на 13-14 км, в него живеят около 85 000 души население и е разположен на входа на югозападната част на града, като филиалът, респ. ЛЗБП са най-близко разположените лечебни заведения за жителите, както на самия комплекс, така и за жителите на община Средец, и на няколко други общини, разположени южно от гр. Бургас, населени места от община Бургас в южната ѝ част. В западната част на града, в друг квартал – кв. Ветрен, на 12 км от УМБАЛ - Бургас АД е ситуирано друго лечебно заведение за болнична помощ - многопрофилна болница с функциониращо Спешно отделение, което е най- най-близко разположеното лечебно заведение за жителите на два от отдалечените квартали на гр. Бургас, както за жителите на общини Сунгурларе, Айтос, Карнобат, Руен, част от община Камено и на няколко други	10. Приема се предложението за увеличение на планираните легла по неврохирургия от 25 на 28 предвид отчетената висока изпользваемост – 85%. 11. Приема се частично предложението за увеличение на броя на леглата по ортопедия и травматология – за дейности от II ниво от 25 на 26 и общият брой от 61 на 62. 12. Не се приема предложението за увеличаване на леглата по очни болести. Планираният брой на леглата по очни болести е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална изпользваемост на легловия фонд от
--	--	--

	общини, разположени южно от гр. Бургас, населени места от община Бургас в западната ѝ част. Във връзка с гореизложеното предложението е за отразяване в НЗК за област Бургас на три структури по спешна медицина. Медицинските дейности по физикална и рехабилитационна медицина на територията на област Бургас се извършват в пет специализирани болници за рехабилитация и две отделения за рехабилитация, едното към УМБАЛ – Бургас АД и второто към МБАЛ „Лайф Хоспитал“ ЕООД. Отделенията по физикална и рехабилитационна медицина в три от специализираните болници за рехабилитация са трето ниво на компетентност и предвид описаните в представените мотиви и обосновка към областната здравна карта са с възможности за разпределение на регионално и национално ниво. Структурите по физикална и рехабилитационна медицина в двете многопрофилни болници са второ ниво на компетентност. Общият средногодишен брой болнични легла по физикална и рехабилитационна медицина за 2017 г. на територията на област Бургас са 945 при отчетена използваемост от 89,2 % или 326 дни годишно. В края на 2017 г., през втората половина на м. декември, броят на болничните легла на две от специализираните болници за рехабилитация е увеличен, поради наличие на висок брой пациенти за планов прием, при които срокът за планиране на хоспитализация надхвърля определения срок от два месеца, и достига до 4-5 месеца, както и поради недостиг на легла за пациенти, дехоспитализирани от болници за активно лечение с индикации за провеждане на ранна (следболнична) рехабилитация. От друга страна достъпът на населението до този вид медицински дейности ще се ограничи значително, тъй като структури по физикална и рехабилитационна медицина в извънболничната медицинска помощ са разкрити само в областните центрове и по изключение в единични общински центрове. Предвид продължителността на един курс по физикална терапия за пациентите, при които се налага ежедневно пътуване между населени места с ограничени транспортни схеми, достъпът до този вид медицинска дейност е категорично ограничена. По тези причини общият брой легла по физикална и рехабилитационна медицина към 31.12.2017 г в област Бургас е 1129. На тази база и при заложили параметри при същата използваемост предложението за конкретните потребности на населението от болнични легла за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина, включително и за медицински дейности по	75%, при отчетена използваемост на наличните 12 легла – 49 %. 13. Приема се частично предложението за увеличение на леглата по съдова хирургия от 30 на 34 легла, предвид отчетената използваемост от 73 % на наличните 36 легла. 14. Не се приема предложението за увеличение на планирания брой легла за дейности по урология. Планираният брой на леглата по урология е съобразен с отчетените случаи по КП в областта и оптимална използваемост на легловия фонд от 75%, при отчетена използваемост на наличните 38 легла – 72 %.
--	--	--

	физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване са общо за Националната здравна карта е 994 легла по физикална и рехабилитационна медицина включително и за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване, при следното разпределение: Легла за болнично лечение и медицински дейности в обхвата на медицинска специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“, осъществявани в структури от второ или трето ниво на компетентност в съответствие с утвърдения медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“, необходими за осигуряване на медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване – 90 легла; Легла за болнично лечение и медицински дейности, които се планират на регионално ниво, включващи легла в структури с ниво на компетентност, съгласно Приложение № 33 на НЗК, в обхвата на медицинска специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“, осъществявани в структури от второ или трето ниво на компетентност в съответствие с утвърдения медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“, необходими за осигуряване на медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване – 904 легла. <i>Към писмото са приложени 2 таблици (Приложение № 10-11 към справката).</i>	15. Приема се частично предложението за увеличаване на планираните легла по УНГ, като леглата за дейности от II ниво се увеличават от 18 на 20, а за дейности от III ниво се увеличават от 1 на 2 и съответно общият брой от 27 на 30. 16. Приема се частично предложението за увеличение на леглата по хирургия, като леглата за дейности от III ниво (с регионално значение) се увеличават от 14 на 22 и съответно общият брой от 142 на 150, предвид отчетените данни
--	--	--

			за изпълнение на дейности по КП. 17. Приема се частично предложението за корекция на броя на леглата по неонатология, като леглата за дейности от II и III ниво се увеличават за сметка на леглата за дейности от I ниво, без обаче да се намалява общият брой на планираните легла поради наличната висока използваемост на разкритите легла – 87 %. 18. Приема се частично предложението за увеличение на леглата по педиатрия – за дейности от II ниво от 53 на 80, като общият брой легла се увеличава от 145 на 172.
--	--	--	--

			19. Приема се частично предложението за увеличение на броя на АГ легла - за дейности от II ниво от 38 на 50 и за III ниво от 2 на 5, като общият брой легла по АГ се увеличава от 101 на 121. 20. Приема се предложението за увеличение на броя на леглата по ФРМ за дейности в обхвата на ЗЗО от 538 на 994, а за легла с регионално значение от 488 на 904 и се добавят 40 легла за дейности от II ниво. По този начин се гарантира необходимия капацитет за осигуряване на осъществяваните дейности в обхвата на ЗЗО при оптимална
--	--	--	---

			използваемост за този вид легла (за рехабилитация) от 80%. 20. Приема се частично предложението за промяна в броя на стуктурите по спешна медицина, като се планират 2 структури по спешна медицина. Потребностите от СО е определена при осигуреност 1 СО на население 200 000 души, т.е. 2 СО при население над 400 000 души. Населението на областта е 412 684 души.
22. Кметове на общини в област Бургас вх. № 20-00-354/16.05.2018 г.	Във връзка с публикувания проект на НЗК в частта ѝ за област Бургас представяме следното становище: Област Бургас е четвъртата по брой население в РБ и на трето място по раждаемост – след област София и област Сливен. Област Бургас отчита значително по-благоприятни здравно-демографски показатели от средните за страната, което е благодарение на общите усилия на институции, общност, местна и централна власт – раждаемост, детска смъртност, естествен прираст, вътрешна миграция, структура на населението, коефициент на възрастова зависимост, което благоприятства развитието на важни и дори структуроопределящи отрасли на страната. Област Бургас е с важно геополитическо разположение като е външна	Не се приема.	В становището липсват конкретни предложения, свързани с проекта на нормативен акт. Представените факти и

	граница на ЕС, морска граница на България, както и наличието и потенциалната заплаха от бежански поток. Област Бургас е най-посещаваната туристическа дестинация не само на Черно море, но и в страната, като през летния сезон броят на обслужваното население се увеличава два до три пъти. Преди всичко искаме да подчертаем, че представената информация за проекта разпределението на болничните легла по области и региони на развитие, конкретно за област Бургас, не съответства на предложенията на областната комисия за изготвяне на областна здравна карта. Другото основно противоречие, което е видно от проекта на НЗК, е категоричното несъответствие между медицинските специалности и нива на компетентност в проекта и критериите на Методиката, утвърдена от министъра на здравеопазването, съгласно която трябваше да бъде изготвена областната здравна карта. На практика формулата за определяне на броя на легла е екстраполирана върху цялата територия на България, което означава че не се отчита спецификата на отделните региони и области, а това е основно изискване за ефективността и приложимостта на подобен здравен документ. Областната комисия в Бургас, като се базира на обективните здравно-демографски дадености на областта, протичащите вътрешно-миграционни процеси, броя и тежестта на потенциално рискови обекти и дейности (концентрацията на пристанища, летище и нефтена рафинерия на нашата територия), наличието на структуроопределящи за националната икономика отрасли, бързите възходящи темпове на икономически растеж на областта, както и фактът, че областта е външна граница на ЕС, морска граница на България и е най-посещаваната туристическа дестинация на Черно море, предполагащ и засиления през последните години бежански поток, взе решение да предложи 4,43 промила осигуреност с болнични легла за активно, в т.ч. интензивно, лечение за област Бургас. Въпреки заложените законов механизъм за формиране на НЗК на база на предложенията на областните комисии за изготвяне на областната здравна карта и концепцията тя да бъде формирана при отчитане на потребностите „отдолу нагоре“, на практика нито един от мотивите на областната комисия в Бургас не е взет под внимание по отношение на броя, видовете легла по медицински специалности и нивата на компетентност на отделените структури. По отношение на общия брой болнични легла: - Към момента съществуват 1543 легла за активно и интензивно лечение, което дава 3,74 промила осигуреност на 1000 жители при заложен по определената от МЗ методика минимум 44,0 промила. - Предложение по проекта на НЗК – 1555 легла за активно и интензивно лечение при 3,77 промила осигуреност, при средна за страната 4,61 промила осигуреност.		обстоятелства са взети предвид при разглеждане на конкретните предложения на Областната комисия за изготвяне на ОЗК на област Бургас, представени в т. 22. (Виж по-горе).
--	---	--	--

	- Област Бургас е на 16-то място по осигуреност с легла за активно и интензивно лечение в РБ по представения проект. При тези условия област Бургас е сериозно ощетена по отношение на средна осигуреност на населението с болнични легла, което се отразява на всички видове легла по отделните специалности и разпределението на леглата е неадекватно на реалните и доказани чрез представените анализи потребности на населението. Лечебната система в област Бургас започна своето развитие относително късно в годините сравнено с останалите области в страната, едва през периода 2008-2009 г., и поради това спрямо нея се прилага т.нар. „исторически принцип“, който при предложения проект за НЗК отново ще доведе до застой в развитието на здравеопазването на областта. През последните 8-10 години в област Бургас се води активна политика по отношение развитие и инвестиции в здравеопазната система, които са съобразени с обективните потребности на населението и очакванията за по-добро качество на предлаганите медицински услуги. Поставено е началото на нови проекти, които и към момента са в ход и консервативния подход при определяне на броя, вида и разпределението на болничните легла по предложени в проекта на НЗК начин отново ще постави сериозни пречки при реализирането на проектите за бъдещо развитие на здравеопазването в област Бургас. Към момента е в ход процедура по акредитиране на медицинската специалност „Акушерка“ към факултета по „Здравни грижи“ на Университет „Проф. д-р Ас. Златаров“ гр. Бургас. През годините е оценена потребността и предстои разкриването на висше медицинско училище в най-големия град на ЮИР – гр. Бургас – Медицински факултет към Университет „Проф. д-р Ас. Златаров“, с цел гарантиране бъдещето на здравеопазната система в целия регион. Представеният проект на НЗК ограничава възможностите на двете университетски болници в гр. Бургас за развитие, за създаване на условия за въвеждане на нови иновативни методи за диагностика и лечение, за които следва да се осигурят необходимите квалифицирани кадри, и не на последно място задържане на специалистите в ЮИР, респективно в България. В проекта на НЗК са налице пропуски при представяне на настоящето състояние на лечебната система, вкл. не е отразен КОЦ Бургас ЕООД, към чието развитие община Бургас проявява изключително внимание. Само за последните три години за лечебното заведение е построена нова сграда с консултативни кабинети и с легла за палиативни грижи, осигурена е сграда и са закупени два линейни ускорители, всичко това финансирано със средства на общината и по проекти. Към момента започва строителство на нова, модерна сграда за стационарните отделения на КОЦ Бургас ЕООД, като се предвижда		
--	---	--	--

	разкриването на структури по брахитерапия и позитронно-емисионна томография и емисионна компютърна томография, с което ще се финализира процесът на осигуряване на комплексно медицинско обслужване на пациентите с онкологични заболявания. По отношение на болничните легла по физикална и рехабилитационна медицина, които са разкрити на територията на област Бургас, предвид уникалните природни, географски и климатични дадености на района, считаме че определянето броя на същите легла чрез двукратното им намаление „за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване“, като част от НЗК, е сериозно отклонение от заложените в ЗЛЗ параметри за изготвяне на НЗК. Предвид характера и честотата на заболяванията, които са показва за физикална и рехабилитационна медицина, следва да се преосмисли направеното предложение, тъй като това ще доведе до ограничаване на достъпа на пациентите до този вид медицинска дейност, особено за населението от общините и малките отдалечени места извън община Бургас, където структури по физикална и рехабилитационна медицина в извънболничната помощ с малки изключения липсват. Представените факти са обективни, е предложението, направено от областната комисия за област Бургас, отговаря на потребностите на гражданите на област Бургас от здравни и медицински грижи, както и на тенденциите за развитие на тези потребности. Приемаме като техническа и експертна грешка намаляването на стратегически важни за развитието на района легла и нива, което ще се отрази и на цялостната привлекателност на Бургас и на възможностите за развитие на областта		
23. Станислав Дечев, областен управител на област Хасково вх. № 20-00-354/17.05.2018 г., вх. № 20-00-354/21.05.2018 г.	Във връзка с публикуван проект на НЗК, назначената комисия за изработване на ОЗК на област Хасково на свое заседание разгледа и обсъди направеното от МЗ предложение. Според указанията, посочени в методиката за изработване на ОЗК, осигуреността с активни легла на 1000 души следва да бъде 4 при разработването на ОЗК за област Хасково с предложения брой активни легла на 1000 души се постигна осигуреност 3,98. При предложения проект за ОЗК на област Хасково осигуреността с активни легла на 1000 души е 3,6. След обсъждане на проекта комисията реши да предложи: 1. Корекция в разпределението на брой легла по медицински специалности и нива на компетентност, предложени в публикувания проект на НЗК, както следва: - интензивни легла – 18 легла с 2-ро ниво на компетентност и 20 легла 3-то ниво на компетентност; - непрофилирани легла – да се запази сега съществуващото състояние от 34 легла. В гр. Тополовград има СБАЛВБ с 20 легла, структурирани в две отделения – отделение по Вътрешни болести – 1-во ниво на компетентност, в съответствие с медицински стандарт	Не се приема.	1. Планираният брой на леглата за интензивно лечение е съобразен с отчетените случаи по КП и клинични процедури по интензивно лечение, изискващи съответното ниво на компетентност (II или III) в

	„Вътрешни болести“ и отделение за продължително лечение с терапевтична насоченост по медицинската специалност „Вътрешни болести“. - кардиологични легла – да се запази сега съществуващото състояние и съотношение на леглата, като 37 от леглата останат с 3-то ниво на компетентност предвид наличие на структура по инвазивна кардиология в МБАЛ Хасково АД; - хирургични легла – да се предвидят 91 брой легла 2-ро ниво на компетентност предвид наличие на структура „Детска хирургия“ в отделение по хирургия в МБАЛ Хасково АД; - очни болести – 18 легла 2-ро ниво на компетентност; - УНГ – да се запази сега съществуващото състояние и съотношение на леглата – 21 легла 2-ро ниво на компетентност; - неонатологични легла - да се запази сега съществуващото състояние и съотношение на леглата 10 първо ниво на компетентност и 20 второ ниво на компетентност – в област Хасково, в структурата на АГО в 4 МБАЛ има неонатологични легла; - АГ легла – да се запази сега съществуващото състояние и съотношение на леглата – 41 легла първо ниво на компетентност и 49 легла второ ниво на компетентност. 2. Броят на структурите без легла да се запази, както е посочено в изпратеното от КОЗК предложение до МЗ. 3. Предложение за броя и разпределението на лекарите и лекарите по дентална медицина по специалности в СИМП: 4. Да се предвидят в НЗК и следните специалисти за област Хасково: Дентална клинична алергология – 1; Дентална образна диагностика – 3. <i>Към писмото е приложена таблица с предложение за разпределението на броя легла по медицински специалности и нива на компетентност – Приложение № 12 към справката.</i>	област Хасково и отчетената използваемост на наличните легла – 51%. 2. Не се приема. В НЗК (Забележка № 5 на Приложение 31) изрично е посочено, че планираните потребности от медицински дейности, осъществявани на легла по вътрешни болести – непрофилирани са планирани в рамките на леглата за медицински дейности по определени други медицински специалности (кардиология, ендокринология, пневмология и фтизиатрия и др.) и могат да се осъществяват в структури по медицинската
--	--	---

			специалност вътрешни болести или структури по съответната друга медицинска специалност. В този смисъл няма проблем отделението по вътрешни болести в гр.Тополовград да продължи да функционира в настоящия вид. 3. Планираният брой на леглата за кардиология е съобразен с отчетените случаи по КП, изискващи съответното ниво на компетентност (I, II или III) в област Хасково и отчетената използваемост на наличните легла – 71%. 4. Планираният брой на леглата по очни болести е съобразен с отчетените случаи по КП, в област Хасково при
--	--	--	---

			оптимална използваемост 75% и отчетената използваемост на наличните легла – 41%. 5. Приема се предложението за увеличение на хирургичните легла в частта на дейността по детска хирургия. В проекта на НЗК е допусната техническа грешка, като не са отразени планираните 4 легла по детска хирургия с регионално значение (II или III ниво). 6. Не се приема предложението в частта за легла по УНГ. Планираният общ брой на леглата по УНГ и разпределението на леглата за дейности по нива на компетентност,
--	--	--	--

			е съобразен с отчетените случаи по КП, изискващи съответното ниво на компетентност (I или II), в област Хасково при оптимална използваемост 75% и отчетената използваемост на наличните легла – 69%. Вносителят не е отчел факта, че съгласно НЗОК в структура от II ниво на компетентност се осъществяват дейности както от I, така и от II ниво, леглата за които се планират отделно. 7. Не се приема предложението в частта за неонатологични легла. Планираният общ брой на неонатологичните легла и разпределението на леглата за
--	--	--	--

			дейности по нива на компетентност, е съобразен с отчетените случаи по КП, изискващи съответното ниво на компетентност (I или II), в област Хасково при оптимална използваемост 75% и отчетената използваемост на наличните легла – 71%. Вносителят не е отчетел факта, че съгласно НЗОК в структура от II ниво на компетентност се осъществяват дейности както от I, така и от II ниво, леглата за които се планират отделно. 8. Не се приема предложението в частта за АГ легла. Планираният общ брой на АГ легла и разпределението на леглата за
--	--	--	---

			дейности по нива на компетентност, е съобразен с отчетените случаи по КП, изискващи съответното ниво на компетентност (I или II), в област Хасково при оптимална използваемост 75% и отчетената използваемост на наличните легла – 65%. 9. Не се приема предложението за планиране на потребности от специалисти по дентална клинична алергология и дентална образна диагностика, тъй като тези дейности се планират само на ниво регион и такива не са посочени за нито една от областите в НЗК.
--	--	--	---

24. Д-р Дечо Дечев, изпълнителен директор на УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ ЕАД вх. № 20-00-354/17.05.2018 г.; получено и чрез Областен управител – Област София, по предложение на СРЗИ – вх. № 06-00-1/21.05.2018 г.	В проект на НЗК прави впечатление отклонението от броя на леглата, които са утвърдени с ПУДВР на болницата. В проекта за дейности по Анестезиология и интензивно лечение са посочени 11 бр. легла. През 2017 г. в УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ ЕАД беше извършен ремонт в ОАИЛ, породен от нарасналата необходимост за разширяване на структурата поради увеличения пациентопоток на Клиниката по неврохирургия, както и на звената, обслужващи пациенти с онкологични заболявания. Средствата, необходими за извършване на този ремонт бяха осигурени частично от МЗ, а останалата част беше поета от болницата. В резултат на извършените дейности ОАИЛ разполага с 16 бр. легла. Този факт беше отразен още в ПУДВР на УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ ЕАД, в сила от 01.11.2017 г., изпратен своевременно в СРЗИ за информация. В проекта на НЗК за дейности по Медицинска онкология са посочени 16 бр. легла, а за дейности по Клинична хематология – 41 бр. легла. През 2017 г., в резултат на силно нарасналия брой на пациентите с онкологични заболявания, желаещи да получат съответните медицински услуги и грижи в УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ ЕАД и възможността на болницата да предостави комплексно медицинско обслужване на тези болни, се взе решение от Съвета на директорите на лечебното заведение, да бъде извършено вътрешно реструктуриране на болничните легла, в резултат на което на Отделение по медицинска онкология бяха осигурени 27 легла, а на Отделение по клинична хематология – 54 легла. Същевременно, за да бъде обслужен максимален брой от нуждаещите се пациенти и да не се налага да бъдат връщани в тяхното отежнено физическо и психическо състояние, се наложи да бъде увеличен и броят легла за краткосрочен престой от 8 на 10 бр. в двете отделения. Макар леглата за краткосрочен престой да не фигурират в проекта на НЗК, тяхното нарастване също доказва важноста на решението, взето от ръководството на болницата, да осигури увеличение и на останалите легла в двете отделения. Извършените промени в броя на леглата в Отделение по медицинска онкология и Отделение по клинична хематология също бяха отразени в ПУДВР на УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ ЕАД, в сила от 01.11.2017 г., както и в последващите правилници на болницата. С настоящото писмо моля да бъдат предприети съответните действия за корекция в НЗК на броя на леглата на посочените структури в УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ ЕАД.	Приема се частично	1. Не се приема в частта за промяна на приложението, съдържащо областната здравна карта на Област София, тъй като отговорностите на областния управител са да ръководи областната комисия за изготвяне на областната здравна карта и не е приложен протокол от заседание на комисията с решение на областната комисия за изготвяне на областната здравна карта. 2. Осъществената дейност от лечебните заведения, посочени в писмото е включена при изготвянето на
---	---	---------------------------	---

			останалите приложения.
25. Бисер Михайлов, областен управител на област Благоевград вх. № 20-00-354/17.05.2018 г.	Във връзка с предстоящото утвърждаване на Проекта на Националната здравна карта на Р България и в нормативно определения срок за обществено обсъждане, представяме становището и възраженията на Комисията за изработване на Областната здравна карта за област Благоевград. В Областна администрация Благоевград бяха проведени работни срещи-дискусии и заседание на Комисията за изработване на Областната здравна карта, Областния управител с представители на лечебни заведения. Налице са следните констатации: В предложената за публично обсъждане Национална здравна карта (НЗК), в частта ѝ касаеща област Благоевград са заложили параметри - брой легла по видове и нива на компетентност и брой лекари-специалисти, които ощетяват сериозно населението в областта. Не са гарантирани заложените в Закона за лечебните заведения принципи за равнопоставеност и достъп до здравни услуги за населението, при достатъчна по обем, своевременна и качествена медицинска помощ и спазване правото на пациента на избор на лечебно заведение и лекар-специалист. I. Заложените параметри и предложените промени в Проекта на НЗК, не съответстват на приетата Областна здравна карта, изготвена съгласно Методика за изготвяне на Областна здравна карта, утвърдена със заповед № РД-01-428/22.12.2017 г. на Министъра на здравеопазването. Считаме че утвърждаването на така предложения проект на НЗК, ще доведе до диспропорции, които ощетяват болничната дейност на територията на област Благоевград и нарушават правата на пациентите за достъп до своевременна, качествена и достатъчна по обем медицинска помощ. Така определените ни брой легла за активно лечение по видове дейности и нива на компетентност са драстично намалени. Това от своя страна води до неосигуряване на вече утвърдени високоспециализирани дейности за областта и затрудняване до степен на невъзможност за сключване на договори с НЗОК. Припомняме, че Област Благоевград е на трето място по територия (60% от която е планинска), на шесто място по население (310 321), на девето място по изплатени средства за дейност за болнична медицинска помощ през 2017 год. (43,2 млн. лв.), а съгласно проект на НЗК на 22ро място по брой лица на 1 легло! При направения сравнителен анализ в проекта на Национална здравна карта на Р България, общият брой на определените болнични легла за активно лечение в страната е 32 913 бр., формиращ осигуреност от 4,6 легла на 1000 души. Съгласно така определените 989 легла за активно лечение, осигуреността на 1000 души за Благоевградска област е 3,2 легла, което е драстично по-малко от средната осигуреност за страната, а именно с 32% !	Приема се частично.	1. Не се приема предложението за общо увеличаване на броя на активните легла в област Благоевград. Наличните в момента легла за АЛ са 1143 при отчетена използваемост от 65 %. Фактически заетите легла са 737. Планираните потребности от легла за АЛ в проекта на НЗК са 989, гарантиращи изпълнението на отчетените дейности при оптимална използваемост от 75 %. Това осигурява резерв от 252 легла, т.е. над 25 % свободен леглови фонд. Ако се приеме предложението на комисията, изготвила

Съпоставяйки населението на страната – 7 101 859 с общия брой на определените в НЗК болнични легла за активно лечение - 32 913, се установява, че за страната на всеки 216 лица е осигурено едно легло за активно лечение. За Благоевградска област този показател е – на всеки 314 лица е осигурено едно легло за активно лечение, или отклонението е с 45% повече лица на едно легло за активно лечение от средното за страната. За различните медицински специалности този процент на отклонение варира от 10% до 113%.

Например:

- 50% повече лица на едно легло за анестезиология и интензивно лечение от средното за страната;
- 39% повече лица на едно терапевтично легло от средното за страната;
- 113% повече лица на едно хирургично легло от средното за страната;
- 10% повече лица на едно педиатрично легло от средното за страната;
- 19% повече лица на едно акушерогинекологично легло от средното за страната;

Наименование	Брой легла общо за страната	Брой лица на едно легло за страната	Брой легла за област Благоевград	Брой лица на едно легло за област Благоевград	Отклонение от средното за страната /к.5 към к.3/ в %
1	2	3	4	5	6
Активни легла/брой души на едно легло, в т.ч.:	32913	216	989	314	45%
Интензивни легла	1509	4706	44	7053	50%
Терапевтични легла	16378	434	514	604	39%
Хирургични легла	8233	863	169	1836	113%
Педиатрични легла	4076	1742	162	1916	10%
АГО легла	2717	2614	100	3103	19%

Както и по видове медицинска дейност:

--	--	--	--	--	--	--

областната здравна карта, за увеличаване на активните легла – да се увеличат от 1143 до 1243 или с 9% спрямо съществуващите легла, това ще доведе при запазване на съществуващия обем осъществени медицински дейности до намаляване на използваемостта на наличните легла до 38%. По отношение на разпределението на планираните легла за активно лечение по дейности, изискващи съответно ниво на компетентност следва да се отбележи, че отчетените данни по КП за осъществената от лечебните заведения в

Медицински дейности по видове	Брой легла общо за страната по проект на НЗК 2018	Брой легла за област Благоевград по проект на НЗК 2018	Настоящ брой легла за област Благоевград	Брой лица на едно легло за страната по проект на НЗК 2018	Брой лица на едно легло за област Благоевград по проект на НЗК 2018	Брой лица на едно легло за област Благоевград по настоящо състояние	
ОБЩО ЛЕГЛА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ	32913	989	1143	216	314	271	
Интензивни легла	1509	44	60	4706	7053	5172	
Анестезиология и интензивно лечение	1509	44	60	4706	7053	5172	
Терапевтични легла	16378	514	571	434	604	543	
Вътрешни Болести - Непрофилирани	0	0	41			7569	
Гастроентерология	1819	53	51	3904	5855	6085	
Ендокринология и болести на обмяната	884	8	15	8034	38790	20688	
Инфекциозни болести	717	30	52	9905	10344	5968	
Кардиология	2996	116	120	2370	2675	2586	
Клинична алергология	50	-	-	142037			
Клинична имунология	8	-	-	887732			
Клинична токсикология	77	-	-	92232			
Клинична хематология	780	2	-	9105	155161		
Кожни и венерически болести	283	-	-	25095			
Лъчелечение	814	25	30	8725	12413	10344	
Медицинска онкология	1128	35	34	6296	8866	9127	
Нуклеарна медицина	16	-	-	443866			
Нервни болести	2932	119	118	2422	2608	2630	
Нефрология	828	21	18	8577	14777	17240	
Пневмология и фтизиатрия	2534	105	87	2803	2955	3567	

областта дейност показва, че са изпълнени 26 481 КП, изискващи I ниво на компетентност, за които са реализирани 121 478 леглодни. При оптимална използваемост от 75 % за тяхното изпълнение са необходими 443 легла. Толкова е броят на планираните легла за дейности от I ниво на компетентност, заложен в проекта на НЗК в частта за област Благоевград. По аналогичен ред са определени потребностите от легла за дейности, изискващи II и III ниво. Отчетените случаи по посочените в становището 14 % на КП, изискващи I ниво на

	Ревматология	512	0	0	13871				
	Хирургични легла	8233	169	213	863	1836	1457		
	Гръдна хирургия	221			32135				
	Детска хирургия	123	-	-	57739				
	Кардиохирургия	202	-		35158				
	Лицево-челюстна хирургия	147	-	-	48312				
	Неврохирургия	438			16214				
	Ортопедия и травматология	1694	55	71	4192	5642	4371		
	Очни болести	388	3	11	18304	103440	28211		
	Медицински дейности по видове	Брой легла общо за страната по проект на НЗК 2018	Брой легла за област Благоевград по проект на НЗК 2018	Настоящ брой легла за област Благоевград	Брой лица на едно легло за страната по проект на НЗК 2018	Брой лица на едно легло за област Благоевград по проект на НЗК 2018	Брой лица на едно легло за област Благоевград по настоящо състояние		
	Пластично-възстановителна хирургия	141	-		50368				
	Съдова хирургия	393			18071				
	Урология	894	23	30	7944	13492	10344		
	Ушно-носно-гърлени болести	624	5	7	11381	62064	44332		
	Хирургия	2968	83	94	2393	3739	3301		
	Педиатрични легла	4076	162	179	1742	1916	1734		
	Неонатология	1334	56	64	5324	5541	4849		
	Педиатрия, в тч.:	2679	106	115	2651	2928	2698		
	<i>Д.гастроентерология</i>	36	-		197274				
	<i>Детска ендокринология и болести на обмяната</i>	75		-	94691				

компетентност са 43 % от всички отчетени случаи в областта и над 40 % от проведените леглодни.

2. Не се приемат предложенията за корекции в броя и разпределението на леглата по нива на компетентност, съобразно предложението на Областната комисия за изготвяне на ОЗК. Планираният общ брой легла и тяхното разпределение по видове, медицински дейности и нива на компетентност, заложен в проекта на НЗК са съобразени с данните за отчетената дейност по КП, изискващи съответното ниво на компетентност при оптимална

	Детска кардиология.	87	-	-	81631		
	Детска клинична хематология и онкология	86	-	-	82580		
	Детска неврология	30	-	-	236729		
	Детска нефрология и хемодиализа	36	-	-	197274		
	Детска пневмология и фтизиатрия	80	-	-	88773		
	Детска ревматология	28	-	-	253638		
	Акушеро-гинекологични легла	2717	100	120	2614	3103	2586

От гореизложеното се установява и е видно, че липсва равнопоставеност и е налична тежка и необяснима диспропорция на определените легла за активно лечение за област Благоевград спрямо средните за страната. Така определените легла за активно лечение са крайно недостатъчни за равномерно задоволяване на потребностите от болнично лечение на населението от Благоевградска област.

Областната карта на област Благоевград, по отношение на необходим брой легла за болнично лечение, е изготвена след извършване от областната комисия, определена по реда на чл.29, ал.3 от Закона за лечебните заведения, на реална оценка на потребностите от болнична помощ и в пълно съответствие с критериите и коефициентите заложиени в Методиката за изготвяне на областна здравна карта.

От така публикувания проект на Национална здравна карта на Р България е видно, че не е изготвена и съобразена с Областната здравна карта на област Благоевград. Взето е под внимание само критерия използваемост и не са отчетени коригиращи коефициенти отчитащи здравно-демографската структура и заплатената дейност.

Трябва да отбележим, че тази използваемост за област Благоевград е пряко свързана с определяните стойности на разходи /лимита/ на лечебните заведения за болнична медицинска помощ и работата им в условия на рестрикция на дейността съобразно определените финансови параметри. По този начин изначало се предопределя използваемостта.

Как могат да постигнат лечебните заведения по-висока използваемост при изчерпан финансов ресурс?

През последните три години област Благоевград е с определени годишни стойности несъответстващи на броя на население, капацитета и нивата на компетентност на лечебните

използваемост от 75 %, като за дейностите, за които наличните легла са били с използваемост над 75% е планиран по-голям брой легла спрямо разкритите такива. Извършено е и преразпределение на дейностите, осъществявани на легла по вътрешни болести непрофилирани, като същите са планирани в рамките на леглата по съответните специалности.

3. Не се приема в частта за структурите без легла. Структурите без легла (за диализно лечение, лабораторна дейност и др.) не са обект на

заведения, което води до отчитане на дейност, която е извън определените стойности и съответно не е заплатена /за 2015 год. на стойност 2 129 171 лв., за 2016 год. – 676 493 лв. и за 2017 год. – 1 115 522 лв./. Незаплащането на тази дейност води до занижаване на използваемостта на леглата, поради съобразяване с утвърдените бюджети на лечебните заведения.

Налична е диспропорция на стойностите на разходи на различните области през годините. Как са формирани стойностите на разходи и как са обвързани с дейности, население, брой специалисти и други фактори, за да се формира следната статистическа таблица, в която Благоевградска област, която е трета по територия, шеста по население и девета по изплатени средства за дейност за болнична медицинска помощ през 2017 год., отново е на 17то място по изплатени средства за 1 лице.

В тази връзка съпоставихме следните три параметъра:

- население на другите области спрямо населението на област Благоевград;
- изплатените средства за дейност за болнична медицинска помощ на другите области спрямо изплатените средства на област Благоевград;
- определения брой легла за активно лечение на другите области спрямо определените такива за област Благоевград.

ЛЗ за БМП	Общо заплатени средства за БМП през 2017г. /лв./	Населени е	Легла по проект на НЗК	Брой душ и на 1 легло	Изплатен и средства за 1 лице /лв./	% от заплатенит е спрямо Благоевгра д	% от населениет о спрямо Благоевгра д	% от леглата спрямо Благоевгра д
Общо	1 695 550 323	7 101 859	32 911	216	239			
Благоевград	43 223 686	310 321	989	314	139	100	100	100
Бургас	81 494 444	412 684	1 555	265	197	189	133	157
Варна	115 762 894	472 654	2 042	231	245	268	152	206
В. Търново	34 290 539	242 259	880	275	142	79	78	89
Видин	8 656 842	88 867	224	397	97	20	29	23
Враца	32 441 389	168 727	764	221	192	75	54	77
Габрово	18 557 727	112 334	505	222	165	43	36	51
Добрич	14 676 103	178 438	415	430	82	34	58	42

планиране в НЗК, поради което такива не са планирани за нито една от областите на страната.

4. Не се приема предложението за планиране на 2 структури по спешна медицина. Потребностите от СО е определена при осигуреност 1 СО на население 200 000 души, т.е. 2 СО при население над 400 000 души. Населението на областта е 310 хил. души.

5. Приема се частично в частта за броя на лекарите специалисти по медицинска онкология, ортопедия и травматология, очни болести, клинична лаборатория,

Кърджали	17 316 371	150 837	446	338	115	40	49	45
Кюстендил	18 644 704	123 431	450	274	151	43	40	46
Ловеч	15 233 430	129 222	526	246	118	35	42	53
Монтана	26 254 416	134 669	543	248	195	61	43	55
ЛЗ за БМП	Общо заплатени средства за БМП през 2017г. /лв./	Населени е	Легла по проект на НЗК	Брой душ и на 1 легло	Изплатен и средства за 1 лице /лв./	% от заплатенит е спрямо Благоевград	% от населението спрямо Благоевград	% от леглата спрямо Благоевград
Пазарджик	61 475 161	260 814	1 272	205	236	142	84	129
Перник	10 972 675	123 770	316	392	89	25	40	32
Плевен	70 301 777	248 138	1 508	165	283	163	80	152
Пловдив	278 854 853	671 573	4 397	153	415	645	216	445
Разград	13 382 584	115 402	350	330	116	31	37	35
Русе	54 872 579	223 489	1 095	204	246	127	72	111
Силистра	13 290 703	111 957	398	281	119	31	36	40
Сливен	33 352 515	189 788	874	217	176	77	61	88
Смолян	14 694 097	109 425	446	245	134	34	35	45
София град	544 666 611	1 323 637	8 151	162	411	1260	427	824
София област	22 460 809	234 185	1 081	217	96	52	75	109
Стара Загора	59 029 987	321 377	1 486	216	184	137	104	150
Търговище	15 078 327	113 694	452	252	133	35	37	46
Хасково	32 675 499	233 415	829	282	140	76	75	84
Шумен	27 894 896	174 476	621	281	160	65	56	63
Ямбол	15 994 704	122 276	296	413	131	37	39	30

Пред вид факта, че областта е трета по територия, шеста по население и девета по изплатени средства за дейност за болнична медицинска помощ през 2017 год. а по проект на НЗК на 17то място по изплатени средства за 1 лице и на 22ро място по брой лица на

клинична микробиология и образна диагностика в извънболничната помощ. Не се приема в останалата част за лекарите специалисти в извънболничната помощ. Броят на необходимите лекари и лекари по дентална медицина в проекта на НЗК е определен на база национални коефициенти за осигуреност на населението, осигуряващи равнопоставеност на всички български граждани до СИМП, а не на база брой регистрирани в РЗИ специалисти. Коефициентите са изготвени на база брой отчетени прегледи при

	I легло, е видно, че съществува несъответствие на определените легла за активно лечение за област Благоевград спрямо тези за другите области. Реалното намаление на активните легла обаче е още по-голямо, защото при разпределянето им по нива на компетентност, са предоставени неоправдано повече легла за дейности от I-во ниво на компетентност, като по този начин се ограничава обема на дейност на структурите от II-ро и III-то ниво. От общия брой легла в НЗК, 443 са определени за I-во ниво на компетентност, което е 45% от всички активни легла за областта. Същевременно едва 14% от всички клинични пътеки изискват I-во ниво!!! За сравнение – 62% от клиничните пътеки се изпълняват във II-ро ниво, а 24% - в III-то ниво, т.е. най-нисък е относителният дял именно на КП изискващи I-во ниво на компетентност. Очевидно ненужно завишен е броят на леглата от най-ниско ниво, за сметка на по-високите нива, в които се изпълнява преобладаващият брой клинични пътеки. Това на практика се явява ограничителна рамка за лечебните заведения за извършване на тяхната дейност, които ще бъдат изкуствено принудени да извършват дейност от по-ниско ниво, макар да разполагат със структури от по-високо ниво. Пряка последица от запазване на предложените в НЗК активни легла за областта ще бъде закриване на цели структури, което ще затрудни значително достъпът на населението от областта до достъпна, своевременна, качествена и достатъчна по обем медицинска грижа. Отделно, определените потребности в проекта на НЗК не съответстват на вида дейности, финансирани от бюджета на НЗОК, което прави практически невъзможно изпълнението на голяма част от пътеките и процедурите, предвидени в основания пакет, гарантиран от НЗОК. Не на последно място, пациентите в областта няма да имат достъп до медицинска помощ от по-високо ниво, което не само ще засегне качеството на оказаната здравна помощ, а ще създаде реална опасност за пациенти със заболявания, чието лечение изисква по-високо ниво на компетентност. Цели групи заболявания и дейности по клиничните пътеки изискват по-високи нива – II-ро или III-то, като тук се включват заболявания характеризиращи се с висока смъртност и инвалидизация. Особено тревожно е намалението на леглата, а най-вече на леглата за активно лечение, в следните отделения: 1. Вътрешно отделение – от наличните 41 легла за вътрешни болести - непрофилирани, в проекта на НЗОК 2018 година не са предвидени легла. Условието за сключване на договор на клиничните пътеки по медицинските специалности: пневмология и фтизиатрия, нефрология, гастроентерология, ендокринология, кардиология, хематология, дават възможност същите да се изпълняват в МБАЛ с разкрито отделение по Вътрешни болести с	лекари от съответната специалност. Вносителят не е взел предвид обстоятелството, че броят на необходимите лекари и лекари по дентална медицина е определен на база пълна заетост, т.е. не по-малко от 40 часа седмично, като съгласно НЗК това се съобразява с трудовото законодателство (отчитайки специалности, които са с намалено работно време) и разпоредбите на чл.81, ал.3 и 4 от ЗЛЗ, т.е. че един лекар в ИБМП следва да работи не по-малко от 5 часа седмично по договор с НЗОК. Т.е. потребностите от
--	--	--

II-ро ниво на компетентност и разрешена дейност по тези специалности. Такива в областта са 5 лечебни заведения за болнична помощ. Процента на използваемост на леглата за вътрешни болести-непрофилирани за област Благоевград през 2017 год. е 195%, като са отчитани дейности както следва:

Медицинска специалност	Брой леглодни	Брой случаи	Дял на отчетената дейност, съгласно отчетените леглодни	Дял на отчетената дейност, съгласно отчетените брой случаи
гастроентерология	540	110	2.25	2.71
ендокринология	40	10	0.17	0.25
кардиология	131	35	0.54	0.86
нефрология	4795	965	19.94	23.75
пневмология	18529	2939	77.06	72.34
хематология	9	4	0.04	0.10
Общо	24044	4063	100.00	100.00

Потребностите от терапевтични легла е необходимо да бъдат както е предложено в Областната здравна карта, като предложените 72 легла за вътрешни болести – непрофилирани да се прехвърлят към останалите медицински специалности, по които има отчитана дейност в отделенията по Вътрешни болести.

2.Анестезиология и интензивно лечение – от наличните 32 легла II ниво и 28 III ниво се отпускат само 20 (които се планират на регионално ниво) и 24 легла за дейност минимум II ниво. Подобно намаление е неоправдано. На територията на област Благоевград функционират 6 отделения по Анестезиология и интензивно лечение, от които три с трето ниво на компетентност. Интензивното лечение е медицинска дейност, която не може да бъде планирана. Тази дейност се извършва в спешен порядък и никой не може да предвиди колко и кога ще настъпи необходимостта от оказване на тази медицинска дейност – катастрофи, оперативни интервенции, травматизъм, отравяне и др. Структурите за интензивно лечение поемат лечението на най-тежките случаи, при които рискът за живота и здравето на пациентите е най-голям. Тези отделения не само осъществяват самостоятелна дейност по редица клинични пътеки, но осигуряват интензивното лечение и наблюдение на пациентите, преведени от всички болнични структури независимо от специалността. Особено неоснователното е намалението на активните легла от III ниво. Именно в структурите от най-високото ниво на компетентност се изпълняват клиничните процедури за интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи на пациенти с или без механична вентилация.

1 лекар по дадена специалност, работещ най-малко 40 часа седмично могат да бъдат задоволени от 1 лекар до 8 лекари-специалисти, в зависимост от продължителността на времето (часовете), в което работят в ИБП по договор с НЗОК. Това обстоятелство е особено важно, имайки предвид, че голям брой специалисти, регистрирани в РЗИ Благоевград работят освен в СИМП и в лечебни заведения за болнична помощ и не могат да осигурят пълна заетост за работа с пациенти в извънболничната помощ.

	3.Кардиология – от наличните 49 легла III ниво за областта се отпускат само 26 (които се планират на регионално ниво). На територията на РЗОК - Благоевград функционират три отделения по Кардиология с III ниво на компетентност с три инвазивни лаборатории, оборудвани с високотехнологична апаратура и с водещи специалисти, чрез които е осигурена навременна диагностика и лечение на сърдечно съдовите заболявания. Вложени са финансови, материални и човешки ресурси, за да се покрият изискванията на медицинския стандарт по Кардиология за III ниво. Тези лечебни заведения поемат и основния пациентопоток на кардиологично болни пациенти, като две от болниците са разположени в административния център на областта град Благоевград, към който именно се насочват и болните от по-малките населени места от региона. На база направен анализ на извършената дейност по договор с НЗОК и такава извън него се установява, че определените 26 бр. легла за медицински дейности, които се планират на регионално ниво са крайно недостатъчни за навременната диагностика и лечение на сърдечно съдовите заболявания на населението от област Благоевград, за осигуряването на достъп до тази медицинска дейност. Нещо повече, всички клинични пътеки свързани с инвазивна диагностика и интервенционно лечение на сърдечно-съдови заболявания изискват именно III-то ниво на компетентност, поради което е от изключителна важност да се осигурят достатъчно на брой легла, на които да се извършват посочените дейности. 4.Нервни болести - увеличен е броят на леглата от I-во ниво на компетентност с 44 легла за сметка на легла от II-ро ниво, които са намалени с 43 легла. От общо 22 неврологични клинични пътеки/КП/, 17 КП се изпълняват при II-ро ниво и едва 1 КП при I-во ниво на компетентност, т.е. основният пациентопоток преминава именно по пътеките изискващи второ ниво. При това положение неоправдано е намаляването на броя легла от II ниво. 5.Ендокринология и болести на обмяната - и тук намаляването е драстично. От разкритите общо 15 легла за областта, НЗК предвижда по тази специалност само 8 легла, като за II-ро ниво е определено едва 1 легло!!! Видно от представените в Областната здравна карта здравно-демографски данни от болести на ендокринната система страдат 38 642 души. Тяхното лечение трудно ще бъде осъществено само на предвидените 8 легла. 6.Хирургия - силно нарушена е пропорционалността при разпределението на леглата между нива на компетентност в областта на хирургията и урологията. И тук се наблюдава увеличение на броя легла от I-во ниво, за сметка на леглата от II-ро ниво. Особено показателен е дисбаланса при урологичните легла – НЗК предвижда 8 легла от I-во ниво, при условие че в областта няма разкрито нито едно легло от това ниво. Същевременно броят на реално разкритите легла от II-ро ниво е намален на половина – от 30 на 15 легла!!!	Освен това следва да се има предвид, че специалистите по съдова хирургия, ангиология, неврохирургия, детска пневмология и фтизиатрия и др. се планират само на ниво регион и в проекта на НЗК няма планирани такива в нито една област на страната.
--	---	--

	При хирургичните легла също се наблюдават драстични промени – намален е броят на леглата от II-ро ниво с 15 легла. И при тази специалност, както при много други, основният дял от клиничните пътеки - над 76%, се изпълнява в структури от II-ро ниво. Това изисква осигуряването именно на легла от по-високо ниво на компетентност. Аналогична е ситуацията и с ортопедичните легла – при тях намаление се наблюдава в леглата от най-високото ниво III ниво, които са намалени с 11 легла! Оперативните интервенции с голям и много голям обем на сложност изискват именно III-то ниво, поради което е от изключителна важност да се осигурят достатъчен брой легла от това ниво на компетентност. 7.Най-фрапиращо е положението с акушеро-гинекологичните легла. При тях освен намаление в общия брой легла се наблюдава и сериозна непропорционалност на разпределението им по нива на компетентност. Активните легла от II-ро ниво са намалени с 48, което е повече от 50%!!! За сметка на тях леглата от I-во ниво са увеличени с 28. От всички 16 КП по специалността акушерство и гинекология, 11 се изпълняват при изискуемо II-ро ниво и едва 3 при I-во, т.е. преобладаващата част от пациентите преминават именно през леглата от II-ро ниво. 8.Значително е намален и броят на педиатричните леглата, в частност по специалността неонатология. От разкритите на територията на областта 30 легла от II-ро ниво на компетентност, НЗК предвижда едва 18 легла, т.е. намаление с 12 легла!!! Преобладаващият брой от клиничните пътеки изпълнявани по специалността неонатология изискват именно второ ниво. 9.Структури без легла В проекта на НЗК липсват постове за диализно лечение, клинична микробиология и др., които към момента съществуват. Не е ясно дали това се дължи на пропуск или НЗК не предвижда за Благоевградска област диализни постове, на които да се провежда животоподдържащото лечение на диализно болните пациенти. 10. Структури по спешна медицина Към настоящият момент в областта са разкрити общо 2 структури по спешна медицина. Проектът на НЗК обаче предвижда те да бъдат намалени на една. Подобно намаление е не само неоправдано, но и противоречи на редица нормативни актове, уреждащи приема и оказването на болнична медицинска помощ. Текстът на чл.20, ал.2 от Наредба №49/18.10.2010г. казва, че приемът на пациенти се осъществява чрез една от двете структури – чрез консултативните кабинети в КДБ или чрез спешно отделение (аналогичен текст е възпроизведен и в НРД). Отделно, чл.19а, ал.3 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ казва, че преценката относно необходимостта от		
--	---	--	--

	хоспитализация при самонасочили се пациенти в условията на спешност се извършва от ЦСМП или от лекар в структура за спешна мед.помощ, в зависимост от това къде се е самонасочил пациентът (т.е. единствената възможност за приемане на пациент самонасочил към ЛЗБП е чрез СО). Предвид цитираните текстове от Наредба 49/2010 и Наредбата за право на достъп до МП, наличието на функциониращо спешно отделение е на практика задължително структурно звено, за да бъде осъществяван приемът на пациенти в болниците. Двете действащи към момента структури са разкрити в двете многопрофилни болници в Благоевград. Големият брой пациенти преминаващи през лечебните заведения в Благоевград налага запазването и на двете структури. Градът е седалище на два големи университета - ЮЗУ "Неофит Рилски" и Американския университет в България, и няколко частни колежа – по икономика и мениджмънт и по туризъм. Увеличаване на броя пациенти има и в резултат на големия туристически поток в областта, което има пряко отношение към приема по спешност в болниците. Благоевградска област е свързващо звено с две съседни държави – Гърция и Македония и именно от тук преминава основната част от трафика от и за тези държави. Това от своя страна е предпоставка за повишен риск от повишена заболяемост и повече ПТП. Добре известно е, че през областта минават основни трасета с международно значение, като международен път Е-79, който е ноторно известен с почти всекидневните си ПТП, особено в района на Кресненското дефиле. Не на последно място, запазването на разкритите структури ще облекчи работата на спешните екипи. Медицинските специалисти ще работят в по-спокойна среда и това би довело и до намаляване на агресията в спешни отделения. Отделно, ще се осигури по-бърз и безпрепятствен достъп на населението до специализирана болнична медицинска помощ, което ще доведе до по-голяма резултатност на провежданото лечение и в крайна сметка до по-качествена медицинска услуга на пациентите. II. Във връзка с предложения за обсъждане проект на НЗК, в частност Приложение 29, т.5 Югозападен район за област Благоевград, считаме, че броят на лекарите-специалисти в извънболничната помощ като брой по видове специалности, не отговаря на изготвената Областна здравна карта. Заложените параметри и предложените промени в проекта на НЗК, не съответстват на приетата Областна здравна карта изготвена съгласно утвърдена от Министерство на здравеопазване методика. Съгласно Проекта на Национална здравна карта за област Благоевград относно конкретните потребности от лекари по специалности за осигуряване на достъп на населението до медицинско обслужване в извънболничната помощ, е намален броят на специалистите в следните специалности:		
--	--	--	--

	1. Гастроентерология - в Областната здравна карта са подадени 14, в проекта на НЗК са 9, а регистрираните в РЗИ – Благоевград специалисти са 12. 2. Инфекциозни болести - от предложените 10 в Областната здравна карта в проекта на НЗК са 4, а регистрираните в РЗИ са 7. 3. Медицинска онкология - от предложените в Областната здравна карта 4-ма специалисти в проекта на НЗК са заложиени 2, а регистрираните в РЗИ – Благоевград са 3-ма. 4. Ортопедия и травматология - в проекта на НЗК са 20, в Областната здравна карта са 33, а регистрираните в РЗИ специалисти са 33. 5. Очни болести - в проекта на НЗК са предвидени 19, предложението на Областната здравна карта е 30, в РЗИ – Благоевград са регистрирани 30 специалисти. 6. Физикална и рехабилитационна медицина - в проекта на НЗК са предвидени 9 в Областната здравна карта са заложиени 16, а регистрирани в РЗИ са 13. 7. Неврохирургия - в проекта на НЗК е 0, в Областната здравна карта са 3 в РЗИ има регистрирани 3-ма. 8. Съдова хирургия, ангиология - в проекта на НЗК е 0, в Областната здравна карта са 3 в РЗИ има регистрирани 2-ма 9. Клинична лаборатория - от предвидени в Областната здравна карта 23-ма специалисти, в проекта на НЗК са предвидени 12, а регистрираните специалисти в РЗИ са 21; 10. Клинична микробиология - от предвидени в Областната здравна карта 10 специалисти, в проекта на НЗК са предвидени 4, а регистрираните специалисти в РЗИ са 6; 11. Образна диагностика - от предвидени в Областната здравна карта 23-ма специалисти, в проекта на НЗК са предвидени 12, а регистрираните специалисти в РЗИ са 19; 12. Детска пневмология и фтизиатрия - от предвидения в Областната здравна карта един специалист, в проекта на НЗК не е предвидена бройка, а в РЗИ е регистриран един такъв специалист. Считаме, че броят на лекарите-специалисти в извънболничната помощ като брой по видове специалности, трябва да остане както е заложиено в изготвената Областна здравна карта. Мотивите за предложението ни са следните: 1. Намаляването броя на лекарите-специалисти в извънболничната помощ нарушава: - Правото на достъп на пациентите до здравни услуги, съобразно здравните им нужди. Всички следва да имат гарантиран достъп до здравни услуги без дискриминация, основана на финансови възможности, месторождение, вида на заболяването или времето на поискване на услугите.		
--	---	--	--

	- Правото на свободен избор, като всеки пациент има право свободно да избира измежду различни процедури за лечение и доставчици на медицински услуги. Няма нормативен документ с ясни критерии, на основата на които РЗИ да издава удостоверения за недостатъчност по чл. 81 от ЗЛЗ и не би следвало при издаването му РЗИ да се позовава на принципа на „правото на първи подал заявление“. Липсата на нормативна база с критерии поставя в този случай НЗК като дискриминиращ нормативен акт спрямо лекарите-специалисти от извънболничната помощ. 2. Като територия и брой население Благоевградска област е на едно от първите места сред останалите области, която обхваща 14 общини. Условно е разделена на пет района – Благоевград, Сандански, Петрич, Разлог и Гоце Делчев, от които без Благоевград останалите четири са в труднодостъпни райони. 3. Прави впечатление, че всички тесни педиатрични и терапевтични специалности са силно игнорирани в НЗК в частта на извънболничната специализирана медицинска помощ. През последните години се даде възможност лекарите да придобиват директно такива специалности без да са специализирали преди това Детски или Вътрешни болести. Новата система за придобиване на специалност е съобразена с европейските стандарти и нуждата на населението от адекватна специализирана медицинска помощ. За съжаление, медицинската статистика в момента ползва стари формуляри от преди повече от 40 години, в които дейността на всички съвременни тесни специалности в СИМП е отразена в графа “Други“. По тази причина при формирането на НЗК не се ползват реални данни, както за дейността на медицинските специалисти, така и за здравните нужди на населението. Считаме, че този брой на лекарите-специалисти в извънболничната помощ ще доведе до своевременно решаване на много от здравословните проблеми на пациентите в амбулаторни условия, което от своя страна би довело до намаляване на разходите за профилактика, диагностика и лечение, включително и за болнична помощ и косвено би повлияло намаляването на инвалидизирането на пациентите. Отчитайки необходимостта от наложителна реформа в здравеопазването, гарантиране равнопоставеност и достъп до здравни услуги за цялото население в област Благоевград, при достатъчна по обем, своевременно и качествена медицинска помощ и след компромисно решение за най-ефективно и оптимално определяне на Областната здравна карта, във връзка с проекта на НЗК за област Благоевград Предлагаме:		
--	---	--	--

I. На база гореизложените мотиви и съображения, да бъде прието предложението от Областната комисия за легла за активно лечение, като се утвърдят 1243 легла, разпределени по медицински специалности и нива на компетентност и предложените 72 легла за вътрешни болести – непрофилирани да се прехвърлят към останалите медицински специалности, по които има отчитана дейност в отделенията по Вътрешни болести, както следва:

Медицински дейности по видове	Предложение от Областна комисия			
	I	II	III	Общо
ОБЩО ЛЕГЛА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ	429	708	106	1243
Интензивни легла		45	29	74
Анестезиология и интензивно лечение		45	29	74
Терапевтични легла	249	331	42	622
Вътрешни Болести - Непрофилирани				
Гастроентерология	4	51		55
Ендокринология и болести на обмяната	13	4		17
Инфекциозни болести	22	20		42
Кардиология	57	34	42	133
Клинична алергология				
Клинична имунология				
Клинична токсикология				
Клинична хематология	4			4
Кожни и венерически болести				-
Лъчелечение		20		20
Медицинска онкология		29		29
Нуклеарна медицина				
Нервни болести	51	81		132
Нефрология	16	22		38
Пневмология и фтизиатрия	82	70		152
Ревматология				
Хирургични легла	27	187	35	249
Гръдна хирургия				0
Детска хирургия				0
Кардиохирургия				0
Лицево-челюстна хирургия				0
Неврохирургия				0

Ортопедия и травматология	2	43	35	80
Очни болести		16		16
Пластично-възстановителна хирургия				0
Съдова хирургия				0
Урология		31		31
Ушно-носно-гърлени болести	5	7		12
Хирургия	20	90		110
Педиатрични легла	99	75	0	174
Неонатология	34	25		59
Педиатрия, втм.:	65	50		115
Детска гастроентерология.				0
Детска ендокринология и болести на обмяната				0
Детска кардиология				0
Детска клинична хематология и онкология				0
Детска неврология				0
Детска нефрология и хемодиализа				0
Детска пневмология и фтизиатрия				0
Детска ревматология				0
Акушеро-гинекологични легла	54	70	0	124
Медицински дейности по видове	Предложение от Областна комисия			
	I	II	III	Общо
Други	246	397	-	643
Психиатрия		208		208
Физикална и рехабилитационна медицина		189		189
Продължително лечение			35	35
Палиативни грижи			211	211
Структури без легла				
Спешна медицина	1	1		2
Диализно лечение (брой постове)	10	48		58
Психиатрия – дн. Стационар (брой места)			25	25
Лъчелечение				-
Нуклеарна медицина				-
Физикална и рехабилитационна медицина	1	3		4
Вирусологична лаборатория				-
Клинична лаборатория		7		7
Лаборатория по клинична имунология				-

Медицинска генетика				
Медицинска паразитология	1	6		7
Микробиологична лаборатория				-
Токсикологична лаборатория	2	6		8
Образна диагностика		1		1
Трансфузионна хематология				
Обща и клинична патология				7
Съдебна медицина				1

II. Броят на лекарите-специалисти в извънболничната помощ като брой по видове специалности, да остане както е заложено в изготвената Областна здравна карта, а именно:

СПЕЦИАЛНОСТ	Брой специалисти
ЛЕКАРИ ПО КЛИНИЧНИ СПЕЦИАЛНОСТИ	451
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	47
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ	6
ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ	20
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ	14
ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА	17
ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ	10
КАРДИОЛОГИЯ	28
КЛИНИЧНА АЛЕРГОЛОГИЯ	5
КЛИНИЧНА ТОКСИКОЛОГИЯ	-
КЛИНИЧНА ХЕМАТОЛОГИЯ	2
КОЖНИ И ВЕНЕРИЧЕСКИ БОЛЕСТИ	13
МЕДИЦИНСКА ОНКОЛОГИЯ	4
МЕДИЦИНСКА ПАРАЗИТОЛОГИЯ	-
НЕРВНИ БОЛЕСТИ	30
НЕФРОЛОГИЯ	6
ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ	33
ОЧНИ БОЛЕСТИ	30
ПНЕВМОЛОГИЯ И ФТИЗИАТРИЯ	12
ПСИХИАТРИЯ	17
РЕВМАТОЛОГИЯ	5
УРОЛОГИЯ	11
УШНО-НОСНО-ГЪРЛЕНИ БОЛЕСТИ	18
ФИЗИКАЛНА И РЕХАБИЛИТАЦИОННА МЕДИЦИНА	16
ГРЪДНА ХИРУРГИЯ	-
СПЕЦИАЛНОСТ	Брой специалисти

НЕВРОХИРУРГИЯ	3
СЪДОВА ХИРУРГИЯ, АНГИОЛОГИЯ	3
ХИРУРГИЯ	44
ПЕДИАТРИЯ	55
ДЕТСКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ	-
ДЕТСКА ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА	-
ДЕТСКА КАРДИОЛОГИЯ	-
ДЕТСКА КЛИНИЧНА ХЕМАТОЛОГИЯ И ОНКОЛОГИЯ	-
ДЕТСКА НЕВРОЛОГИЯ	-
ДЕТСКА НЕФРОЛОГИЯ	-
ДЕТСКА ПНЕВМОЛОГИЯ И ФТИЗИАТРИЯ	1
ДЕТСКА ПСИХИАТРИЯ	1
ДЕТСКА РЕВМАТОЛОГИЯ	-
ДЕТСКА ХИРУРГИЯ	-
ЛЕКАРИ, ОСЪЩЕСТВЯВАЩИ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНИ ДЕЙНОСТИ ПО СПЕЦИАЛНОСТИ	73
ВИРУСОЛОГИЯ	3
КЛИНИЧНА ИМУНОЛОГИЯ	-
ТРАНСФУЗИОННА ХЕМАТОЛОГИЯ – ИМУНОХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ	4
КЛИНИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ	23
КЛИНИЧНА МИКРОБИОЛОГИЯ	10
МЕДИЦИНСКА ПАРАЗИТОЛОГИЯ	2
ОБЩА И КЛИНИЧНА ПАТОЛОГИЯ	8
ОБРАЗНА ДИАГНОСТИКА	23
ОБЩ БРОЙ ЛЕКАРИ	524
ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА ПО СПЕЦИАЛНОСТИ	110
ОРТОДОНТИЯ	8
ПРОТЕТИЧНА ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА	16
ПАРОДОНТОЛОГИЯ И ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОРАЛНАТА ЛИГАВИЦА	10
ДЕТСКА ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА	20
ОПЕРАТИВНО ЗЪБОЛЕЧЕНИЕ И ЕНДОДОНТИЯ	26
ОРАЛНА ХИРУРГИЯ	26
ДЕНТАЛНА КЛИНИЧНА АЛЕРГОЛОГИЯ	2
ДЕНТАЛНА ОБРАЗНА ДИАГНОСТИКА	2

По дефиниция Националната здравна карта има за цел да определи и планира на териториален принцип потребностите на населението от достъпна болнична медицинска помощ. В настоящия си вариант обаче, НЗК не определя тези потребности, а обратното – залага рамка, в която тези потребности следва да се реализират. При определянето на потребностите от медицинска помощ, а така и при всяка промяна в областта на здравеопазването, трябва да се гарантира обезпечаването на основния принцип – този за достъпност на медицинската помощ. Едва след установяване на достъпност, може да бъде

	налице обществен диалог и усилие за подобряване качеството и повишаване обема на здравните грижи. Въз основа на гореизложеното считаме, че така направените предложения за промени в НЗК са максимално оптимални и ефективни. Посредством тях ще се гарантира равнопоставеност и достъп до здравни услуги за цялото население в област Благоевград, при достатъчна по обем, своевременна и качествена медицинска помощ и ще спомогне за провеждането на ефективна политика в здравеопазването. <i>Към становището е приложен Протокол от проведено заседание на Комисията за изработване на Областна здравна карта на област Благоевград (Приложение № 13 към справката)</i>		
26.Недялко Славов, областен управител на Смолян вх. № 20-00-354/18.05. 2018 г.	В публикувания проект за утвърждаване на НЗК се установяват несъвпадения с предложението на комисията за изработване на ОЗК на област Смолян. От исканите 979 легла са утвърдени 948. Разликата е предимно за сметка на намалените психиатрични легла – от предложените 74 на 40 в проекта. След задълбочено обсъждане считаме, че проектът удовлетворява потребностите от медицинска помощ в областта със следните уточнения: - предвид устойчиво отчитаната висока използваемост на леглата (над 90%) в ЦПЗ – Смолян, единственото такова лечебно заведение в областта, и съответствието с методиката за изработване на НЗК настояваме да се утвърдят исканите 74 психиатрични легла; - посоченият брой на легла за ФРМ – 174, с които РЗОК ще сключи договор, е съобразен с използваемостта, отчетена през 2017 г от РЗОК. Очакваме нуждата от физико-рехабилитационна медицинска помощ да се повишава поради увеличаващото се застаряващо население с полиморбидност, изискваща физико-рехабилитационни медицински грижи, водеща до патология на органите на кръвообращението, която поражда все по-често млади хора (МСБ) и води до тежки усложнения, както и изявената професионална заболяемост в региона. В тази връзка при наличните природни дадености, лечебна база в областта и завишено търсене на национално ниво, предлагаме броят на леглата за ФРМ в обхвата на задължителното здравно осигуряване да стане 350.	Приема се частично.	1. Увеличава се броят на психиатричните легла, от 40 на 52, предвид високата използваемост на наличните 40 легла – 96% и потребностите от осигуряване на оптимална използваемост – 75%. 2. Общият брой на леглата по физикална и рехабилитационна медицина се увеличава до броя на разкритите в момента 437 легла. Броят на леглата за дейности в обхвата на

			задължителното здравно осигуряване се увеличава – за легла с регионално значение от 174 на 197 и се добавят 10 легла за дейности от II ниво. По този начин се гарантира необходимия капацитет за осигуряване на осъществяваните дейности в обхвата на ЗЗО при оптимална използваемост за този вид легла (за рехабилитация) от 80%.
27. Събина Събева, управител на СБРФРМ-Димина ЕООД вх. № 20-00-354/18.05.2018 г.	Във връзка с проект на решение на Министерския Съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България искаме да изразим безпокойство и несъгласие с отпуснатите легла за физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване. Определените за област Велико Търново легла са 322 броя, от тях 45 са в областните МБАЛ, а останалите 277 са разпределени между трите Специализирани Болници за Рехабилитация/СБР/ в областта. От тези 277 легла, в обхвата на задължителното здравно осигуряване влизат само 59 легла, което е едва 20% от отпуснатите легла. В Закона за лечебните заведения не се споменава за такова разделяне на леглата, както и в методиката за изготвяне на областна здравна карта. В здравната карта разпределението на леглата по физикална и рехабилитационна медицина не се изчисляват на базата на населението по области поради факта, че тези легла се	Приема се.	Въз основа на данните за отчетените дейности по КП в обхвата на специалността ФРМ при осигуряване на оптимална използваемост от 80 % и предвид

използват и на национално ниво, което е упоменато и в методиката за изготвяне на областна здравна карта. Не са отчетени природните характеристики на област Велико Търново, които обуславят наличието и развитието на физикална и рехабилитационна медицина в този регион. За Северен Централен район е видно, че само област Велико Търново има сключени договори със Специализирани болници за рехабилитация поради наличието на природни фактори използвани при лечението. При така заложените легла в обхвата на задължителното здравно осигуряване се ограничава свободния достъп на пациентите до специализирано лечение в района. СБР в област Велико Търново не отстъпват по никакъв критерии на тези в останалата страна и са с национално значение. За сравнение в област Бургас са отпуснати 1129 легла по физикална и рехабилитационна медицина, от които 538 легла в обхвата на задължителното здравно осигуряване, т.е. близо 50 % от отпуснатите легла, а в област Велико Търново се финансират едва 20%.

Така представния проект на Национална Здравна Карта буди съмнение, че обслужва предимно финансово НЗОК, а не потребностите на населението от здравни грижи и свободен достъп до болнична помощ. Многократно сме алармирали за недостатъчното финансиране в област Велико Търново на болниците за рехабилитация. Областта разполага с природни ресурси, съчетани с модерна апаратура за физикално лечение.

Молим да се преосмисли решението само 59 легла в региона да са в обхвата на задължителното здравно осигуряване за болници за рехабилитация, за да се гарантират потребностите на населението от достъпна болнична помощ.

Прилагаме в табличен вид разпределението и процентното отношение между наличните легла в СБР и отпуснатите легла в обхвата на задължителното здравно осигуряване за цялата страна.

Област	Легла по физикална и рехабилитационна медицина	Налични легла СБР	Легла в обхвата на задължителното здравно осигуряване МБАЛ	Легла в обхвата на задължителното здравно осигуряване СБР	Общо в обхвата на задължително здравно осигуряване	Процентно отношение между наличните легла в СБР и легла в обхвата на задължително здр. Осиг.
<u>Северозападен район</u>						

обективните причини за непълно използване на наличния капацитет на лечебните заведения през периода, за който са относими използваните данни, се увеличава броя на планираните легла по ФРМ с регионално значение от 59 на 91.

	Видин	25		18		18			
	Враца	136	75	53	44	97	58.67		
	Ловеч	22		13		13			
	Монтана	167	120	40	90	130	75.00		
	Плевен	88		71		71			
	<u>Северен централен район</u>								
	Белико Търново	322	277	45	59	104	21.30		
	Габрово	27		24		24			
	Разград	37		13		13			
	Русе	160		160		160			
	Силистра	20		20		20			
	<u>Североизточен район</u>								
	Варна	383	270	55	88	143	32.59		
	Добрич	82	60	10	45	55	75.00		
	Търговище	0		0	0	0			
	Шумен	39		28		28			
	<u>Югоизточен район</u>								
	Бургас	1129	1079	50	488	538	49.86		
	Сливен	87		78		78			
	Стара Загора	281	224	48	84	132	58.93		
	Ямбол	25		15		15			
	<u>Югозападен район</u>								
	Благоевград	340	330	20	139	159	42.12		
	Кюстендил	356	356		182	182	49.72		
	Перник	50			5	5	10.00		
	София област	271	210	29	67	96	31.90		
	СофияСтолица	1441	1130	126	680	806	60.18		
	<u>Южен централен</u>								
	Кърджали	20		13		13			
	Пазарджик	275	240	32	169	201	70.42		

	<table><tr><td>Пловдив</td><td>1438</td><td>1302</td><td>100</td><td>546</td><td>646</td><td>41.94</td></tr><tr><td>Смолян</td><td>437</td><td>432</td><td></td><td>174</td><td>174</td><td>40.28</td></tr><tr><td>Хасково</td><td>116</td><td>65</td><td>46</td><td>24</td><td>70</td><td>36.92</td></tr></table> Видно от таблицата област Велико Търново е с най-нисък процент между наличните легла в СБР и легла в обхвата на задължителното здравно осигуряване. Молим за извършване на нова оценка на Проект на Решение за утвърждаване на Национална здравна карта в частта – по Приложение № 32 за област Велико Търново да се увеличат леглата за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване, за да се гарантират потребностите на гражданите в областта и на национално ниво.	Пловдив	1438	1302	100	546	646	41.94	Смолян	437	432		174	174	40.28	Хасково	116	65	46	24	70	36.92		
Пловдив	1438	1302	100	546	646	41.94																		
Смолян	437	432		174	174	40.28																		
Хасково	116	65	46	24	70	36.92																		
28.КОЗК за област Шумен вх. № 20-00-354/18.05.2018 г.	Във връзка с проведената на 14.05.2018 г. работна среща на комисията за изработване на Областна здравна карта на област Шумен и показателите в публикувания проект на Национална здравна карта се установи, че предложенията на Националната комисия не съответстват на предложението, прието от Комисията за изработване на Областната здравна карта на област Шумен. Комисията направи следните предложения: <table><tr><th>Предложение на Националната комисия</th><th>Предложение на Областна комисия</th></tr><tr><td>В Неврологични отделения са дадени 42 легла – I ниво, 18 легла – II ниво</td><td>Предложени от Областната комисия 30 легла I ниво, 31 легла на II ниво и 3 легла III ниво. <i>Забележка:</i> В НЗК за област Шумен не са определени неврологични легла на III ниво, въпреки, че в „МБАЛ-Шумен“ АД има възможност за извършване на дейности по клинични пътеки, които изискват лечение на III ниво. Предвид на това Областната комисия предлага за област Шумен да се предвиди 1 легло за дейности на III ниво.</td></tr><tr><td>В УНГ отделение са дадени 3 легла I ниво и 6 легла II ниво</td><td>Предложението на Областната комисия е 13 легла на III ниво. <i>Забележка:</i> Към момента „МБАЛ-Шумен“ АД има отделение, отговарящо на III-то ниво на компетентност и с възможност да осигурява комплексно обслужване в пълен обем на пациенти от област Шумен и от съседни области. В отделението се извършват оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност и високо</td></tr></table>	Предложение на Националната комисия	Предложение на Областна комисия	В Неврологични отделения са дадени 42 легла – I ниво, 18 легла – II ниво	Предложени от Областната комисия 30 легла I ниво, 31 легла на II ниво и 3 легла III ниво. <i>Забележка:</i> В НЗК за област Шумен не са определени неврологични легла на III ниво, въпреки, че в „МБАЛ-Шумен“ АД има възможност за извършване на дейности по клинични пътеки, които изискват лечение на III ниво. Предвид на това Областната комисия предлага за област Шумен да се предвиди 1 легло за дейности на III ниво.	В УНГ отделение са дадени 3 легла I ниво и 6 легла II ниво	Предложението на Областната комисия е 13 легла на III ниво. <i>Забележка:</i> Към момента „МБАЛ-Шумен“ АД има отделение, отговарящо на III-то ниво на компетентност и с възможност да осигурява комплексно обслужване в пълен обем на пациенти от област Шумен и от съседни области. В отделението се извършват оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност и високо	Приема се частично.	1. Приема се в частта за планиране на 1 легло за дейности по нервни болести от III ниво на компетентност (с регионално значение) 2. Приема се в частта за планиране на 2 легла за дейности по УНГ от III ниво на компетентност (с регионално значение) 3. Приема се в частта за увеличаване на броя на неонатологичните легла за дейности															
Предложение на Националната комисия	Предложение на Областна комисия																							
В Неврологични отделения са дадени 42 легла – I ниво, 18 легла – II ниво	Предложени от Областната комисия 30 легла I ниво, 31 легла на II ниво и 3 легла III ниво. <i>Забележка:</i> В НЗК за област Шумен не са определени неврологични легла на III ниво, въпреки, че в „МБАЛ-Шумен“ АД има възможност за извършване на дейности по клинични пътеки, които изискват лечение на III ниво. Предвид на това Областната комисия предлага за област Шумен да се предвиди 1 легло за дейности на III ниво.																							
В УНГ отделение са дадени 3 легла I ниво и 6 легла II ниво	Предложението на Областната комисия е 13 легла на III ниво. <i>Забележка:</i> Към момента „МБАЛ-Шумен“ АД има отделение, отговарящо на III-то ниво на компетентност и с възможност да осигурява комплексно обслужване в пълен обем на пациенти от област Шумен и от съседни области. В отделението се извършват оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност и високо																							

		специализирани медицински дейности. Намаляването на броя на леглата и нивото на компетентност на отделението ще доведе до лишаване на голяма част от населението на областта от адекватно медицинско обслужване. Предвид на това Областната комисия предлага за област Шумен да се предвиди 2 легла за дейности на III ниво.		от II ниво. Не се приема предложението за намаляване на леглата за дейности от I ниво на компетентност.
	В Неонатологично отделение са дадени 17 легла I ниво и 8 легла II ниво.	Предложението на Областната комисия е 14 легла на I ниво и 11 легла на II ниво. <i>Забележка:</i> За Отделението по Неонатология е закупена съвременна апаратура, обслужват се новородени от съседни области, увеличаване на броя на новородените, които се нуждаят от интензивни грижи. Предвид на това Областната комисия поддържа становището за област Шумен да се предвидят 14 легла за дейности на I ниво и 11 легла за дейности на II ниво.		4. Не се приема предложението в частта за увеличаване на планираните легла за дейности по очни болести предвид ниската използваемост на разкритите в момента 5 легла – 63%.
	В Очно отделение са дадени 4 легла на II ниво	Предложението на Областната комисия е 5 легла II ниво. В отделението се извършват оперативни интервенции с голям обем и сложност. Комисията смята, че Очно отделение трябва да функционира като самостоятелно отделение. Предвид на това Областната комисия предлага за област Шумен да се предвидят 5 легла за дейности на II ниво.		5. Приема се частично в частта за броя на леглата по инфекциозни болести, като се планират 10 легла за дейности по инфекциозни болести от I ниво и 5 легла за дейности по инфекциозни болести от II ниво.
	В Инфекционно отделение са предвидени 11 легла I ниво и 1 легло II ниво	Предложението на Областната комисия е 10 легла за дейности на I ниво и 14 легла за дейности на II ниво. В отделението се изпълняват клинични пътеки, които изискват II ниво - невроинфекции, някои вирусни хепатити, някои чревни инфекции, трансмисивни и покривни инфекции. Това са тежки спешни състояния и транспортирането на такива болни крие риск. Предвид на това Областната комисия предлага за област Шумен да се поддържа становището - 10 легла за дейности на I ниво и 14 легла за дейности на II ниво.		5. Приема се частично в частта за леглата по

	Легла за пневмология и фтизиатрия – предвидени са 28 легла за дейности на I ниво и 9 легла за дейности на II ниво.	Предложението на Областната комисия е 20 легла за дейности на II ниво. В отделението се изпълняват 6 клинични пътеки, които изискват II ниво, като използваемостта на леглата е много висока. Предвид на това Областната комисия предлага за област Шумен да се предвидят - 20 легла за дейности на I ниво и 17 легла за дейности на II ниво.	
	Високо технологични методи за диагностика и лечение		
	Позитрон-емисионна томография - PET-CT – за Североизточен регион е предвиден 1 за гр. Варна	„КОЦ-Шумен“ ЕООД има наличен лицензиран апарат и работи от 2016 г. „КОЦ-Шумен“ ЕООД има междуобластни функции и лекува много пациенти от съседни области (Разград, Търговище, Добрич, Силистра) и дейността към настоящия момент е обезпечена. Предвид на това Областната комисия предлага той да бъде включен в Националната здравна карта.	пневмология и фтизиатрия, като се увеличава броят на планираните легла по пневмология и фтизиатрия за дейности от II ниво на компетентност от 9 на 14. Не се приема намаление на броя на планираните легла за дейности от I ниво. Освен това се добавят 10 легла за дейности по пневмология и фтизиатрия с регионално значение за лечение на болни с туберкулоза. 6. Наличието на апаратура високоспециализирана дейност по PET-CT в област Шумен е отразено в областната здравна карта на област Шумен. Потребностите от
	При бъдеща актуализация на Областната здравна карта, комисията ще предложи да се предвидят легла в Кардиологично отделение и Отделение по съдова хирургия за дейности на II ниво, тъй като ще има възможност за кадрова обезпеченост със специалисти по двете специалности. Направените предложения в сроковете за обсъждане на проекта на Национална здравна карта целят да се запазят съществуващите структури и нива, а също така да се осигурят възможности за бъдещо развитие на медицинската помощ в област Шумен.		

			тази апаратура се планира на регионално ниво на база национални показатели за осигуреност.
29. Д-р В. Цолова, директор на СБР-НК ЕАД, филиал Овча могила вх. № 20-00-354/18.05.2018 г.	“СБР-НК“ ЕАД, гр. София, филиал Овча могила притежава разрешение за осъществяване на лечебна дейност СБ-267/05.01.2018г., издадено от Министъра на здравеопазването. Съобразно договор № 040470/11.05.2017г. в съответствие с Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, лечебното заведение е с предмет на договора – дейности по следните клинични пътеки: 1.Клинична пътека № 263 – „Физикална терапия и рехабилитация на болести на периферна нервна система“ 2.Клинична пътека № 265 – „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ Дейностите по сключения с НЗОК/РЗОК договор се извършват в отделение с II-ро ниво на компетентност с разкрити 102 болнични легла. Съгласно приложеният „Проект на Национална здравна карта“ касаеща Великотърновска област, Приложение 30 1.3 Болнични легла за рехабилитация съобразно нивото на компетентност са предвидени общо 322 легла, от които за медицински дейности за физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване 104 легла. От тях 45 за МБАЛ и 59 легла за специализираните болници за рехабилитация на регионално ниво. В случая сме три специализирани болници на територията на Великотърновска област и по този начин се падат средно приблизително по 20 легла за болница, което е абсурдно и недостатъчно. При императивно разпоредените 102 болнични легла за извършване на медицинските дейности в лечебното заведение е видно, че липсва корелация между възможностите и капацитета на лечебното заведение и предвидените в „Проекта на Национална здравна карта“ рехабилитационни легла. При така предложения в проекта брой рехабилитационни легла не е на лице възможност за удовлетворяване на нуждите на здравно осигурените лица желаещи да бъдат хоспитализирани по клинични пътеки в лечебното заведение.	Приема се.	Виж мотивите по т. 28.

	Отлагането във времето на голяма част от хоспитализациите създава голямо напрежение сред населението, а ненавременното провеждане на възстановително-рехабилитационните процедури трайно уврежда и влошава състоянието на пациентите. Това поражда и невъзможност за адекватно планиране на дейностите в лечебното заведение. Статистическите данни сочат, че само за периода 01.01 до 30.04.2018 година в лечебното заведение са хоспитализирани над 600 ЗОЛ, което представлява над 50% от договорираният брой легла, а в листата за планов прием за следващите месеци на годината са регистрирани над 1 000 ЗОЛ и техният брой непрекъснато расте. По гореизложените причини предлагам в Приложение № 30 т. 1 Област Велико Търново 1.3. Болнични легла за рехабилитация да отпадне текстът „за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване II – 45; P – 59; общо 104“. Лечебните и профилактични медицински дейности извършвани в „СБР-НК“ ЕАД, гр. София, филиал Овча могила са съобразени с изискванията на правилата за добра медицинска практика и критериите за качество и достъпност на болничната медицинска помощ в съответствие с медицинския стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина“.		
30. Димитър Помаков, управител на МБАЛ Елхово вх. № 20-00-354/27.04.2018 г.	От "МБАЛ-Свети Иван Рилски" ЕООД в град Елхово имаме сериозни бележки по отношение Проекта на Национална здравна карта. Становището ни се споделя и от собственика на болницата - община Елхово. Въпросът ми е има ли някакви формални изисквания за легитимността на представянето на бележките, носител на информацията, от чие име и т.н.	Не се приема.	В писмото няма конкретни предложения по съдържанието на проекта на нормативен акт.
31. Д-р Цв. Гергов, изпълнителен директор на СБР Несебър вх. № 20-00-354/18.05.2018 г.	Във връзка с публикувания Проект на Национална здравна карта беше извършен подробен анализ, и не можем да се съгласим с някои предложения на Министерство на здравеопазването. Болницата се развива със значително бързи темпове, дължащи се на редица фактори и предимства като: - Екипи от изключително добре подготвени специалисти. - Модерна апаратура. - Инвестиции в сграден фонд, инвентар и др. Пациентите получават лечение на високо ниво, не само поради горепосочените причини, но и защото СБР Несебър лекува и придружаващи заболявания, например такива водещи до инвалидизация, като цели намаляване на степента на същата. СБР Несебър е единствената болница, която наблюдава сърцата на пациентите си по време и след курса на рехабилитация. Това дава възможност да се прецизира лечението, както и да	Приема се частично.	Виж мотивите по т. 22 в частта за легла по ФРМ в област Бургас.

	го направи по-интензивно. Наличието на допълнителни медицински специалисти, извън профила на лечебното заведение, модерната апаратура и кардиообследването дават шанс да се адресира цялостното състояние на пациента, основно и придружаващи заболявания. По този начин всеки един приет се лекува индивидуално и комплексно, без никакво допълнително заплащане от страна на пациентите или НЗОК. Пациентите на СБР Несебър са от цялата страна, заетостта е над 90%, като даже преизпълва лимитите заложи по методика на МЗ. Поради тези причини и листата на чакащи е особено дълга. Имайки предвид горепосочените факти и аргументи считаме, че трябва да се разгледат нуждите на пациентите и да се преразгледа броя на леглата. Ограниченията заложи е Здравната карта наложени за Област Бургас, ще оцетят не само пациентите, но и персонала на болницата. Това ще наруши и влоши качеството на лечение, което е изключително нежелателно, както и правото на избор на лечебно заведение предоставящо по-качествена услуга от страна на здравноосигурените лица. Мнението ни съпада с това на колегите от други лечебни заведения от Област Бургас.		
32. СБПЛР „Минерални бани-Полски Тръмбеш“ ЕООД вх. № 20-00-354/18.05.2018 г.; вх. № 20-00-354/21.05.2018 г.	1. СБПЛР „Минерални бани-Полски Тръмбеш“ ЕООД е единствената в област Велико Търново болница за продължително лечение и рехабилитация. Тя разполага с щатен кардиолог и невролог, като приема пациенти по всички физиотерапевтични клинични пътеки, включително: кардиорехабилитация, слединсултни състояния, детска церебрална парализа и др. единствени сме в област Велико Търново, като приемаме за рехабилитация, пациенти с тежък двигателен дефицити. 2. Болницата разполага с уникална апаратура от най-нов клас за рехабилитация, както и за оп-Нне кардиомониторирание на сърдечно болни. 3. От стартиране на дейността си до момента през болницата са преминали над 1 200 пациента, като 67% са от област Велико Търново и 33 % са от други области на страната. Това показва, че болницата се оформи като необходимо звено в рехабилитацията не само с регионално, но и с национално значение. 4. За 2018 г. до момента имаме регистрирана листа на чакащите с над 300 пациенти. Имайки предвид гореизложените факти, моля за увеличаване на броя на леглата в отделението по физикална и рехабилитационна медицина. По регистрация болницата има 115 легла, като за периода на НРД 2017, НЗОК сключва договор само за 21 броя легла, което е крайно недостатъчно.	Приема се.	Виж мотивите по т. 28.

33. Пламен Стоилов, кмет на община Русе вх. № 20-00-354/18.05.2018 г.	Като кмет на Община Русе си позволявам остро да възразя срещу публикувания проект на Национална здравна карта и използваната методика на изчисление, като категорично подкрепям позицията на д-р Райчинов и споделям притесненията му за очакваните последиствия върху здравните грижи на територията на Община Русе. Позволявам си да отбележа, че изработеното и изпратено от Областна комисия Русе предложение е изцяло съобразено със заложените изисквания в методиката. Предложената обаче от Министерство на здравеопазването Национална здравна карта на практика предлага драстично намаление на функциониращите болнични легла с над 150 броя. Приемането на Националната здравна карта в този вид ще доведе до драстично влошаване на здравните грижи в Община Русе. В допълнение категорично ще доведе до загуба на университетски статут на русенските болници и ще създаде реална опасност от фалит на болничните заведения. Застрашена ще бъде и дейността на СБАЛПФЗ „д-р Граматиков“, която е единственото специализирано лечебно заведение в региона за извънболнична и болнична помощ, в което се издирват, диагностицират, периодично наблюдават и лекуват болни с туберкулоза и хронични и неспецифични белодробни заболявания във всички възрастови групи. Гореизложеното ще доведе болниците до необходимостта от избор или връщане на пациенти или от хронично трупане на дългове. Следва да добавя, че Община Русе, РУ „Ангел Кънчев“ и представителите на лекарското съсловие винаги в сътрудничество и в перспектива са работили за подобряване на здравното осигуряване на гражданите. В тази връзка, в РУ „Ангел Кънчев“ се обучават медицински сестри, които веднага намират реализация в русенските болнични заведения. Както знаете, град Русе е петият по големина в страната, като екипът на Община Русе устойчиво полага усилия за икономическото и социално развитие в региона. Реализират се мащабни инфраструктурни проекти, развива се културният живот и туризма в общината. Всички тези усилия целят осигуряване на перспектива и подобряване на качеството на живот на гражданите и недопускане на обезлюдяване на региона. Намаляването на функциониращите болнични легла и влошаването на здравните грижи ще бъде в пълен противовес на усилията на екипа на Община Русе за превръщането на региона в място за живеене, осигуряващо добри условия, грижи и перспективи за населението. В заключение си позволявам да изразя надежда и увереност, че няма да допуснете приемането на Национална здравна карта в този вид и да обречете русенци на недостатъчни медицински грижи, което неминуемо ще се отрази на качеството и продължителността на живота, което от своя страна е сериозна пречка за бъдещото цялостно развитие на региона.	Приема се частично.	1. Не се приема становището в частта за влиянието на НЗК върху структурата на системата за болнична помощ в област Русе. Посочените в НЗК потребности от болнични легла по видове и нива на компетентност на осъществяваните медицински дейности не водят до намаляване на разкритите в съответната област легла. Те само показват какви са нуждите на населението от този вид дейност на база на реално отчетено потребление от съответните здравни услуги при оптимална използваемост от 75% на легловия фонд.
--	--	----------------------------	---

			2. Във връзка със становището е преразгледан броя на планираните легла за дейности по пневмология и фтизиатрия, като се увеличават леглата за дейности от I ниво от 40 на 67, като съответно се увеличава общият брой легла от 120 на 147 легла. 3. В становището липсват други конкретни предложения, свързани със съдържанието на нормативния акт.
34. Гертана Микова, областен управител на област Ст. Загора вх. № 20-00-354/21.05. 2018 г.	Във връзка с изготвения проект на НЗК, предложена от МЗ за област Стара Загора и в качеството ми на областен управител на област Стара Загора, приложено изпращам всички постъпили становища от структури в региона: 1. Становище от РК на БЛС – Стара Загора, към което са приложени становища от следните ЛЗ в областта: - МБАЛ Гълъбово ЕАД; - МБАЛ „Д-р Хр. Стамболски“ ЕООД, гр. Казанлък; - МБАЛ Чирпан ЕООД; - МБАЛ Тракия ЕООД; - МБАЛ МК „Св. Ив. Рилски ЕООД; - МБАЛ „Д-р Д. Чакмаков - Раднево“ ЕООД.	Приема се частично.	Становищата по т. 1 са получени и от РК на БЛС и са описани в т. 7 от справката. Виж мотивите по т. 7 от справката. По становищата по т. 2: Част от коментарите и предложенията се отнасят до

	Към писмото е приложено и следното становище на Сдружение на общинските болници в България: „УС на СОББ обединявайки усилията на общинските болници в борбата им за съществуване и защитавайки техните интереси и интересите на населението, което те обслужват, изразява категоричното си несъгласие с методиката за изготвяне на областни здравни карти и в съответствие с това и с изготвените такива. Мотивите за това са следните: 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 чл. 29 от ЗЛЗ „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 НЗК е инструмент за провеждане на националната здравна политика на териториален принцип, а съгласно чл. 142 от Конституцията на Република България „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, ал. 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 чл. 29 от ЗЛЗ НЗК се изработва въз основа на ОЗК. Те се изработват съгласно Методика за изработване на областна здравна карта, но за целта е необходимо следното, съгласно т. II. II. 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. Единствено по този начин може да се реализират изискванията на Конституцията 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.	областната здравна карта, която е изготвена от областната комисия и не е обект на преоценка като част от настоящия проект на норматвен акт. Друга част от коментарите и предложенията са свързани с планираните в НЗК дейности и болнични легла, които са коментирани по т. 1. Що се отнася до процедурата по изготвянето на проекта – спазени са всички изисквания на ЗНА.
--	--	--

	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 Закона 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 от Методиката 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 до 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 <table><tr><td>Средно за страната</td><td>240,50 лв.</td></tr><tr><td>Пловдив</td><td>395,32 лв.</td></tr><tr><td>София</td><td>390,93 лв.</td></tr><tr><td>Варна</td><td>237,36 лв.</td></tr><tr><td>Стара Загора</td><td>185,01 лв.</td></tr><tr><td>Габрово</td><td>168,71 лв.</td></tr><tr><td>Шумен</td><td>160,78 лв.</td></tr></table> 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 – Ст. Загора и Варна. От друга страна Пловдив дори подминава 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 години в повече от 10 области на страната не е отчетен нито един пациент, лекуван от ревматологични заболявания. Това пък е категоричен показател за	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.		
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.																

	невъзможността на системата на здравеопазването да задоволи съществуващите медицински потребности. Съгласно посочената Методика за изготвяне на областна здравна карта „оценката ке отразява в анализ на състоянието на системата на здравеопазване в областта, съдържаща синтезирана аналитична информация, представена в следната структура: 2. Състояние и тенденции в развитието на системата на 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 ЕС 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 подзаконови 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 ЗЛЗ, здравната карта е управленски инструмент за цяла сфера от дейността на държавата. Когато значението ѝ е толкова голямо и състоянието на здравната система 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 то не са включени в законодателната и в оперативната програма на МС. 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 недефиниране 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 задълбочаващия 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 закона за защита от дискриминация чл. 37 (2). В тази посока се е произнесла Комисията за защита на конкуренцията в Решение № 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. А няма значение и изискването на Лисабонския договор Член 106 (предишен 86 от ДЕО) 1. В случаите на публични предприятия и на предприятия, на които държавите-членки са предоставили специални и 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 115/90BG Официален вестник на ЕС 9.5.2008 г. Считам, че съобразявайки се с всички изложени до тук обстоятелства, не е възможно приемането на предлаганата здравна карта поради: • неспазено изискване на ЗЛЗ 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 се 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.“ <i>Писмото не е подписно и подпечатано</i> 2. Писмо от д-р Н. Тотев, представител на община Чирпан: Още на второто заседание на комисията за изготвяне на Областна здравна карта изразих несъгласието си с Методиката за изготвяне на Областна здравна карта и в съответствие с това и с изготвената такава. Това направих единствено в защита интересите на общинското здравеопазване и интересите на населението, което всички ние обслужваме. Мотивите за това мое решение, които писмено Ви представих бяха - изработеното от УС на СОББ становище по въпроса. Отново приложено Ви го изпращам. В тях УС на СОББ сме изложили нашите виждания по отношение на Здравната карта изобщо, като с цел да не бъдем обвинени в свободно интерпретиране на нормативната уредба в тази област, дословно сме цитирали членовете от съответните нормативни документи. По отношение на изготвената вече Национална здравна карта изразявам категоричното си несъгласие за вида, в който е изготвена, освен във връзка с мотивите ни от „становище на УС на СОББ“ и със следните допълнителни такива: 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 , нито за област Стара Загора, нито за страната. 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 самото лечебно заведение, 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. 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 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 нестабилна. Това само по себе си ще ограничи неимоверно много задоволяването на здравните потребности на населението и ще създаде предпоставки за пропуски и нарушаване конституционното право на пациента за достъпна и своевременна медицинска помощ. Това профилиране на леглата само по себе си обезмисля 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 непрекъснатата 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 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 това 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, страшно бързо. 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 запълни, но в същото време има и други свободни легла? Къде ще отидат върнатите пациенти и кой е отговаря при евентуални усложнения или фатален изход от неоказана медицинска помощ? В заключение искрено се надявам и вярвам, че ролята Ви на Областен управител няма да допуснете предвиденото драстичното намаляване на леглата в област Стара Загора, която е една от петте области в страната, в които има университетска болница и онкологичен диспансер и двете структури с междуобластни функции, че няма да допуснем да бъдат премахнати общопрофилните легла във Вътрешните отделения, Акушерогинекологичните отделения, както и всички останали груби нарушения отразени от мен по-горе. Ако подобно нещо стане факт, общинското здравеопазване ще бъде окончателно унищожено. Абсурдно е това да се случи на фона на критично ниската раждаемост в България, неимоверно високата смъртност (факт е, че България е на I – во място по смъртност) и от тук демографския апокалипсис, в който страната ни се намира. 3. Становище от д-р Ст. Христов, председател на ОбС Мъглиж и член на КОЗК на област Ст. Загора „ С настоящото писмо изразявам своето принципино несъгласие с така изготвения проект на НЗК, предложена от МЗ за област Ст. Загора, по следните съображения:		
--	---	--	--

	1. Предлагам: Да се запази легловата база за област Ст. Загора на база на предходната Здравна карта, както беше предложено от областната комисия. Мотивите ми за това са следните : разработената в съответствие с чл. 29 от ЗЛЗ ОЗК 2018 за област Ст. Загора съществено се различава от проекта на НЗК – 2018, предложена от МЗ. Определената от комисията ОЗК-2018 се базира на предишната Здравна карта, защото не са настъпили съществени промени в структурата на заболяемостта, демографските показатели, в броя на ЛЗБП и търсенето на медицински услуги в региона. Включително лечебните заведения за предходните години имат значителен обем дейност, незаплатен от РЗОК поради лимитиране както на приходите, така и на легловата база, което изкривява статистическите показатели за нейната използваемост. С така предложената Здравна карта се задълбочава противоречие между лимитирането, предвидено в Здравната карта, лимитирането в приходите, определени от НЗОК и изискванията, заложи в медицинските стандарти. По същество НЗОК трябва да заплаща за преминал пациент по КП, по които лечебното заведение има сключен договор, което обективно редуцира както леглата, така и приходите. 2. Предлагам: В здравната карта-2018 за медицински дейности с 1-во и 2-ро ниво на компетентност терапевтичните (вътрешни болести) и акушеро-гинекологичните легла да бъдат непрофилирани за сметка на профилираните. Мотивите ми за това са следните: Наличието на профилираните легла за структури с 1-во и 2-ро ниво на компетентност отново ще затрудни достъпа на здравно осигурените пациенти до медицинска помощ, тъй като при наличие на един и/или ограничен брой специалисти от съответната тясна специалност при определен брой легла за нея същите остават неизползваеми в периодите на отсъствието ме – отпуски, болнични, обучение и т.н. в същото време може да има потребност от използването на по-голям брой легла от друга специалност, което ЗК в този си вид не позволява. Тези ограничения водят до абсурдна ситуация, а именно: ЛЗ има свободни легла в съответното отделение, но не може да приема пациенти, тъй като тясно профилираните легла са заети. Това нарушава преди всичко основните принципи, заложи в нормативната уредба, като достъпност, своевременност и свободен избор. От друга страна, тези ограничения водят до икономическа нецелесъобразност при използването на легловата база и в крайна сметка до намаляване на ефективността и влошаване на финансовите параметри на ЛЗ. Това ще влезе в противоречие със стандарта за управление на болниците, целя тяхната стабилизация и ефективно управление.“ 4. Становище от РЗИ Стара Загора		
--	---	--	--

	„Във връзка с публикуван проект на РМС за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България и след запознаване с данните за област Ст. Загора изразявам следното становище: I. Терапевтични легла – недостиг (-99) Предлагаме да се запази броят на съществуващите легла по следните специалности: 1. Кардиология - настоящо състояние 130 легла. 2. Медицинска онкология – настоящо състояние 57 легла. 3. Нервни болести – настоящо състояние 169 легла. Мотиви: сърдечно-съдовите заболявания и злокачествените новообразувания са водещи в структурата на заболяемостта (по обръщаемост и хоспитализирана) във възрастовата група над 18 години. Те са и основна причина за смърт и инвалидизация. Тенденцията за застаряване на населението в областта е трайна. Възрастните хора в повечето случаи са с хронична полиорганна патология. Данните за заболяемост и болестност на населението са показател за здравните потребности на населението от специфични медицински грижи към даден период от време. Запазване на броя на леглата по тези медицински специалности ще гарантира достъпа до своевременна и качествена медицинска помощ не само на населението в област Ст. Загора, но и на съседни област (КОЦ обслужва населението на област Сливен). II. Хирургични легла – недостиг (-111 легла) Предлагаме да се запази броят на съществуващите легла по следните специалности: 1. Урология – настоящо състояние 32 легла 2. Ортопедия и травматология – сегашно състояние 98 легла. 3. Съдова хирургия – настоящо състояние 39 легла. Мотиви: В предложения вариант не са предвидени урологични легла за област Ст. Загора. През областта преминават основни, натоварени пътни артерии, което е предпоставка за висок пътно-транспортен травматизъм. В област Ст. Загора съществуват производства и природни дадености, които могат да доведат до крупни производствени аварии – земетръсна зона – район Чирпан и Ст. Загора; енергиен комплекс Мини „Марица Изток“ – Раднево – Гълъбовски район; военните заводи на фирма „Арсенал“ – район Казанлък и др. III. Педиатрични легла Предлагаме да се запази броят на съществуващите легла по следните специалности: 1. Неонатология – настоящо състояние 73 легла, като се увеличат леглата за III ниво. Мотиви: Клиниката по неонатология към УМБАЛ „Проф. д-р Ст. Киркович“ АД е единствената в областта с трето ниво на компетентност. Осигурява лечението на новородени деца с висок медицински риск, не само за област Ст. Загора, но и за областите от ЮИР.		
--	---	--	--

	Възрастовата структура показва трайна тенденция за намаляване относителния дял на населението до 17 години. Моля предложенията да се представят на областната комисия по изготвяне на областна здравна карта за обсъждане и изготвяне на предложение до МЗ в периода на обществена консултация.“ 5. Становище от РЗОК Стара Загора Във връзка с изготвения проект на Областна здравна карта (ОЗК) внасяме следното становище по нея: Към настоящият момент броя на разкритите легла в структури по нива на компетентност е 1652 бр. В изготвения проект са предвидени общо легла за активно лечение 1486 бр. т. е. 166 бр. легла по-малко (10 %). От 27 специалности, по които РЗОК Стара Загора има сключен договор с лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗПБ) само при 10 специалности няма редукция на леглата. За специалността Урология при 29 договорени легла през 2017 г. няма предвидени такива в новата ОЗК. През 2017 г. в ЛЗПБ, на територията на РЗОК Стара Загора са лекувани 1666 пациенти, а за периода от 01.2018 г. до 04.2018 г. – 565 пациента. От края на 2017 г. отделението по хирургия с дейности по урология на „МБАЛ Тракия“ ЕООД, гр. Стара Загора разполага с последно поколение Урологичен Холмиум YAG лазер, тип – Tower, който дава възможности за третиране на уретални структури, разрез на шийката на пикочния мехур, камъни в бъбреците, уретера или пикочния мехур, аблация и резекция на пикочния мехур, уретрата и на уретрални тумори. Безкръвните лазерни операции наложили се като „златен стандарт“ в урологията предлагат много по-щадящо лечение за пациентите, с по-кратък болничен престой и много по-бързо възстановяване. „МБАЛ – МК Св. Ив. Рилски“ ЕООД клон Стара Загора разполага с апаратура за ендоскопска урология – Апарат за трансуретрална лазерна аблация на простатата с използване на вълна с дължина 320 нанометра в зелената част на спектъра, което е предпоставка за повишено търсене от пациентите. За специалността Медицинска онкология редукцията на леглата е от 57 бр. през 2017 г. на 42 бр. през 2018 г. т. е. 15 легла по-малко. Видно от статистическите данни има ръст на заболяемостта от 458,5 на 100 хил. на 536 на 100 хил. население по тази патология, поради което считаме, че е наложително запазване на съществуващата бройка легла. За специалността Кардиология редукцията на леглата е от 135 бр. през 2017 г. на 99 бр. през 2018 г. т. е. 36 легла по-малко. Видно от статистическите данни броя на ЗОЛ с кардиологична		
--	--	--	--

	патология, на които се извършва диспансерно наблюдение са 87 740 броя. На територията на гр. Стара Загора функционират три болници с разкрити лаборатории за инвазивна диагностика и лечение на кардиологични заболявания. Отделението по кардиология на „МБАЛ Тракия“ ЕООД, гр. Стара Загора е единствената структура извън областите София, Пловдив, Варна и Бургас, в което се извършва постоянна електрокардиостимулация – поставяне на антибрадикарден пейсмейкър и постоянна електрокардиостимулация – имплантиране на кардиовертердефибрилатор. През 2017 г. в ЛЗБП, на територията на РЗОК Стара Загора на 2672 пациента е извършена инвазивна диагностика и лечение, а за периода от 01.2018 г. до 04.2018 г. – на 881 пациента. За специалността Неврология редуцията на леглата е от 170 бр. през 2017 г. на 144 бр. през 2018 г. т. е. 26 легла по-малко. По данни на НСИ 21,70 % от населението на България е над 65 годишна възраст. Болестите на кръвообращението са водеща причина за заболяемост и смъртност (над 20 % от случаите). Застаряващото население с повишена патология от мозъчно-съдова болест (МСБ) има потребности от легла за спешно лечение на усложнена МСБ (инсулт). За специалността Ортопедия и травматология редуцията на леглата е 100 бр. през 2017 г. на 86 бр. през 2018 г. т. е. 14 легла по-малко. В ЛЗБП се извършва лечение както на планови пациенти от областта, така и на пациенти от цяла централна и югоизточна България. Увеличения поток пациенти с остри травми и политравматизъм в следствие на ПТП изисква наличие на свободни легла за спешни пациенти. За специалността Неонатология редуцията на леглата е от 75 бр. през 2017 г. на 65 бр. през 2018 г. т. е. 10 по-малко. В ЛЗБП се извършва лечение както на пациенти от областта, така и на пациенти от цялата страна и югоизточна България, приети в условията на Републиканска спешност. В „УМБАЛ –проф. д-р Ст. Киркович“ АД, гр. Стара Загора отделението по неонатология е с трето ниво на компетентност. През 2017 г. в това отделение са лекувани 144 пациента от други области, приети след консултация с републикански неонатолог. Лечението на тези пациенти е продължително и не е възможно да бъдат пренасочени в други структури. Съгласно наредба за критериите и реда за избор на ЛЗБП, с които НЗОК сключва договори, лечебните заведения за БП, които осъществяват активно лечение и са заявили, че са разположени в райони със затруднен достъп на населението до медицинска помощ (Казанлък, Чирпан, Раднево и Гълъбово) се оценяват по отделни критерии и индикатори, което би довело до значителна редуция на леглата в ЛЗБП на територията на община Стара Загора.		
--	--	--	--

	На своето второ заседание на 23.02.2018 г. комисията гласува и прие предложение да се запазят непрофилираните легла по Вътрешни болести. В изготвения проект на ОЗК не са предвидени непрофилирани легла по специалността Вътрешни болести, което би затруднило работата на общинските болници в Казанлък, Чирпан и Гълъбово. Запазването на броя на договорените легла по НРД 2017 г. за горечитираните специалности би довело спокойствие в системата и оптимално обезпечаване на пациентите с качествена, достъпна и своевременна болнична медицинска помощ. По отношение на необходимия минимален брой лекари, лекари по дентална медицина и специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ по специалности, изразяваме становище, че така посоченият брой в ОЗК на област Стара Загора (публикувана в интернет сайта на Министерство на здравеопазването) съответства на приетия от областната комисия на 23.02.2018 г. това ще гарантира нормалното функциониране на здравната система в област Стара Загора по отношение на извънболничната медицинска и дентална помощ. Считаме, че така изготвеното становище по проекта на ОЗК е в интерес на работата на лечебните заведения в област Стара Загора и пациентите. 6. Становище от Д. Господинова, зам. кмет на община Опан и член на КОЗК за област Ст. Загора „С настоящото писмо изразявам своето съгласие с така изработената областна здравна карта, ведно с приложенията към нея.“ 7. Становище от Сл. Иванова, началник отдел „Социални дейности“ при община Раднево и член на КОЗК за област Ст. Загора „С настоящото писмо изразявам своето принципно съгласие с така изготвената Областна здравна карта, свързана с достъпността на медицинската помощ в област Ст. Загора. Изразявам становище относно „Разпределението на брой легла по медицински специалности, лечебни заведения и нива на компетентност“, като намирам за необходимо да се запазят съществуващите легла с терапевтична насоченост и във връзка с демографската криза, намиращите се промишлени предприятия на територията на общината, при необходимост педиатричните легла да се прехвърлят към терапевтичните. Мотивите ми за това са следните: Община Раднево е един от замърсените райони в страната. Близостта на енергийния комплекс „Марица Изток“, при чиято дейност се отделят редица ноксис, водещи до повишаване на заболяемостта на населението в региона от хипертонична болест, атеросклероза, сърдечно-съдови заболявания, зах. диабет, пулмопатии, мозъчно-		
--	---	--	--

	съдови заболявания. Тежкият физически труд, упражняван от значителна част от трудоспособното население в общината, водят до зачестяване и хринфициране на заболяванията на периферната нервна система и опорно-двигателния апарат. Това води до увеличаване на хроничните заболявания на населението, а оттам и до нуждата от периодичното им лечение. Многостранните стопански характеристики в района на комплекса „Марица Изток“ създават също допълнителни условия за възникване на професионални заболявания, производствени аварии и транспортен травматизъм. МБАЛ „Д-р Д. Чакмаков – Раднево“ ЕООД обслужва населението на община Раднево, което възлиза на 19 735 души по данни на ГД ГРАО към м. април 2018 г. (не 18 475 както е в ОЗК), както и разположените на територията мини „Марица Изток“, ТЕЦ „Марица изток-2“, „Минстрой“, „Енергомонтаж“ и други промишлени предприятия, в които работят около 6 500 души. Това налага лечението на пациенти с травматизъм и от други общини. Демографските процеси в община Раднево се характеризират с трайна тенденция за намаляване броя на населението и неговото застаряване. Негативните демографски резултати се дължат на намалена раждаемост, висока обща смъртност, оттам- отрицателен естествен прираст. Един от основните проблеми, породени от застаряването на населението е нарастването на патологията, свързана с напредналата възраст. Най-висока е хоспитализираната заболяемост във възрастовата група над 65 години.“ 8. Становище от М. Делчева, представител на община Братя Даскалови „В отговор на Ваше писмо № РР-102/27.04.2018 г. Ви предоставям моето становище като представител на община Братя Даскалови по изготвяне на Областната и Националната здравна карта, а именно: Подкрепям становището на д-р Неделчо Тотев, представител на община Чирпан.“ 9. Становище от Р. Лалева, ръководител дейност „Здравеопазване“, община Павел баня „С настоящото писмо изразявам своето съгласие с така изготвената Областна здравна карта, свързана с достъпността на медицинската помощ в област Ст. Загора. Забележка: При изразяване на несъгласие следва да бъде описан текст или текстове в областната здравна карта , с който или с които не е съгласен съответния представител.“		
35. Мирослав Петков, областен управител и председател на	Възражение от комисията за изработване на областна здравна карта на област Плевен. Във връзка с изработване на областна здравна карта на област Плевен, през бюджетната 2017 г. средствата по клинични пътеки за ЗОЛ от други здравни райони възлизат на общо 20 828	Приема се частично.	1. Не се приема предложението за намаляване на броя на

КОЗК за област Плевен вх. № 20-00-354/21.05. 2018 г.	439 лв. (15 840 731 лв. за 2016 г., ръст 31,49%). Заплатени са 20 091 бр. случаи (20 535 бр. за 2016 г., ръст – 7,58%), при средна цена около 924,85 лв. (771,40 лв. за 2016 г., ръст – 22,23%). През първото тримесечие на 2018 г. ръста е още по-голям, като за м. април 2018 г. отчетените случаи по клинични пътеки (КП) на пациенти от други области достига 2092, което представлява 30,22% от преминалите болни и 38,45% от разхода за КП. По приложената справка на РЗОК по лечебни заведения и по специалности ясно се вижда, че най-голям е делът на специалностите гинекология, ортопедия и травматология, онкология и онкохематология, кардиология и съдова хирургия. Поради възникнали проблеми в МБАЛ – Ловеч и МБАЛ – Враца, голяма част от пациентите се насочват към Плевен, а тези с онкологични заболявания от Ловеч – 100%. По данни на РЗОК – Плевен, пациентите от област Ловеч за м. април 2018 г. лекувани по КП са 646. В областта се прилагат високотехнологични методи за диагностика и лечение, което обуславя високата обрщаемост на пациенти от други райони и необходимостта от наличието на структури за интензивно лечение от трето ниво. За област Плевен са посочени, като потребност, 15 легла трето ниво, при налични 70, които осигуряват дейността на хирургия, урология, ортопедия и травматология, кардиохирургия, неврохирургия, гинекология и онкохирургия трето ниво, които са единствени за региона. В Плевенска област са единствените за региона легла по медицинска онкология трето ниво – 30 бр. Такива не са посочени като потребност изобщо в областта и за целия регион. В проекта на НЗК не са предвидени легла по Вътрешни болести непрофилирани. За плевенска област те са 60 и осигуряват лечението на пациентите в общинските болници. Липсата на такива легла прави невъзможно сключването на договор с РЗОК и лишава населението в малките общини от болнична помощ. По отношение на леглата по Неонатология също е видно, че единствените легла трето ниво за целия регион 35 бр. са в УМБАЛ – Плевен. Те обслужване само Северозападен регион, а и областите Велико Търново и Габрово от Северен централен район. Посочените 13 легла са крайно недостатъчни. Дейността по Неврохирургия за целия регион се осигурява в гр. Плевен и посочените като потребност 11 легла трето ниво няма да могат да обезпечават дейността. Използваемостта на тези легла е изчислена към 31.12.2017 г. и е ниска, защото през цялата година е работило отделението в УМБАЛ, а отделението в МБАЛ „Сърце и мозък“ работи с пълен капацитет едва от м. септември 2017 г. За м. април 2018 г. използваемостта на наличните 20 легла е 76%.	планираните в проекта на НЗК легла по клинична хематология с регионално значение от 48 на 40. 2. Приема се частично предложението за увеличаване на броя на леглата по алергология с регионално значение от планирани 6 на 10. Броят на планираните легла е съобразен с отчетените данни за изпълнение на КП със съответното ниво на компетентност и оптимална използваемост 75 % при отчетена използваемост на наличните 10 легла – 44%. 3. Приема се частично предложението за увеличаване на
---	---	--

	Същото се отнася и за дейността по съдова хирургия, където при налични 35 легла трето ниво са определени 7, а за целия регион 13 легла трето ниво. За първото тримесечие на 2018 г. използваемостта по съдова хирургия е ~ 90%. В област Плевен функционират 50 легла трето ниво по Урология – в „УМБАЛ – д-р Г. Странски“ ЕАД, гр. Плевен и „УМБАЛ Света Марина“ ООД. Работи се роботизирана хирургия и са единствените легла трето ниво за целия регион като потребност само 4 легла трето ниво, 23-второ и 13-първо ниво, а за целия регион само 10 легла трето ниво, които са крайно недостатъчни за извършване на дейността. За Хирургия в областта има 48 легла трето ниво, 54 – второ и 5 първо ниво. Като потребност са определени 16 легла трето ниво, 81 – второ и 14 легла първо ниво. Становището на комисията е, че това разпределение е неприложимо за област Плевен. В разпределението на акушеро-гинекологичните легла също се наблюдава голямо различие от предложението на областната комисия. При налични 98 легла трето ниво, от които 68 легла гинекология трето ниво в „УМБАЛ – д-р Г. Странски“ ЕАД, гр. Плевен и „УМБАЛ Света Марина“ ООД, където се извършват интервенции с много голям обем и сложност (включително роботизирана хирургия), като потребност са посочени само 12 легла трето ниво за област Плевен и за целия Северозападен регион. В „УМБАЛ Света Марина“ ООД над 70 % от пациентите са от друг региони. 1. Постъпи възражение от общинските болници от област Плевен, във връзка с проекта на Национална здравна карта (НЗК), в което „категорично отказваме да приемем проекта на НЗК във варианта в който е публикуван. Този проект“ не е съгласуван със спецификата и миграцията по региони и с потребността на населението. Това ще затрудни болничното лечение и ще наруши правата на здравно-осигурените лица за достъп навременна и достъпна по обем медицинска помощ. Трябва да се има предвид и дефицита на медицински персонал – лекари специалисти, които ще бъдат необходими при тясно профилиране на леглата. В общинските болници в област Плевен има 60 легла (непрофилирани) за вътрешни болести. Натовареността на тези легла е 180 %, което означава, че тези легла трябва да бъдат увеличени на 116 бр., а не да бъдат премахнати, т. е. потребността е по-голяма от възможностите на общинските болници за плевенска област за леглата вътрешни болести (непрофилирани)“. 2. Постъпи възражение от УС на РК на БЛС – Плевен, във връзка с предложението на Националната комисия за изготвяне на Здравна карта, „всички параметри бяха разгледани директорите на лечебните заведения в региона и всички сме на мнение, че има огромно разминаване с предложната от регионалната комисия Здравна карта за регион Плевен от	броя на леглата по токсикология с регионално значение на 7, включващи легла за дейности от II и III ниво на компетентност. Броят на планираните легла е съобразен с отчетените данни за изпълнение на КП със съответното ниво на компетентност и оптимална използваемост 75 % при отчетена използваемост на наличните 10 легла – 45%. 4. Приема се предложението за увеличение на броя на леглата кардиология с регионално значение на 40. 5. Приема се частично, като планираните интензивни легла с регионално
--	---	--

	преди два месеца. Имаме усещане, че по административен път неясни критерии и без никаква медицинска целесъобразност се прави опит да бъде разрушен високоспециализирания медицински център регион-Плевен, който от години работи с изградени водещи специалисти на национално и световно ниво и разполагащи с апаратура на световно ниво. /нашето становище е да остане предложението ни Първоначалният ни вариант от месец март 2018 г.“ В област Плевен има разкрити 981 легла трето ниво на компетентност за активно лечение, които са в Университетска болница (УМБАЛ) и някои структури на частни лечебни заведения. Всички са акредитирани за обучение на студенти и/или специализанти. Някои от отделенията са разкрити само в УМБАЛ и обслужват всички области от Централна и Северозападна България. Поради това Областната комисия предлага за междуобластно и регионално разпределение 425 болнични легла, както следва: 40 легла – Хематология Клиниката на Университетска болница е единствена за Централен и Северозападен региони. В областните болници също няма такива отделения и всички пациенти се лекуват в Плевен. Наличните легла имат 103 % използваемост; 10 легла – Алергология в УМБАЛ; 10 легла – Токсикология в УМБАЛ; 40 легла – Кардиологични с инвазивна кардиология, поради високата обема на пациенти от други области; 50 легла – Интензивно лечение КАИЛ на университетска болница приема и консултира болни от почти цяла Северна България, в „МБАЛ – Сърце и мозък“ ЕАД се извършва дейност по Неврохирургия и Кардиохирургия, в „УМБАЛ Света Марина“ се работи роботизирана хирургия. Роботизирана хирургия и урология се работи рутинно в УМБАЛ – Плевен; 35 легла – Неонатология Клиника трето ниво – приема и консултира новородени от Централна и Северозападна България; 30 легла – Медицинска онкология обслужва две области – Плевен и Ловеч и от други райони; 40 легла – Ортопедия по данни на РЗОК капацитетът на тези легла се използва в голяма степен и от пациенти от други области; 20 легла – Неврохирургия 20 легла – Съдова хирургия 20 легла – Кардиохирургия за осигуряване навременен достъп и комплексно обслужване на всички кардиологични случаи; 10 легла – Пластично-възстановителна хирургия 20 легла – Педиатрия Клиниката по Детски болести приема и консултира деца от всички области на Централна и Северозападна България;	значение се увеличават от 15 на 25. Вносителят не отчита обстоятелството, че потребностите от интензивни легла са разпределени по нива на изпълняваните дейности, а не по нива на структури. Т.е. в рамките на ОАИЛ от III ниво се изпълняват дейности от II и III ниво, нуждите от легла за изпълнението на които са планирани отделно съответно в кол. II и кол.Р. Броят на леглата за дейности с регионално значение (III ниво на компетентност) е съобразен с отчетените данни за изпълнение на
--	---	--

	50 легла – Акушерство и гинекология (10 акушерски и 40 гинекологични) Област Плевен разполага с уникална апаратура и специалисти и има много висока обръщаемост на пациенти от цялата страна – 623 акушерство и 2142 гинекология; 10 легла – Професионални болести само в УМБАЛ; 10 легла – Хирургия за високоспециализирана хирургия в УМБАЛ – д-р Г. Странски“ единствено в Северна България се извършва трансаналнаендоскопска микрохирургия. С такава апаратура разполагат само още две лечебни заведения в страната – ВМА и Първа градска болница в София; 10 легла – Детска хирургия За област Плевен са налични общо 192 легла, от които 61 – трето ниво, като потребност са определени общо 113 легла от които само 6 – трето ниво. Единодушното и окончателно становище на комисията е, че категорично отказваме да приемем проекта на Националната здравна карта в този ѝ вариант. Неразделна част от възражението е копие на присъствен списък на комисията от 18.05.2018 г.	КП и клинични процедури за интензивно лечение, изискващи III ниво на компетентност и оптимална използваемост 70 % при отчетена използваемост на наличните в областта интензивни легла – 18 %. 6. Не се приема предложението за увеличение на броя на неонатологичните легла с регионално значение (III ниво на компетентност) на 35. Вносителят не отчита факта, че в разкритата Клиника по неонатология с III ниво на компетентност се осъществяват дейности, изискващи съответно I, II и III
--	--	--

			ниво, потребностите от които са планирани отделно, както и че общият брой неонатологични легла за област Плевен в проекта на НЗК е увеличен спрямо наличните в момента легла от 55 на 57. Липсват отчетени данни за изпълнение на КП и КПр, изискващи III ниво на компетентност, които да обосновават потребност от 35 легла за дейности само от III ниво на компетентност. 7. Не се приема предложението за намаляване на планираните легла по медицинска онкология от 38 на 30. Съгласно приложение 33 на НЗК леглата по
--	--	--	--

			медицинска онкология от II и III ниво на компетентност са с регионално значение, т.е. за област Плевен са планирани 38 легла при осигурена оптимална използваемост от 75% и отчетена използваемост от 72% на наличните 40 легла. 8. Не се приема предложението за намаляване на планираните легла по ортопедия и травматология с регионално значение (III ниво) от 76 в проекта на НЗК на 40. Освен това се увеличава броя на планираните легла за дейности от II ниво на компетентност от 24 на 35, предвид отчетената висока
--	--	--	--

			използваемост на наличните легла – 81%. 9. Приема се частично предложението за увеличаване на броя на леглата по неврохирургия с регионално значение от планирани 11 на 15. Броят на планираните легла е съобразен с отчетените данни за изпълнение на КП със съответното ниво на компетентност и оптимална използваемост 75 % при отчетена използваемост на наличните 20 легла – 43%. 10. Не се приема предложението за увеличаване на броя на леглата по съдова хирургия с регионално значение от планирани 7 на
--	--	--	---

			20. Общият брой от 22 легла по съдова хирургия и разпределението по нива на осъществяваните дейности на планираните легла е съобразен с отчетените данни за изпълнение на КП със съответното ниво на компетентност и оптимална използваемост 75 % при отчетена използваемост на наличните 48 легла – 35%. 11. Предложението за планиране на 20 легла по кардиохирургия с регионално значение съответства на планирания брой легла по кардиохирургия в проекта на НЗК, т.е. няма възражение.
--	--	--	---

			12. Предложението за планиране на 10 легла по пластично-възстановителна хирургия с регионално значение съответства на планирания брой легла по ПВХ в проекта на НЗК, т.е. няма възражение. 13. Приема се по принцип в частта за легла по педиатрия с регионално значение. В проекта на НЗК е допусната техническа грешка, като не е отразен общият брой на педиатричните легла с регионално значение, в т.ч. по отделни педиатрични специалности, който е 63. Т.е. в
--	--	--	--

			проекта на НЗК се планира значително увеличение на броя на педиатричните легла в Област Плевен, в т.ч. на леглата с регионално значение, предвид високата отчетена използваемост от 99%. 14. Не се приема предложението планираните АГ легла с регионално значение да се увеличават от 12 на 50. Вносителят не отчита обстоятелството, че потребностите от АГ легла са разпределени по нива на изпълняваните дейности, а не по нива на структури. Т.е. в рамките на структура по АГ от III ниво се
--	--	--	--

			изпълняват дейности от I, II и III ниво, нуждите от легла за изпълнението на които са планирани отделно съответно в кол. I, II и кол.Р. Броят на леглата за дейности с регионално значение (III ниво на компетентност) е съобразен с отчетените данни за изпълнение на КП, изискващи III ниво на компетентност и оптимална използваемост 75 % при отчетена използваемост на наличните в областта АГ легла – 62 %. 15. Не се приема предложението за включване в проекта на НЗК на легла за дейности по специалността
--	--	--	--

			„Професионални болести“. В обхвата на тази специалност се включват заболявания, които са в обхвата на други медицински специалности (пневмология, неврология, УНГ и др.), но са възникнали в резултат на действието на фактори от професионалната среда. В този смисъл, подобно на специалността „Вътрешни болести“, потребностите от легла за осъществяване на тези дейности са планирани в рамките на леглата по специалностите, съответстващи на профила на заболяването (пневмологични,
--	--	--	--

			неврологични и др.) Данните за дейността Клиниката по професионални болести с 10 легла в УМБАЛ Плевен показва, че през 2017 г. в клиниката са лекувани 56 болни по КП 56 „Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви, нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болнови синдроми“, т.е. с неврологична патология. Реализираната използваемост на легловия фонд е 7%, т.е. по-малко от 1 фактически използвано легло. Осъществените в клиниката дейности по
--	--	--	---

			нервни болести от I ниво на компетентност предполагат профилиране на това единствено заето легло в клиниката като неврологично и същите са взети предвид при планиране на потребностите от легла по специалността нервни болести от I ниво. 16. Приема се предложението в частта за увеличаване на броя на леглата за дейности по хирургия с регионално значение (III ниво) с 10, предвид отчетената висока използваемост на наличните легла по хирургия – 99%. 17. Предложението за
--	--	--	---

			планиране на 10 легла по детска хирургия с регионално значение съответства на планирания брой легла по детска хирургия в проекта на НЗК, т.е. няма възражение.
36. Д-р Камен Кожухаров, управител на КОЦ-Русе ЕООД вх. № 20-00-354/21.05.2018 г.	При запознаване с Проекта на Решение на МС за утвърждаване на Национална здравна карта на Р България, публикуван за обществено обсъждане на електронната страница на Министерството на здравеопазването, установихме следните технически грешки: I. В Приложение № 18 към т. I, раздел V, в частта, свързана с КОЦ-Русе ЕООД: 1. В графата „общо легла” на КОЦ-Русе ЕООД вместо числото 151 е посочено 141. 2. В графата „медицински дейности по видове” на КОЦ-Русе ЕООД: • лъчелечение – вместо числото 48 е посочено 44; • медицинска онкология – вместо числото 60 е посочено 54; • урология – вместо числото 10 е посочено 3; • хирургия – вместо числото 15 е посочено 13; • гинекология – вместо числото 0 е посочено 6; • палативни грижи – вместо числото 12 е посочено 15. II. В приложение № 30, конкретните потребности от легла за област Русе - за медицинска онкология вместо числото 60 е посочено 44, за лъчелечение - вместо числото 50 е посочено 35. Считаме, че посоченото представлява техническа грешка, предвид следното: 1. Комплексен онкологичен център - Русе ЕООД е единственото лечебно заведение, което извършва дейности по медицинска онкология и лъчелечение за населението в областите Русе, Разград и Силистра.	Приема се частично.	1. Не се приема искането за корекция на броя на разкритите легла в КОЦ-Русе в съдържанието на областната здравна карта, тъй като корекцията е извършена след 01.01.2018 г., а данните в ОЗК съгласно утвърдената методика за изготвяне на ОЗК е да са актуални към 31.12.2017г. 2. Приема се частично предложението за промяна в броя на

Населението на трите области по Национална здравна карта 2016 г. е общо 461 403 души: Русе - 227 685 + Разград - 119 048 + Силистра - 114 670 .

Населението на трите области по проекта на Национална здравна карта 2018 г. е общо 450 848 души: Русе - 223 489 + Разград - 115 402 + Силистра - 111 957.

Населението на трите области при съпоставянето на данни на Национална здравна карта 2016 г. и проекта на Национална здравна карта 2018 г. е намаляло с 10 555 души.

Въпреки това, също при съпоставянето на данните на Национална здравна карта 2016 г. и проекта на Национална здравна карта 2018 г., се отчита ръст на новообразованието – от 3 586 регистрирани заболявания, 1 567,75 на 100 хил. души, 1,61 % относителен дял (приложение № 18, Таблица 2. Заболеваемост по групи заболявания и по възраст, Национална здравна карта 2016 г.) на 4 807 регистрирани заболявания, 2 150,89 на 100 хил. души, 1,98 % относителен дял (приложение № 18, Таблица 2. Заболеваемост по групи заболявания и по възраст, проект на Национална здравна карта 2018 г.)

От горното се извлича извода, че броят на жителите намалява, но броят на болелите нараства, което кореспондира с демографското застаряване на населението и увеличаване на рисковите фактори.

2. Леглата на КОЦ-Русе ЕООД, в т.ч. и по дейности „медицинска онкология” и „лъчелечение”, работят с висок процент използваемост:

период	Легла (средно-годишен брой)	Преминали болни	Проведени леглодни	Използ-ваемост на леглата (%)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 лекуван болен
2017 г.	151	11856	45654	82.8	78.5	3,9

Легла		Преминали болни	Среден престой на 1 болен	Използваемост на леглата в %
Легла по видове	брой			
Лъчелечение	35	328	20,6	52,9
Места за краткотраен престой	13	538	25,6	289,9
Общо	48	866	23,7	117,1

Легла		Преминали болни	Среден престой на 1 болен	Използваемост на леглата в %
Легла по видове	брой			
Медицинска онкология	54	4423	2,1	47,4
Палиативни легла	12	370	8,8	74,2

планираните легла за дейности по лъчелечение и медицинска онкология - съответно за лъчелечение от 35 на 40 и за медицинска онкология от 44 на 50, които съответстват на отчетената ниска използваемост на наличните легла по лъчетерапия – 49% и медицинска онкология – 61%. В становището се предоставят данни за натовареността на местата за краткотраен престой, които не се планират в НЗК и техният брой е обект на оперативен мениджмънт на ръководствата на лечебните заведения.

Места за краткотраен престой	6	4055	1	185,2
Общо	72	8848	1,9	63,3

3. Съобразно данните в Раздел VI, Таблица 1 на Приложение № 18, КОЦ-Русе ЕООД е единственото лечебно заведение в областта, което разполага с :

Вид високотехнологични дейности	Вид високотехнологична апаратура
Емисионна компютърна томография	SPECT-СТ
Лъчелечение с модулиран интензитет	Линеен ускорител с възможности за модулиран интензитет

4. Със заповед № 1742/06.12.2017 г. на управителя на КОЦ-Русе ЕООД, считано от 01.01.2018 г. е извършена структурна промяна. Със заявление до Министъра на здравеопазването, вх. № 89 от 05.01.2018 г. на РЗИ-Русе, КОЦ-Русе ЕООД заяви за вписване промените в обстоятелствата, посочени в Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № КОЦ-116/30.11.2016 г.

Считано от 01.01.2018 г., съобразно Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на КОЦ-Русе ЕООД, в стационарният блок са обособени следните отделения:

1. Отделение по медицинска онкология, в т.ч. легла за дневна системна противотуморна терапия с краткосрочен престой (до 12 часа) и легла за палиативни грижи - с общо 72 легла, от които 60 терапевтични легла, в т.ч. 6 легла за краткосрочен престой (до 12 часа) и 12 легла за палиативни грижи;

2. Отделение по лъчелечение, в т.ч. и легла за краткосрочен престой (до 12 часа) – с второ А ниво на компетентност, с 48 терапевтични легла, от които 13 легла за краткотраен престой (до 12 часа), извършва дейности в изпълнение на медицински стандарт „Лъчелечение”;

3. Отделение по онкологична урология – с 10 легла;

4. Отделение по онкологична хирургия – с 15 хирургични легла;

5. Отделение по анестезиология и интензивно лечение – с 6 интензивни легла;

Предвид изложеното по-горе, предлагаме следните изменения в проекта на Национална здравна карта:

1. В приложение № 30 на Националната здравна карта да се определени като потребност за област Русе по медицинска онкология - 60 легла и по лъчелечение - 48 легла.

2. В приложение № 18 на Националната здравна карта да се утвърдят следните легла на КОЦ-Русе ЕООД:

➤ Общ брой легла – 151, разпределени, както следва:

3. Посочената апаратура за осъществяване на високотехнологични дейности (SPECT – СТ и лъчелечение с модулиран интензитет) е отразена в Приложение 18 – ОЗК на област Русе.

	- анестезиология и интензивно лечение – 6 интензивни легла; - лъчелечение – 48 легла; - медицинска онкология – 60 легла; - урология – 10 легла; - хирургия – 15 легла; - палативни грижи – 12 легла. Изразяваме своята увереност, че за осигуряване възможността на жителите на областите Русе, Разград и Силистра да получат адекватна, качествена и навременна медицинска помощ в областта на онкологията, е необходимо да се извърши исканото от нас изменение на Национална здравна карта.		
37. Д-р В. Грозев, председател на УС на БЛС вх. № 20-00-354/21.05.2018 г.; същото становище е получено в МЗ и чрез Администрацията на МС – вх. № 20-00-354/23.05.2018 г.	Във връзка с проекта за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България, публикуван на сайта на Министерството на здравеопазването за обществено обсъждане на 24.04.2018г., 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 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 предпоставка 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	Не се приема. Липсват конкретни предложения по съдържанието на проекта на нормативен акт	Виж становище в приложение към настоящата справка.

	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 занапред просто думи и числа, обективирани на лист хартия, нито институционализирани и въведени в обръщение лобистки възжелания. 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. 24, ал. 1 от ЗЛЗ е оправомощена да изработи Националната здравна карта, е провела само един 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 изпълнителните 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 медицински дейности и нива на компетентност. Видно от проекта на 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: 1. Определяне на брой легла: <u>Областни комисии:</u> Съгласно методиката броят на леглата е 4 на 1000 жители, което е допустимо повишение с 10%, но не повече от 5,9 на 1000 жители. <u>Министерство на здравеопазването:</u> 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 към използваемост около 75% и се получава броят легла по дадена специалност, определени като „конкретни потребности“.		
--	---	--	--

	2. Разпределение по нива на компетентност: <u>Областни комисии:</u> 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. <u>Министерство на здравеопазването:</u> 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, заложен в Наредбата. Мотиви за неприемането на проекта на 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 2017г. по нива на компетентност и при работата си при определяне на броя легла комисии 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, събирани 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 не е коректно да се използват данни за съществуващи лечебни заведения с разкрити брой легла по видове и нива на компетентност към 31.12.2016г. при определяне на потребностите след 01.04.2018г. 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 2018г. /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 качеството на болничната медицинска помощ и достъпа до нея, като потърпевши ще бъдат единствено здравноосигурените лица. 7. В проекта на НЗК са определени конкретни потребности от легла за активно лечение (включват медицински специалности: 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 подхвърлено напълно механично при определяне на нуждите от съответната болнична медицинска помощ. Изискванията за нива на компетентност са отнесени към легла, а не към цялостна 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 на НЗК са допуснати 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 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 за населението. На настоящем, 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 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 на 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.		
38. Д-р П. Балулова, директор на РЗИ Сливен, вх. № 20-00-354/21.05.2018 г.	С писмото е препратено следното предложение от д-р П. Пенков, управител на МБАЛ „Хаджи Димитър“ ООД за промяна в Приложение № 32 на НЗК: „Във връзка с публикувания проект на Решение на МС за утвърждаване на НЗК да бъдат направени следните промени в Приложение № 32, към т. I, подточка 5, IV. Анализ на състоянието в болничната помощ в Югоизточен район (NUTS2), т. 2 Област Сливен, т. 2.1 Болнични легла за активно лечение:	Приема се.	Виж мотивите по т.16. По отношение на леглата по съдова хирургия в област Сливен се отчита техническа

	1. Промяна на потребностите от болнични легла медицински дейности по специалността „Съдова хирургия“ II-ро (второ) ниво на компетентност – от 1 на 10 бр. с цел компенсиране на установена недостатъчност на болничните легла по посочената специалност и нива на компетентност в област Сливен. Анализ и обосновка за причините, налагащи промяна в Приложение № 32 към т. I, подточка 5, IV. Анализ на състоянието в болничната помощ в Югоизточен район (NUTS 2), т. 2. Област Сливен, т. 2.1. Болнични легла за активно лечение, в публикувания Проект на Решение на Министерския съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България: „Многопрофилна болница за активно лечение „Хаджи Димитър” ООД, гр. Сливен е лечебно заведение за болнична помощ със 100% частен капитал, което осъществява дейността си при стриктно спазване на изискванията на закона за лечебните заведения, търговския закон и останалите действащи нормативни актове. Лечебното заведение е регистрирано като търговско дружество с Решение № 1248 г. от 30.07.2004г. на Сливенски окръжен съд, постановено по фирмено дело № 501/2004г. Регистрационният номер на Многопрофилна болница за активно лечение „Хаджи Димитър“ ООД – гр. Сливен е 2020211016. В издаденото от Министерство на здравеопазването Разрешение за осъществяване на лечебна дейност – МБ-339/28.04.2017г., е вписано осъществяването на следните дейности: 1. диагностика и лечение на заболявания, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболнична помощ; 2. родилна помощ; 3. рехабилитация; 4. диагностика и консултации, поискани от лекар или лекар по дентална медицина от други лечебни заведения; 5. клинични изпитвания на лекарствени продукти и медицински изделия съгласно действащото в страната законодателство; 6. учебна и научна дейност. „МБАЛ Хаджи Димитър” ООД извършва медицинска дейност по 26 медицински специалности в 12 отделения с легла, 3 МДЛ, 3 отделения без легла, 2 отделения за продължително лечение с терапевтична и хирургична насоченост. Четири от отделенията са от Трето ниво на компетентност – отделение по Кардиология, отделение по Диализно лечение, ОАИЛ, Клинична лаборатория.		грешка, като броят на планираните легла не е 1, а 10.
--	--	--	--

Дейността по Съдова хирургия има определено Второ ниво на компетентност и се извършва в отделение по Хирургия с Второ ниво на компетентност. Със Заповед № РД-17-231/28.12.2017г. на Министъра на здравеопазването, Структурата е акредитирана като база за практическо следдипломно обучение по медицинска специалност Съдова хирургия с оценка „Отлична” за срок от 5 години.

Дейността в лечебното заведение е регламентирана в Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на МБАЛ „Хаджи Димитър” ООД – гр. Сливен и напълно съответства на дейността, вписана в Разрешението за осъществяване на лечебна дейност № МБ-339/28.04.2017г. и нормативните изисквания, удостоверено от контролните органи на РЗИ-Сливен.

Дейност на Съдова хирургия

	2015	2016	01-03. 2018г.
Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-попliteалния и аксилно-брахиалния сегмент	48	27	9
Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектомии, ампутации и симпатектомии)	78	74	19
Консервативно лечение на съдова недостатъчност	255	295	68
Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	4	4	1
AV фистули на пациенти на диализно лечение	17	20	5

Дейност по Съдова хирургия на „МБАЛ Х. Димитър” ООД

ДВИЖЕНИЕ НА БОЛНИТЕ	2015 год.	2016 год.	01-03. 2018г.
Постъпили болни	385	400	92
Преведени от други отделения	43	22	5

Изписани пациенти	398	402	92
Преведени в други отделения	44	20	5
Приведени в др. ЛЗ			
Починали – бр.	6	4	

Показатели на дейност по Съдова хирургия	2015 год.	2016 год.	01-03. 2018г.
Средногодишен брой легла	7	7	7
Общ брой хоспитализирани пациенти	428	422	94
Брой хоспитализирани пациенти по спешност – брой и %	342 (79,91%)	346 (81,99%)	92 (80,00%)
Брой хоспитализирани по КП – бр. и %	385 (89,95%)	400 (94,79%)	92 (98,07%)
Преминали болни	438	424	93
Използваемост в дни	329,71	318,57	66,43
Използваемост в %	90,33%	87,28%	73,81%
Среден болничен престой в дни	5,27	5,26	5,06
Оборот на леглата	62,57	60,57	13
Смъртност – обща бр. и %	1,49%	0,99%	0,00
Смъртност оперативна – бр. и %	0,00%	0,00%	0,00
Предоперативен престой	0,39	0,38	0,38
Следоперативен престой	4,88	4,26	4,08
<i>Оперативна активност %</i>	<i>45,89%</i>	<i>47,88%</i>	<i>53,25%</i>
<i>Степен на сложност на операциите</i>			
Много голяма – бр. и %	(1,99%)	(1,97%)	(1,46%)
Голяма – бр. и %	(39,30%)	(33,50%)	(37,07%)
<i>Мн. голяма + голяма операции</i>	<i>41.2%</i>	<i>35.5%</i>	<i>38.5%</i>
Средна – бр. и %	(58,71%)	(64,53%)	(61,47%)
Малка- бр. и %	0	0	0
<i>Общ брой операции, извършени в дейност по Съдова хирургия</i>	<i>203</i>	<i>201</i>	<i>52</i>
<i>Изискване на МС за Второ ниво</i>	<i>Мин.200</i>	<i>Мин.200</i>	
Брой рехоспитализирани болни	0	0	0

Разпределение на специалистите в структурата по Съдова хирургия

№ по ред	Медицинска специалност	Ниво на компетентност на болн. структури, където се упражнява специалността	Общ брой на лекарите, които упражняват специалност по СХ	Общ брой на специалистите на пълно работно време и с трудов стаж по специалността
1.	Съдова хирургия	Второ ниво	3 на трудов договор+ 1 проф. д.м.н. на граждански договор. Всички със сертификат за доплерова сонография	2

Медицинска техника и оборудване за дейност по Съдова хирургия в отделение по Хирургия и операционен блок

	брой	Модел	Година на производство/обзавеждане
Апаратура за образна диагностика			
Дигитален рентгенов апарат (С-рамо)	1	BMI BCA-+	2017
КАТ	1	Siemens, Sensation 64	2013
Ангиограф	1	AXIOM Artis dFC Eco SIEMENS	2013
Монитор	2		2010
Инфузомат	2		2010
Аспиратор	2		2010
ЕКГ	2		2010
Операционна зала	1	оборудване	2017

Допълнителните диагностични и лечебни структури, изискуеми за дейността по Съдова хирургия са в състава на „МБАЛ Хаджи Димитър” ООД – Клинична лаборатория, Кардиологично отделение, ОАИЛ са от Трето ниво на компетентност; Отделения по Хирургия и Образна диагностика, Микробиологична лаборатория от Второ ниво. Всички са акредитирани с оценка „Отлична” за срок от 5 години през 2017 година.

Утвърждаването на лечебното заведение като предпочитано болнично заведение в региона и постигнатото ниво на компетентност гарантира и в бъдеще висока обръщаемост на пациентите и прием на болни със съответните заболявания.

	Отчитайки показателите на Отделението през годините, както и през последните месеци, сме отправили искане до Министъра на здравеопазването, Националната комисия, за съответната промяна на определените в Приложение № 32 към т. I, подточка 5, IV. Анализ на състоянието в болничната помощ в Югоизточен район (NUTS 2), т. 2. Област Сливен, т. 2.1. Болнични легла за активно лечение, в публикувания Проект на Решение на Министерския съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България, потребности от брой на легла за медицински дейности от II-ро ниво на компетентност по специалността „Съдова хирургия“ за област Сливен. Считаме че регистрираните и отчетени случаи на лечение на пациенти в нашето лечебно заведение, доказва недостатъчността на леглата, определени в посоченото Приложение. Това налага неговото актуализиране до достигане на минимален брой от 10 легла за осъществяване на болничното лечение от II-ро ниво на компетентност на пациенти по специалността Съдова хирургия в Областта, респективно – в МБАЛ „Хаджи Димитър“ ООД.		
39. Ат. Атанасов, директор на РЗОК Силистра вх. № 20-00-354/21.05.2018 г.	Във връзка с обявеният за обществено обсъждане проект на Националната здравна карта, Ви уведомяваме, че за област Силистра са допуснати следните пропуски: 1. В Приложение № 30 към т. I, подточка 3 на НЗК при определяне конкретните потребности от легла за болнично лечение за област Силистра липсва брой легла по специалност „Ортопедия и травматология“. Областната болница МБАЛ „Силистра“ АД разполага с отделение с II-ро ниво на компетентност по Ортопедия и травматология, съгласно Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред и Разрешително за осъществяване на лечебна дейност № МБ-139/18.04.2016г. издадено от МЗ, в което работят четирима лекари специалисти и се извършват дейности по ендопротезиране. Съгласно Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение, същото разполага с 14 броя легла за активно лечение. За 2017г. е сключен договор с НЗОК за 10 броя КП от пакет Ортопедия, по които има отчетени и заплатени общо 612 случая. 2. В Приложение № 30 към т. I, подточка 3 на НЗК не са посочени брой диализни постове.	Приема се частично.	В проекта на НЗК е допусната техническа грешка, която е отстранена като са добавени 13 легла по ортопедия и травматология за дейности от II ниво на компетентност. За диализните постове, в НЗК не се предвиждат такива.
40. Илиан Тодоров, областен управител на Софийска област	Във връзка с публикувания проект на РМС за приемане на Национална здравна карта 2018 Областната администрация на Софийска област разглежда предложението на областната комисия в частта болнична помощ. Предоставям ви в табличен вид предложението ни за броя на болнични легла, които да останат в областната здравна карта:	Приема се частично	1. Приема се частично в частта за увеличение на интензивни легла, като се увеличава броя на леглата от

	висок – 104% за 2017 г. и 9+5,7% за 2016 г. предлагам намалението на леглата да е с 10 бр. по малко. При разчетените легла за очни болести са посочени 3 легла във второ ниво и 3 легла на регионално ниво. Съгласно Наредба № 49/2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ разкриването на отделение изисква най-малко 5 легла. Смятам, че е необходимо да останат леглата в 3-то ниво за регионална структура 10 бр. и 5 легла 2-ро ниво на компетентност. Намалението на хирургичните легла е в трето ниво, като са предложени само 5 легла. Използваемостта на тези легла в УМБАЛ „Св. Анна“ е 90% и смятам, че е необходимо да бъдат запазени – 40 бр. 4. В разчетените 271 бр. легла за рехабилитация има определени 96 бр., които са с обхват на задължително здравно осигуряване. Такъв вид легла не фигурират в проекта на Областна здравна карта и в Методиката по изработването ѝ. На територията на Софийска област има разкрита Специализирана болница за рехабилитация към Национален комплекс – Момин проход със 190 легла, която обслужва здравноосигурени пациенти от цялата страна. Разкрити са и функционират отделения по физикална и рехабилитационна медицина към Многопрофилните болници и болница за продължително лечение и рехабилитация с 73 бр. легла, които обслужват само здравноосигурени лица. Определените легла за здравноосигурени леца са недостатъчни да покрият конкретните потребности от този вид медицински дейности. предлагам леглата за медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължително здравно осигуряване да бъдат увеличени на 146 бр., при които използваемостта ще е над 80%. Областната администрация на Софийска област след направения анализ счита, че предложеното в проекта намаление на болничните легла ще доведе до намаляване на извършваните медицински дейности в лечебните заведения за болнична помощ и ще затрудни достъпа на населението до качествено медицинско обслужване.	увеличаване на планираните легла по ендокринология, предвид ниската използваемост на наличните легла – 41 %. 3. Приема се частично по отношение на увеличаване от 5 на 20 на планираните легла по пластично-възстановителна хирургия, предвид ниската използваемост на наличните легла – 51 %. 3. Приема се по отношение на увеличаване на планираните легла по ортопедия и травматология, предвид високата използваемост на леглата от III ниво на
--	--	--

			компетентност и тяхното регионално значение, предвид фактическото разположение на областната болница УМБАЛ „Св.Анна“ на територията на гр.София. Увеличава се броят на леглата по ортопедия и травматология с регионално значение от 20 на 40. 4. Не се приема в частта за увеличаване на броя на леглата по очни болести използваемост на наличните легла – 16 % и липсата на обвързаност между планираните в НЗК необходими легла и разкритите легла в
--	--	--	---

			съществуващите структури. 5. Приема се. Увеличава се броят на планираните легла по хирургия за дейности от III ниво от 5 на 10, предвид отчетената висока използваемост на този вид легла. 6. Приема се частично в частта за леглата за рехабилитация. Увеличава се броят на леглата за дейности по ФРМ с регионално значение от 67 на 72, като общият брой на леглата за дейности в обхвата на задължителното здравно осигуряване се увеличава от 96 на 101.
--	--	--	--

41. Ст. Пасев, областен управител на област Варна, Иван Портних, кмет на Община Варна вх. 20-00-354/16.05.2018 г., вх. 20-00-354/17.05.2018 г.	Изпращам копие от писмо от община Варна, което включва протокол от проведена работна среща между представители на общински и държавни ЛЗБП, БЛС, БАПЗГ, община Варна, ОбС Варна, РЗОК, НСОРБ и Протестна нота до НСОРБ, парламентарно представените групи от гр. Варна, с копие до МЗ. Протестната нота е постъпила в МЗ с вх. № 20-00-354/16.05.2018 г. ПРОТЕСТНА НОТА Във връзка с писмо на НСОРБ, община Варна организира на 03.05.2018 г. работна среща със заинтересованите страни, на която беше обсъден проекта на Национална здравна карта (НЗК) за област Варна, публикуван на сайта на Министерство на здравеопазването за национално обсъждане. В този вид, в който е изготвена НЗК за област Варна, е неприемлив и не отговаря на предложението на областната комисия. Методиката, по която са изчислявани конкретните потребности не е съобразена с реално живеещото население в област Варна, което по неофициални данни достига 800-900 хил. души, почти два пъти повече, отколкото са по данни на Националният статистически институт (472 654). Варна е туристически град и през летния сезон заедно с прилежащите курортни комплекси пребиваващите достигат 1,5, млн. души. В утвърдената Методика за изготвяне на Областната здравна карта използваните интегрални коригиращи коефициенти за област Варна са значително намалени спрямо предходната НЗК. Според проекта на НЗК над 1/3 от болничните легла във Варненска област не са необходими, което реално не кореспондира с действителните потребности. Механизмът на изчисляване на % използваемост на леглата е некоректен и показва нереалистични стойности, защото не са взети под внимание пролежаванията по амбулаторни процедури. Това се явява съществен фактор за намалението на леглата за някои специализирани лечебни заведения. На практика се получава така, че медицинските центрове с до 10 легла за наблюдение и лечение до 48 часа са привилегирани в сравнение с лечебните заведения за болнична помощ, като например в това отношение е рестриктивното намаляване на броя на леглата за очни болести. Не е отчетена и сезонната специфика на отделните заболявания, както и демографския фактор. Намаляването на акушеро-гинекологичните легла с 45 броя не съответства на демографската структура на град Варна и региона и е в противовес с политиката за увеличение на раждаемостта. За следващите пет години приоритет на Европейската Комисия е майчино-феталната медицина и Р България, като член на Европейския съюз не може да се	Липсват конкретни предложени я по съдържание то на проекта на нормативен акт	При направения анализ на данните от ОЗК и проекта на НЗК се установява, че използваемостта на болничните легла за активно лечение по видове е значително по-ниска (59%) от оптималната използваемост от 75 % - в т.ч. за леглата по интензивно лечение – 35%, терапевтични легла – 62 %; хирургични легла – 56 %, педиатрични – 64% и акушеро-гинекологични – 54%. Планираният в проекта на НЗК легла по медицински дейности и нива на компетентност е съобразен с отчетените данни за изпълнение на
--	---	---	--

	различава от тези тенденции. Недопустимо е драстичното намаляване на броя на леглата, както по специалности, така и по нива на компетентност. Варна разполага с уникални клиники и отделения за региона и страната от най-високо ниво на компетентност, оборудвани с модерна медицинска апаратура и специалисти на високо световно ниво по следните медицински специалности: гръдна хирургия, кардиохирургия, нервни болести, акушерство и гинекология, психиатрия, очни болести, ортопедия и травматология, анестезиология и интензивно лечение, хирургия, педиатрия, кардиология, медицинска онкология, токсикология, пластична и възстановителна хирургия и хематология, чиито потребности на легла в проекта на НЗК са драстично намалени. Буди недоумение и неподвиждането на нула легла за специалност „Вътрешни болести“ – непрофилирани. Намалението на леглата над 1/3 за област Варна спрямо действителните означава, че ще бъде затруднен достъпа на пациентите до здравна помощ, ще се формира листа на чакащи и НЗОК ще заплаща лечението на драстично по-малко болни, лекувани в лечебните заведения в област Варна. В проекта на НЗК е предвидена намалена необходимост за страната с близо 6000 броя легла, отколкото са към момента. Непонятно е защо над 1/6 от редуцираните легла е за сметка на област Варна. Градът е най-отдалечения от столицата на Република България, университетски център с високоспециализирани лечебни заведения за болнична помощ, на които се доверяват значителен брой пациенти от североизточна, централна, и югоизточна България. В предложения проект става не е включено изискване за необходимостта от професионалистите по здравни грижи в лечебните заведения за болнична помощ. Така предложия проект на НЗК е още един административен инструмент за налагане на вторично лимитиране на дейността на лечебните заведения за болнична помощ, което ще се отрази негативно на инвестициите и бъдещето развитие на високотехнологичната медицина. Настояваме да се вземат предвид спецификите на област Варна, като се отразят в НЗК и се запазят реално съществуващите 3065 легла общо за област Варна. Настояваме за категорични промени в методиката за изготвяне на Областна здравна карта, както следва: • Реална преценка на демографския фактор; • Промяна в интегралните коригиращи коефициенти; • Реално изчисление на % използваемост на леглата, съобразени със сезонната специфика на всяка една специалност.	дейности по КП при заложен оптимална използваемост на леглата – 75 %, като за отделни медицински дейности (гастроентерология, клинична алергология, пневмология и фтизиатрия, лицево-челюстна хирургия, педиатрия) при които има установена по-висока от оптималната използваемост или увеличена необходимост, е планиран по-голям брой легла от наличните в момента разкрити легла.
--	---	---

	Апелираме за повече прозрачност и гласност при обсъждането на НЗК. Отправляме призив към Националното сдружение на общините в РБ и всички народни представители на политическите партии от област Варна да защитят правото на пациентите за лечение в ЛЗ по техен избор, без да се налага да изчакват поради съкратен брой легла, да подкрепят и защитят искането ни за преразглеждане на проекта и запазване на реално съществуващите легла за болнично лечение в област Варна. Настояваме за предварително запознаване с проекта на Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които НЗОК ще сключва договори. Настояваме за предварително публикуване на интегралните коригиращи коефициенти за цялата страна. Уважаеми дами и господа, не бива да допуснем НЗК да се превърне в инструмент за ограничаване дейността на болниците, с цел икономии на средства от публичния ресурс. НЗК би следвало да определя минималния брой, с който държавата гарантира на пациентите своевременен достъп до качествена медицинска помощ. Глобалните цели на Световната здравна организация за здраве 21 век, изисква всеки гражданин да има универсален достъп до медицински и здравни грижи. Протестната нота е подкрепена от присъствалите на срещата представители от: УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД: проф. д-р Силва Андонова – директор „Лечебна дейност“, г-жа Весела Златарова-Методиева – началник отдел „Статистика“. МБАЛ „Света Анна - Варна“ АД: д-р Антон Станев – зам. директор. МБАЛ Варна към ВМА София: полк. Доц. д-р Ивайло Въжаров – началник. СБАЛОЗ „д-р М. Марков“ ЕООД: г-жа Димитрия Григорова – гл. счетоводител, г-жа Даниела Стоянова. СБАГАЛ „проф. Д. Стаматов“ ЕООД: проф. д-р Емил Ковачев – управител, гл. м. с. Светлана Радева СБОБАЛ – Варна ЕООД и член на УС на БАПЗГ: ст. м. с. Красимира Димиртова. СБАЛПФЗ – Варна ЕООД: доц. д-р Христо Ганчев – управител. БЛС: д-р Галина Павлова – зам. председател на БЛС. БЛС: проф. д-р Радослав Радев – председател на РК на БЛС – Варна. Зам. председател на ПК „Здравеопазване“ и „Социални дейности“ към НСОРБ и зам. председател на Общински съвет – Варна: д-р Лидия Маринова. Председател на ПК „Здравеопазване“ към Общински съвет – Варна: доц. Антоанета Цветкова. Общински съвет – Варна: г-н Борислав Гуцанов –общински съветник.		
--	--	--	--

	Община Варна: г-жа Анастасия Георгиева – директор на дирекция „Здравеопазване“, г-жас Румяна Хараламбова – началник отдел „ЛЗ и ДУЗ“, г-жа Илияна Тимнева – началник отдел „Финанси и ТРЗ“, д-р Ирена Александрова – главен експерт „Лечебни заведения“, г-жа Димитричка Панчева - главен експерт „Финанси“, г-жа Надежда Желязкова - главен експерт ОЗПОВ. Иван Портних – кмет на община Варна Стоян Пасев – областен управител на област с административен център – Варна Тодор Балабанов – председател на Общинския съвет – Варна <i>Протоколът от работната среща е в Приложение № 14 към справката.</i>		
42. Проф. Б. Коруков и проф. Д. Константинов, УМБАЛ „Царица Йоанна“ вх. № 20-00-354/22.05.20108 г.	Предвид протичащите в момента Обществени консултации на Проект на Решение на Министерския съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България, се чувстваме задължени да изкажем свои съображения за данни, публикувани в Приложение № 34 към т. I, подточка 7 и Приложение № 23 към т. I, подточка 1, Раздел VI, касаещи трансплантацията на хемопоеични стволови клетки. В картата към Приложение № 34 е отбелязано, че в Р. България се предвижда наличие на общо три (3) центъра за трансплантация на хемопоеични стволови клетки. Разпределението им е по един (1), съответно в Югозападен, Южен централен и Североизточен райони. Конкретно, в приложение № 23 към т. I, подточка 1, раздел VI, в което са описани вид и брой на високотехнологичните единици за Област София (столица), с изненада установяваме, че липсва Трансплантационния център, находящ се в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД-София, в който от 20 години се осъществява регулярна трансплантационна дейност при деца. Първата за Р. България трансплантация на хемопоеични стволови клетки/костен мозък бе извършена именно в този център през 1997 година. Независимо от административната структура (ИСУЛ, Национален център по детска онкохематология, „Специализирана болница за активно лечение по детски онкохематологични заболявания“ София – ЕООД и от 2015г. отново към УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД-София), за изминалия от 1997 година период в това отделение са осъществени и съответно отчетени в ИАТ, респективно МЗ, общо 307 трансплантации (84 алогенни – от чужд донор и 195 от собствен на пациента материал). Заслужава да се отбележи, че в първите 10 години това бе единственото функциониращо звено в страната ни, както за деца, така и за възрастни. В актуалното Разрешение за медицинска дейност № МБ-52/16.03.2017г. на УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД-София, дейността по трансплантация на хемопоеични стволови клетки е включена в списъка с осъществяваните дейности и такава продължава редовно да се отчита в Изпълнителна агенция по трансплантация. Държим да подчертаем, че към момента детски контингент, показан за трансплантация на	Приема се	Отразена корекция в Приложение № 34 в частта за трансплантация за хемопоеични стволови клетки.

	хемопоеитични стволови клетки от чужд донор не се обслужва, не само в друга база на Югозападен район (NUTS 2), но и в цялата страна. Имайки предвид горните съображения, считаме, че е наложително да бъдат предвидени в Приложение № 34 четири (4) центъра за страната, съответно два (2) за Югозападен район (NUTS 2), както и УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД-София да бъде определена в Приложение № 23 към т. I, подточка 1, раздел VI като болнична база за дейността „трансплантация на хемопоеитични стволови клетки“. Надяваме се изложените от нас по-горе аргументи да бъдат взети предвид при окончателното обсъждане на Националната здравна карта, за да не се наруши или прекъсне важно направление от високотехнологичните медицински дейности в страната ни.		
43.Марияна Шиякова, председател на РК на БАПЗГ София вх. № 20-00-354/22.05.20108 г.	В таблиците за специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ и в останалите текстове на Националната здравна карта е посочена специалността „клинични лаборанти“, която следва да бъде поправена на „медицински лаборанти“. Предлагам на Вашето внимание следните мотиви от здравното законодателство и нормативните актове на БАПЗГ: На основание Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи“ за образователно-квалификационна степен „Професионален бакалавър по...“, в сила от учебната 2008-2009г., приета с ПМС № 238 от 26.09.2018 г., обнародвана в ДВ, брой 87/07.10.2008 г. в Раздел I, чл. 1, ал. 2 се посочва, че Висше образование по специалността “Медицински лаборант с образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър по...“ със съответната професионална квалификация се придобива в колежи, които отговарят на изискванията на Закона за висшето образование и на наредбата. На основание Закона за здравето, Раздел II, чл. 183, ал. 4 медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти упражняват медицинската си професия при условията на глава втора от Закона за съсловната асоциация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (ЗСОМСААМС). В допълнителните разпоредби на ЗСОМСААМС, съгласно §1, т. 1, „асоциирани медицински специалисти“ са медицинските лаборанти, рентгеновите лаборанти, рехабилитаторите, фелдшерите, ортопедичните техници и масажистите.	Приема се.	В Приложение № 29 и Приложение № 32 е добавена забележка към „клинични лаборанти“.
44.В. Апостолов, управител на МБАЛ „Сити	Във връзка с публикуването на НЗК за обществено обсъждане, създамата се ситуация в последните две седмици в областите Монтана, Видин и Враца, както и следвайки добрата медицинска практика, установена от СЗО, желаем да изложим нашето мнение относно дейността в област Монтана.	Предложението не е относимо към	В НЗК се посочват конкретните потребности от

Клиник – Св. Георги“ Монтана вх. № 22-00-379/16.05.2018 г.	Както добре знаете, през месец февруари заседаваше областната комисия за изготвяне на ОЗК. След направените от Ваша страна анализ и препоръки, областната комисия на гр. Монтана излезе с предложение, единодушно прието от всички нейни членове. В това предложение е отразено както Вашето желание за установяване на реалната потребност от леглова база, така и конкретната ситуация в област Монтана, която смеем да твърдим, че може да бъде разглеждана като по-специфичен случай предвид множество фактори. Без да претендираме за изчерпателност, желаем да ви запознаем с част от тях, които смятаме, че е необходимо да бъдат взети предвид при изготвяне на окончателния вариант на НЗК. На първо място, МБАЛ „Сити Клиник – Св. Георги“ Монтана разкри нови дейности, голяма част от които единствени не само за област Монтана, но и за област Отделение Хирургия – с дейности към него урология, съдова хирургия и обща хирургия, както и Отделение по анестезиология и интензивно лечение. Поради множество фактори и предвид краткия срок на съществуване ние смятаме, че е редно за тези дейности да се вземат предвид показателите ни от началото на 2018 г., тъй като ти значително по-точно отразяват заетостта в съответните отделения. Както вече споменахме, важно е да се отбележи, че Отделението по кардиология – трето ниво, със сектор Инвазивна кардиология и дейността по съдова хирургия, са единствените на територията на област Монтана и област Враца. Това означава, че като най-близко лечебно заведение с кататеризационна лаборатория, пациентите със спешни кардиологични заболявания, включително остър инфаркт на миокарда, се насочват към нашето лечебно заведение. На следващо място трябва да се отбележи значително увеличеният прием на пациенти от областите Видин и Враца от началото на 2018 г., който е близо 4 пъти по-голям от този за същия период през 2017 г. Тези данни по никакъв начин не са отразени при изготвянето на НЗК. На последно място, но не по важност, е факта, че лечебното заведение в продължение на 7 години работеше като Специализирана болница за активно лечение на нервни болести и предвид високия процент на населението над 55 години, е разбираема причината, поради която използваемостта в отделението по нервни болест и е в такъв висок размер. Ето защо, на базата на всички изброени по-горе факти и обстоятелства и във връзка със спазване на добрата медицинска практика, ние от МБАЛ „Сити Клиник – Св. Георги“ Монтана желаем да ни бъдат предвидени не по-малко от 25 легла за Отделение по кардиология, 40 легла за Отделение по хирургия, включително дейностите по съдова хирургия и урология, както и не по-малко от 30 легла за Отделение по нервни болести. Вярваме, че нашите аргументи ще бъдат взети предвид и ще бъдат отразени в НЗК и по-конкретно в ОЗК на гр. Монтана.	съдържание то на проекта на нормативен акт	болнични легла по видове и медицински дейности за всяка област на страната, без да се посочват по структури на отделните лечебните заведения. За останалата част от изложените в предложението мотиви – Виж мотиви по т.10 на таблицата
---	--	---	--

45. Албена Георгиева, областен управител на област Видин вх. № 22-00-354/22.05.2018 г.	Областната здравна карта на Област Видин е изработена по образец и по ред, определени с методика, утвърдена със Заповед на Министъра на здравеопазването. В съответствие с изискванията на методиката областната комисия събра и анализира информация за настоящето състояние на здравната мрежа в областта, на базата на която са определени потребностите от извънболнична, болнична и спешна медицинска помощ, като е съобразен и достъпа до медицинско обслужване на населението, живеещо в труднодостъпните и отдалечените райони. Областната комисия представи в срок изготвената областна здравна карта, съгласно утвърдения образец. Отделно от областната здравна карта комисията приложи предложение за разпределението на броя на леглата за болнично лечение. I. Първична извънболнична помощ: Заложените потребности за броя на ОПЛ в ОЗК и НЗК за област Видин е един и същ 63, който е по-голям от реално съществуващите практики - 56. Заложените потребности за броя на практиките по първична дентална помощ в ОЗК е 90, по НЗК - 89, колкото е и броят на реално съществуващите практики. II. Специализирана извънболнична помощ: Предложението по ОЗК за броя на лекарите по клинични специалности е 120, а по НЗК е 110, докато реално работещите в СИМП е 163, като от тях само 68 работят в СИМП, а за останалите 95 се издават становища за недостатъчност по реда на чл. 81 от ЗЛЗ. Предложението по ОЗК за броя на лекарите, осъществяващи медико-диагностични дейности, е 21, а по НЗК е 14, докато реално работещите са 10, но по медицинската специалност клинична лаборатория - в НЗК са заложиени 4, а настоящият брой е 6. III. Болнична помощ: В така предложената Националната здравна карта, частта за потребности на населението от легла за активно лечение в област Видин, значително се разминава от предложението на Областната комисия, поради което считаме, че не е адаптирана към реалните потребности на населението на област Видин. (табл.1) Конкретните потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури за област Видин по отношение на осигуреността с леглови фондове не гарантира на всеки жител на областта равнопоставен достъп на здравни услуги на всички нива в болничната помощ.	Не се приема.	При направения анализ на данните от ОЗК и проекта на НЗК се установява, че използваемостта на болничните легла за активно лечение в област Видин по видове е значително по-ниска (58%) от оптималната използваемост от 75 % - в т.ч. за леглата по интензивно лечение – 33%, терапевтични легла – 58 %; хирургични легла – 72 %, педиатрични – 55% и акушеро-гинекологични – 47%. Планираният в проекта на НЗК легла по медицински дейности и нива на компетентност е съобразен с отчетените данни за изпълнение на
---	--	----------------------	--

	ОБЛАСТ ВИДИН								
	табл.1								
	Медицински и дейности по видове	Настоящо състояние	НЗК	Разлика бр.	Разлика %	ОЗК	НЗК	Разлика бр.	Разлика %
	ОБЩО ЛЕГЛА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ	264	224	-40	-15 %	331	224	-107	-32 %
	Интензивни легла	6	10	4	67 %	17	10	-7	-60 %
	Терапевтични легла	138	116	-22	-16 %	175	116	-59	-34 %
	Хирургични легла	40	43	3	7 %	54	43	-11	-20 %
	Педиатрични легла	53	41	-12	-23 %	53	41	-12	-23 %
	Акушеро-гинекологични легла	27	14	-13	-50 %	32	14	-18	-56 %
Аргументите за изразеното становище се базират от една страна на извършен сравнителен анализ на данните за населението по области, конкретни потребности от легла за активно лечение и броят обслужвано население на 1 легло за страната (Приложение № 1) и в частност за Северозападен район (табл.2), както и на анализ на съответствието на определените в НЗК легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури в област Видин с потребностите от определени медицински дейности. 1. Видно от Приложение № 1 област Видин е с най-малък брой легла за активно лечение в страната, което кореспондира с най-малкия брой на население на областта, но броят на обслужваното население на 1 легло е един от най-големите - 397 в сравнение със същия показател за останалите области. Само в три от областите този показател е по-голям: София (столица) - 444, Добрич - 429 и Ямбол с 413.									дейности по КП при заложен оптимална използваемост на леглата – 75 %, като за отделни медицински дейности (анестезия и интензивно лечение, инфекциозни болести, ортопедия и травматология, урология и др.) при които има установена по-висока от оптималната използваемост или увеличена потребност, е планиран по-голям брой легла от наличните в момента разкрити легла.

СЕВЕРО- ЗАПАДЕН РАЙОН Области	Население НСИ	% на населението от Северозападен район	Конкретни потребности от активни легла за мед. дейности	% от активните легла в Северозападен район	Брой пациенти на 1 легло
Видин	88867	11,60%	224	6,28%	397
Враца	168727	21,90%	764	21,43%	221
Ловеч	129222	16,80%	526	14,76%	246
Монтана	134669	17,50%	543	15,23%	248
Плевен	248138	32,20%	1508	42,30%	165
ОБЩО:	769 623	100%	3565	100%	

Средно за Северозападен район -1 легло обслужва 255 бр. пациенти

Сравнителният анализ по горевизираните показатели само за Северозападния район, посочени в табл. 2, показва, че населението на област Видин съставлява 11.6% от населението на района. Заложените конкретни потребности от 224 активни легла в НЗК съставляват само 6.28% от активните легла на района, т.е. област Видин е с най-малък относителен дял активни легла в района, докато 1 легло обслужва най-голям брой население - 397. За област Враца, която е с приблизително 2 пъти по-голямо население са заложили 3.4 пъти повече легла за активно лечение, а броят обслужвано население на 1 легло е 1.7 пъти по-малък в сравнение с този показател за област Видин. За област Монтана, чието население е с 1.2 по-голямо са заложили активни легла, чиито брой е 2.4 пъти от този за област Видин, а броят обслужвано население на 1 легло е 1.6 пъти по-малък в сравнение с този показател за областта.

Средно за Северозападния район броят на обслужваното население на 1 легло е 255 души население, докато за област Видин този показател е 1.5 по-голям.

Средният брой обслужвано население на 1 активно легло за останалите области от Северозападния район /без стойностите за област Видин / е 220 души население или почти два пъти по-малко от определените потребности за област Видин по НЗК. При прилагането на този показател към населението област Видин се получава реална потребност от 404 легла за активно лечение.

Тези данни обективизират значителна диспропорция в разпределението на активните легла на ниво Северозападен район между отделните области от него, като по този начин се ограничава достъпа на населението на област Видин до стационарна медицинска помощ.

	2. В хода на извършените анализи чрез залагането на посочената стойност от 224 легла за активно лечение, в поредица от математически изчисления по формулите заложи в Методиката за изготвяне на областна здравна карта и съответните коефициенти за област Видин в обратен ред се установи, че посоченият брой легла може да осигури болнична медицинска помощ само на 57 200 човека, което съставлява 64% от населението на област Видин. това доказва, че заложените в НЗК 224 легла за активно лечение са недостатъчни за областта. 3. От заложените общо 224 легла за активно лечение следва да се извадят 10 легла, които са разпределени на регионално ниво, а именно 4 легла за интензивно лечение от III ниво на компетентност, 5 легла по медицинската специалност пневмология и фтизиатрия от III ниво на компетентност и 1 легло по детска хирургия също от III ниво на компетентност, с каквито лечебните заведения за болнична помощ на територията на област Видин не разполагат. По този начин общият брой на леглата за активно лечение на територията на област Видин остават 214, а не посочените в НЗК - 224. 4. Анализ на съответствието на определените в НЗК легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури в област Видин с потребностите от определени медицински дейности. На територията на област Видин функционират две лечебни заведения за болнична медицинска помощ - МБАЛ "Св. Петка" АД - гр. Видин и МБАЛ "Професор доктор Георги Златарски" ЕООД - гр. Белоградчик. Посочената в НЗК използваемост в % на съществуващите към момента болнични легла по видове и медицински дейности е формирана като средноаритметична величина от използваемостта на тези легла от две лечебни заведения за болнична помощ, чиито структури не са идентични и са с различни нива на компетентност. Ниската използваемост на леглата за дублиращите се медицински дейности в двете лечебни заведения е за сметка на ниската използваемост на легловата база на МБАЛ "Професор доктор Георги Златарски" ЕООД - гр. Белоградчик, която е с изключително лоши показатели, поради значителен кадрови дефицит. Към настоящия момент общият брой на болничните легла на територията на област Видин за активно лечение е 264, а предложението по НЗК е 224, т. е. с 15% по-малко легла за активно лечение от реално съществуващите. В Областната здравна карта са заложи 331 легла за активно лечение, изчислени по реда на Методиката за изработването ѝ, т. е. посочените конкретни потребности от легла за активно лечение заложи в НЗК са 32% по-малко от предложението в ОЗК. Терапевтични легла: Настоящият брой на терапевтичните легла е 138, по НЗК - 116, т.е. с 16% по-малко, основно		
--	---	--	--

	за сметка на гастроентерологични легла - намаление със 7 легла, нервни болести - с 6, кардиология - с 5 легла, пневмология и фтизиатрия - с 4 легла и др. Предложението по ОЗК е броят на терапевтичните легла да бъде 175, като при сравнение с НЗК е налице намаление на терапевтичните легла със 16%. При изчисляване на използваемостта върху заложените в НЗК активни легла по следните медицински дейности се установява следното: Пневмология и фтизиатрия: По НЗК общо за областта са заложили 24 легла, от тях 9 са I ниво, 10 са II ниво и 5 са III ниво, като последните отпадат от общия брой, защото такива реално не съществуват на територията на област Видин. От оставащите 19 легла като се извадят 4 пневмологичните легла на база МБАЛ "Професор доктор Георги Златарски" ЕООД - гр. Белоградчик остават 15 легла на база МБАЛ "Св. Петка" АД - гр. Видин. Броят на проведените леглодни за 2017г. е 5721, при което използваемостта върху тези 15 легла ще бъде 104%, което означава, че заложеният брой в НЗК е недостатъчен. Нервни болести: При заложили в НЗК 24 неврологични легла, след изваждането на 10 легла за база МБАЛ "Професор доктор Георги Златарски" ЕООД - гр. Белоградчик, върху оставащите 14 легла и проведени 4701 леглодни на база МБАЛ "Св. Петка" АД - гр. Видин се получава 92% използваемост. Нефрология: В НЗК са заложили 4 легла, което не отговаря на изискванията на чл. 8, ал. 2 от Наредба № 49 от 18 октомври 2010г. 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, че броят на леглата в отделенията (клиниките) не може да бъде по-малък от 5, освен ако със съответния медицински стандарт не е определен по-голям брой. Хирургични легла: Детска хирургия: В НЗК е заложило 1 легло детска хирургия, разпределено на регионално ниво, а на територията на областта не съществува структура от III ниво на компетентност. Очни болести: В НЗК са заложили 3 легла, което не отговаря на изискванията на чл. 8, ал. 2 от Наредба № 49 от 18 октомври 2010г. 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, че броят на леглата в отделенията (клиниките) не може да бъде по-малък от 5, освен ако със съответния медицински стандарт не е определен по-		
--	---	--	--

	голям брой, поради посочена настояща използваемост от 44%. Същата е калкулирана на базата на отчетени 150 случая по КП. През Отделението по Очни болести са преминали 765 пациента, като 80% са оперативни интервенции по Амбулаторни процедури, а останалите 20% са провели стационарно лечение по КП, което формира ниската използваемост, т.е. амбулаторните процедури не се включват при изчисляването на използваемостта. Педиатрични легла: По НЗК здравна карта са заложили като конкретна потребност 33 легла, от които 10 са на база МБАЛ "Професор доктор Георги Златарски" ЕООД - гр. Белоградчик. При изчисляване на използваемост върху оставащите 23 легла при 7818 леглодни на база МБАЛ "Св. Петка" АД - гр. Видин се получава 93,13% използваемост, а съгласно изискванията на медицински стандарт "Педиатрия" оптималната използваемост е 80%. Предложение: На основание гореизложените мотиви предлагаме в конкретните потребности в НЗК за област Видин да бъдат заложили общо 331 легла за активно лечение, колкото са предложени в Областната здравна карта, със съответното им разпределение, с оглед специфичните здравно-демографски и социално-икономически фактори, характерни за областта: • Тенденция към застаряване на населението и регресивен тип възрастова структура. В селата по-голямата част от жителите са над 65-годишна възраст, а броят на самотните стари хора сред тях е преобладаващ. • Критично ниска раждаемост с тенденция към намаление; висока смъртност и отрицателен естествен прираст и продължаване на тенденцията. • Прогресивно намаляване на относителния дял на лицата в трудоспособна възраст. • Устойчива тенденция към емиграция и обезлюдяване на област Видин с ясно изразени външно-миграционни процеси и ниска гъстотата на населението. • Висок дял на хората с увреждания, както и на самотно живеещите стари хора, пръснати в многобройните селца и махали в областта. • Продължава да нараства временната трудова миграция за работа в чужбина (предимно в Испания, Италия, Гърция и Кипър) и в по-големите градове, което създава сериозни рискове за родителската грижа, образованието и развитието на децата в тези семейства. • Малките селища в областта притежават сходни белези на значителна изостаналост, спрямо условията на градската среда и по-ниско качество на живот. • Наличие на изолирани населени места в отдалечени и труднодостъпни райони. • Високо равнище на безработица в област Видин. • Пазарът на работната сила е небалансиран – висока безработица и в същото време-		
--	---	--	--

	недостиг на квалифицирана работна ръка. Област Видин заема едно от първите места в страната по ниво на безработицата и този показател остава значително по-висок в сравнение със средните годишни стойности за страната. Влошените здравни индикатори в област Видин - средна продължителност на живота, детска смъртност, раждаемост, инфекциозна заболяемост, хронична заболяемост, смъртност и др., както и тенденциите в развитието им, поставят изключително големи предизвикателства пред здравеопазването в областта. Социално-икономическите фактори като безработица, ниски доходи на значителна част от населението, структура на населението, структура на разходите и потреблението допълнително влошават здравния статус. Застаряващото, полиморбидно население и високата заболяемост обуславят завишени потребности от здравни грижи. Становището е прието с протокол № 2803/2464/22.05.2018г. от работна среща на Комисията, изработила Областната здравна карта на Област Видин съгласно Заповед №РД-02-55/15.02.2018г. на Министъра на здравеопазването. Приложение: 1. Таблица: Брой обслужвано население на 1 легло за страната. <i>(Приложение № 15 към справката)</i>		
46. Д-р Петя Бабулова, директор на РЗИ Сливен вх. № 20-00-354/22.05.2018 г. и кмета на община Сливен вх. № 20-00-354/23.05.2018 г.	Във връзка с общественото обсъждане на проект за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България, публикуван на интернет страницата на Министерство на здравеопазването, Ви информирам че: В Регионална здравна инспекция-Сливен постъпиха предложения и становища от председателя на УС на Регионална лекарска колегия-Сливен, изпълнителния директор на МБАЛ „Д-р Иван Селимински - Сливен” АД, гр. Сливен, управителя на МБАЛ „Хаджи Димитър” ООД, гр. Сливен, управителя на „САГБАЛ „Ева”” ЕООД, гр. Сливен; кметове на общини; председатели на пациентски организации - приложени към настоящото писмо. Видно от представения проект за Националната здравна карта, целта на предложения нормативен акт е да се адаптира структурата на здравната система във всичките ѝ основни елементи към потребностите на населението, да се гарантират условия за балансиране на разходните отговорности на НЗОК и за засилване на бюджетната дисциплина. Съгласно Националната здравна стратегия действащият модел на здравеопазване е резултат от изкривените тенденции на разходите за здравеопазване и политики, които благоприятстват интензивните лечебни услуги и високотехнологичната диагностика за сметка на основната медицинска помощ, профилактика на заболяванията, насърчаване на здравето,	Приема се частично	Виж мотиви по т.9, 16 и 38 от таблицата

	рехабилитация и социални грижи. Заложените цели са повишаване на ефективността на системата и справедливо разпределение на ресурсите спрямо потребностите на населението. Т. е. на първо място се поставя съобразяването с реалните потребности на населението от здравни услуги. Националната здравна карта е инструмент за планиране на медицински дейности, респективно на финансовите ресурси за тях. Част от Националната здравна карта са областните здравни карти, които са изработени от сформирани за целта областни комисии. С цел идентифициране на потребностите и предвид значението на Националната здравна карта за развитието на лечебната мрежа в областта, бе направен сравнителен анализ на състоянието на здравата мрежа по отношение на осигуреността с медицински персонал и леглови фонд. Предизвикателствата пред здравето в Област Сливен са свързани с повишена заболяемост в някои класове от социално значимите незаразни болести- болестите на органите на кръвообращението, на дихателната система, пикочо-половата система и психични заболявания; висока раждаемост, висок процент на ранните бременности; сравнително високи стойности на показателя детска смъртност в Област Сливен, в сравнение с показателите за страната, висок брой на недоносените и децата с вродени малформации; лоша здравна култура, поведение и навици на населението; наличие на рискови групи от населението с висок социално-здравен риск. Значима част от населението в Област Сливен е с нисък социален статус, в неравностойно положение по отношение на достъпа до медицинска помощ и е уязвимо от гледна точка на здравните неравенства. Това обуславя в по-голяма степен необходимостта от медицински услуги, заплащани от държавния бюджет, в това число по линия на НЗОК. Състояние и тенденции в развитието на извънболничната помощ: В проекта на Национална здравна карта в частта общопрактикуващи лекари и лекари по дентална медицина, заложените потребности за област Сливен значително надвишават действителния брой практикуващи лекари в областта. При сегашното състояние област Сливен е осигурена под нивото на определените потребности на населението. Осигуреността с ОПЛ в градовете задоволява потребностите на населението от първична медицинска и дентална помощ. Проблем с осигуреността на първична помощ са малките населени места в труднодостъпни и планински райони, в които обслужването на населението става по график от лекари, регистрирали практики в градовете. Налице е концентриране на практиките в големите градове, недостиг на общопрактикуващи лекари в труднодостъпните и отдалечени райони и затруднения при обслужване на пациентите у дома, както и извън установеното време за амбулаторна дейност. Затруднява се достъпът на пациентите до базова медицинска помощ, както и своевременния достъп до специализирана медицинска помощ, което		
--	--	--	--

	натоварва системата за спешна медицинска помощ. Това създава проблеми с обслужването, забавя се насочването на пациентите към специалист, поради което се увеличава броя на болните с късно поставена диагноза и възникващи усложнения, късна хоспитализация, удължен болничен престой. Само по себе си завишаването на потребностите от общопрактикуващи лекари и лекари по дентална медицина в проекта за НЗК трудно би могло да разреши проблема със заемането на непривлекателните практики. Факт е, че към момента част от населението на областта е в неравностойно положение. В частта специализирана извънболнична медицинска помощ по някои специалности заложените потребности задоволяват нуждите на областта, но има специалности като Кардиология, Нефрология, Очни болести, Акушерство и гинекология, за които определените в проекта на НЗК потребности са по-малко от нуждите на населението на областта, съобразно посочените по-горе заболяемост, болестност, демографски и социален статус. Състояние и тенденции в развитието на болничната помощ: Изградената в Област Сливен мрежа от болнични лечебни заведения е в състояние да задоволи най-масовите потребности на населението от болнична помощ; налице е обща осигуреност с болнични легла и медицински персонал. В проекта на НЗК, в частта Област Сливен са определени конкретни потребности от легла за активно лечение 874 легла, което е сус 138 легла по-малко от настоящото състояние. При оценка на конкретните потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури, е приет подход за оценка на потребностите на база използваемост на болнични легла през 2017 година, както и дейността на лечебните заведения по вид, степен и тежест на лекуваните заболявания, съобразно договорите с НЗОК. При работата по изготвяне на НЗК не е събирана информация от лечебните заведения за използваемост по нива на отделенията. Съгласно чл.8а от Наредба № 49 от 10 Октомври 2010г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико социални грижи, следва за прием на пациенти в спешно състояние да се предвидят не по-малко от 10 на сто от общия брой болнични легла за активно лечение във всяка болнична структура, с изключение на болничните структури по медицинска онкология, лъчелечение и нуклеарна медицина. Обезпечаването на тези легла следва да се предвиди в проекта на НЗК В някои от видовете медицински дейности в проекта на НЗК са определени по-малко на брой легла от второ и трето ниво на компетентност за сметка увеличаване на броя на нивата в първо ниво. Предложеното намаляване на легла от второ и трето ниво на компетентност,		
--	---	--	--

	за сметка на легла от първо ниво, ще доведе до невъзможност лечебните заведения да изпълняват и договарят с НЗОК обема от дейностите, извършвани досега. Притеснителен за лечебните заведения е и фактът, че към момента липсват немалка част от медицинските стандарти, т.е. неизвестни са параметрите на изискванията, при които ще трябва да се осъществява съответна дейност по стандарт, неизвестно е как ще се оценява изпълнението на тези дейности. Ограничаването на досега извършваните дейности, предполага загуба на квалифициран персонал, който се насочва към лечебни заведения, в които тези дейности се извършват (в или извън страната) и естествено пациентите тръгват след специалистите. Основни проблеми са: Интензивни легла В проекта на Националната здравна карта, за област Сливен е предвидено запазване броя на леглата по анестезиология и интензивно лечение, но са намалени леглата от трето ниво на компетентност от 35 - на 5 легла. Към момента в областта функционират две отделения с общ брой от 15 легла трето ниво на компетентност, работят 17 лекари. Намалението на дейности от трето ниво излага на риск съществуването на отделенията. Ортопедия и травматология През област Сливен минават основни пътни артерии. Пътно-транспортният травматизъм възниква в условията на спешност, лечението често изисква операции с много голям обем и сложност, изискващи трето ниво на компетентност. Разполагаме с 10 травматолози. В условията на спешност е недопустимо лекарите да се съобразяват с планиране и разпределяне на лечението на случаите по оставените в проекта само пет легла от трето ниво. Терапевтични легла В проекта за НЗК не са заложили непрофилирани легла по Вътрешни болести. В област Сливен такива легла са разкрити в Община Котел – 18 легла и 25 легла в структурата на МБАЛ-Сливен към ВМА София. За община Котел, която е труднодостъпен район в зимните месеци това е единственото болнично звено, което дава възможност на населението за провеждане на активно лечение. Нефинансирането на въпросните легла би довело до невъзможност за свободен достъп до медицински услуги на населението от общината. Броят на леглата във ВМА се определят със заповед на началника на Военномедицинската академия. Област Сливен е ендемичен район за кърлежови преносими инфекции. Висок е процентът на населението от малцинствен произход, боледуващо по-често от инфекциозни заболявания. Определената необходимост от 2 инфекциозни легла от второ ниво на компетентност ще доведе до невъзможност за лекуване на невроинфекции, кърлежови инфекции и хепатални коми, всички изискващи по стандарт второ ниво на компетентност, В		
--	---	--	--

	областта работят 6 специалисти. За кардиологичните легла в проекта е определена необходимост от 98 легла, при настоящо състояние- 94. Общата използваемост е 75%. Определеното разпределение по нива в проекта на НЗК легла по специалността Кардиология от второ и трето ниво на компетентност не би могло да покрие потребностите на населението в този вид медицинска дейност. В област Сливен функционира отделение по кардиология с III-то ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Кардиология“. Отделението е единственото в областта, в което се осъществява дейност по инвазивна диагностика, съгласно медицински стандарт „Кардиология“, обслужващо и пациенти от съседни области. Общата използваемост е 75%. В областта работят 25 кардиолози. Педиатрични легла В проекта на Националната здравна карта за област Сливен е предвидено намаляване с 6 броя леглата в медицинска дейност Педиатрия. На територията на областта функционира едно отделение по педиатрия с разкрити 62 легла с второ ниво на компетентност и отделение с 10 легла с първо ниво на компетентност, разкрито на територията на община Нова Загора, определена като труднодостъпен район. Притеснително е, че в проекта на НЗК е предвидено леглата второ ниво да бъдат 24 легла. Предвид регионалните особености – високата раждаемост и етнически състав на населението – намаляването на леглата и преминаването им в първо ниво ще доведе до затруднения в обслужването на населението до 18 години в област Сливен. Трябва да се има предвид, че през есенно-зимния период в отделението се налага временно да се разкриват допълнителни легла. Използваемостта на леглата в област Сливен е 69% при заложили оптимално 80% ($\pm 15\%$), съгласно действащия медицински стандарт по Педиатрия. Работят 5 педиатри и 3 специализанти. По отношение на неонатологичните легла в проекта на Националната здравна карта са предвидени потребности от 62 неонатологични легла при 85 легла разкрити към момента. Предвидено е областта да извършва медицинската дейност по неонатология с 23 легла по-малко. В област Сливен функционира едно отделение по неонатология с второ ниво на компетентност, към „областна“ болница, с разкрити 37 легла, в което работят 4-ма неонатолози, 1 педиатър и 1 специализант. За периода от последните три години в отделението около 50% от случаите изискват минимално ниво на компетентност трето ниво. Предвиденото в Националната здравна карта намаляване на леглата от второ ниво ще доведе до невъзможност за изпълнение на голяма част от извършваната досега медицинска дейност. Проектът за Национална здравна карта определя леглата по Акушерство и гинекология - второ ниво на компетентност от 118 легла да се намалят на 45 легла. Това е крайно недостатъчен брой за област Сливен, район с висока раждаемост (второ място в страната),		
--	--	--	--

	висок процент малцинствено население, голям брой бременни родилки в детска възраст (под 16 години), което води до голям брой патологични бременности, голяма част от които не са проследявани по време на бременността от специалист в извънболничната помощ. Разполагаме с 26 гинеколози. Проекта на НЗК предвижда необходимост в област Сливен, от медицинска дейност по Съдова хирургия да се осъществява на 1 легло, базирайки се на използваемостта на този вид легла през 2017 година, период през който поради напускане на един хирург-специалист (избрал да упражнява медицинска дейност в държава, където заплащането е адекватно на положения труд), не е осъществявана този вид дейност. От началото на 2018 година отделението в област Сливен по Съдова хирургия отново осъществява дейност. Имаме 3 съдови хирурзи. В проекта на НЗК в Приложение №30, т. I, подточка 5 IV Анализ на състоянието в болничната помощ в Югоизточен район, т.2, 2.1. за област Сливен болнични легла за активно лечение е допусната техническа грешка. В таблицата в частта настоящо състояние, общия брой на фактически използвани легла е 668, в проекта са посочени 667 легла. Състояние на спешната медицинска помощ Към момента системата за спешна медицинска помощ в Област Сливен се състои от - ЦСМП-Сливен с разкрити 4 филиала във всяка община от областта – ФСМП-Сливен, ФСМП-Н.Загора, ФСМП-Твърдица и ФСМП-Котел; - Спешно отделение на МБАЛ „Д-р Иван Селимински- Сливен” АД, гр. Сливен; - В МБАЛ „Х.Димитър” ООД, гр. Сливен има разкрита структура по спешна инвазивна кардиология към отделението по кардиология и интензивно кардиологично лечение. Предстои реконструкция и ремонт на спешни структури в областта по ОП „Региони в растеж” и изграждане на нова база за ФСМП-Нова Загора. За Спешно отделение към „МБАЛ „Д-р Иван Селимински – Сливен” АД е разработен инвестиционен проект за новото строителство, който е в процес на изпълнение. Оценка на потребностите от спешна, първична и специализирана извънболнична и болнична помощ в областта Като цяло изградената в Област Сливен мрежа от болнични лечебни заведения е в състояние да задоволи най-масовите потребности от болнична помощ на населението в околността. Налице е сравнително добра обща осигуреност с болнични легла и медицински персонал. Утвърждава се стабилитета на частните лечебни заведения в болничната помощ, при стабилно и устойчиво развитие на „областната” болница МБАЛ „Д-р Иван Селимински” АД-гр.Сливен. Формираната в областта публично-частна система, включваща болнични заведения с различен вид собственост – държавна, общинска и частна, създава условия за		
--	--	--	--

	конкуренция, която се отразява благоприятно по отношение на възможностите на пациентите за достъп и избор на лечебно заведение и тяхната крайна удовлетвореност. Здравната система е един от големите работодатели за област Сливен. Характерно е, че лекарите са местни за областта, лекарски семейства. Създадените възможности за обучение също са предпоставки за дългосрочно планиране и поддържане на определен обем дейности: Акредитирани за практическо обучение в областта на здравеопазването са МБАЛ „Д-р Иван Селимински” АД, гр. Сливен- за 22 медицински специалности за магистри и за три специалности по направление „Здравни грижи”; МБАЛ „Хаджи Димитър” ООД, гр. Сливен; за 11 медицински специалности за магистри и една АПИМП, гр. Сливен- за практическо обучение по „Обща медицина”. Във филиал на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна, се провежда обучение по специалностите „Медицинска сестра” и „Акушерка”. При изготвянето на Областната здравна карта не е констатиран излишък от болнични легла и медицински персонал. Въз основа на конкретните потребности от здравни услуги на населението от Област Сливен е съобразен достъпа до медицинско обслужване за труднодостъпните и отдалечените райони, социалната и демографска структура на населението и наличните медицински специалисти. Националната здравна карта е инструмент за планиране на медицински дейности, респективно на финансовите ресурси за тях. Финансирането на лечебните заведения е на база извършена и отчетена дейност, с което се гарантира спазване на бюджетната дисциплина. Съображенията за осигуряване на гарантиран достъп на гражданите до медицинска помощ при спазване на регламентираните в Закона за здравето принципи на своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ; правата на гражданите като пациенти и здравноосигурени лица на свободен избор на лечебно заведение; както и правата на работещите в лечебните заведения, бяха взети предвид при приемането на Областната здравна карта на област Сливен. Отчетено беше, че промените биха нарушили относителното равновесие, създаваното с години спокойствие сред населението в областта, биха задълбочили здравните неравенства и създадените възможности за гражданите на област Сливен за ползване на лечение при необходимост. Правата на гражданите на достъпна медицинска помощ чрез здравно осигуряване и безплатно ползване на медицинско обслужване са основни конституционни права и са неотменими. При обвързване на заплащанията на болниците с определените в проекта на НЗК минимален брой легла, оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица в област Сливен се поставя в зависимост от обстоятелството дали необходимостта от болнично лечение е възникнала в рамките на стойностни лимити, некореспондиращи с		
--	---	--	--

	конкретните потребности на населението, определени от комисията, изработила Областната здравна карта. Поради гореизложеното считам, че изказаните притеснения от предложеното намаляване на нива и легла са обосновани. Към писмото са приложени следните становища: 1. Становище на д-р Богдан Сотиров – Председател на УС на Регионална лекарска ккколегия-Сливен - (т. 15 от справката) 2. Възражение на Проекта за национална здравна карта в частта за Област Сливен от д-р Васислав Петров – Изпълнителен директор на МБАЛ „Д-р Иван Селимински-Сливен” АД - (т. 9 от справката) 3. Анализ от д-р Пенко Пенков – Управител на МБАЛ „Хаджи Димитър” ООД, гр. Сливен - (т. 37 от справката) 4. Становище от д-р Нуртен Шекерова – Управител на „САГБАЛ „Ева”” ЕООД, гр. Сливен: Изразявам категоричното си несъгласие с предвидените изменения относно броя на леглата и нивата на компетентност, залегнали в проекта на НЗК. Мотивите ми за това са следните: 1. Със закон лечебните заведения се превърнаха в търговски дружества с произтичащите от това права и задължения., 2. Същите бяха принудени да се оборудват с медицинска апаратура и брой специалисти в съответствие с изискванията за ниво на компетентност на медицинските стандарти и алгоритмите на клиничните пътеки, а не според своите виждания, реалните потребности в диагностичната и лечебната дейност. Разкриха се много ненужни структурни звена, които въпреки че не носят приходи се поддържат с материална база и специалисти. Всичко това е за сметка на търговското дружество. 3. Публичният ресурс е сформиран от парите на всеки настоящ или потенциален пациент и той има право на достъпна и качествена медицинска помощ и избор къде да я получи. Аргументът за ниския процент използваемост на леглата може да касае МЗ само относно леглата, на които МЗ е собственик и може да ги променя по своя воля и финансова целесъобразност. 4. Не може да се налагат само отговорности, без да се гарантират права. 5. Всяко лечебно заведение за болнична помощ в Разрешението си за дейност има нива на компетентност, като за едно отделение е определено едно ниво на компетентност. това предполага, че по-високото ниво покрива нуждите и на по-ниското. Разлика в заплащането според ниво на компетентност няма. 6. Нуждата от по-високо ниво на компетентност на легловата база може да възникне във всеки		
--	--	--	--

	даден момент при всеки пациент и не виждам логика в разделянето на легла от първо и второ ниво на компетентност в едно отделение, което от МЗ е категоризирано като по-високо. 7. Националният ресурс не се харчи капитационно за брой легла в лечебно заведение, а за извършена дейност. Всяка болница получава от НЗОК средства единствено и само за извършена и отчетена дейност. Намалявайки броя на леглата, НЗК лишава пациента от право на избор в кое лечебно заведение да се лекува. 8. Медицината не е планова дейност, не е проста математика, която да се рестриктира законодателно чрез проценти и алгоритми, без да се има предвид населението, съответната обстановка в даден регион, здравословното състояние на населението, както и непредвидимата бъдеща ситуация. 9. Концепциите за достъпна и качествена медицинска помощ за всеки, залегнали в „Цели за здраве 2020“, „Националната здравна стратегия 2020“ се опорочават с мерките и ограниченията, предвидени в бъдещата НЗК. 10. Как ще се тълкуват другите закони и наредби, задължаващи лекари и лечебните заведения да не отказват медицинска помощ, да не връщат пациент, в контекста на новата НЗК, ограничавайки ресурса и възможността за оказването ѝ с единствена цел управление на разходите в здравеопазването и налагане на финансова дисциплина? За чия сметка? Медицината е скъпа дейност, икономии от която нанасят непреодолими поражения на потребителите ѝ. 5. Становище на г-н Стефан Радев – Кмет на община Сливен: Във връзка с публикуване проекта на НЗК на МЗ се установи, че броят на разкритите легла за медицински дейности за област Сливен е намален – с 138 броя, както следва: 1. Вътрешни болести – непрофилирани – с 47 броя, гастроентерология - ... бр. и ревматология – с 3 бр. намаляването на тези легла ще изправи населението от другите общини, където няма достатъчно специалисти по Вътрешни болести и до труден достъп до медицински услуги. През последните години все повече се срещат автоимунни заболявания, наследствени болести на тъканите. 2. Ендокринология и болести на обмяната – с 8 бр. област Сливен е ендемичен район, беден на йод, което води до редица заболявания на щитовидната жлеза, особено през последните години прогресивно нараства захарния диабет. Лечението на повечето заболявания изисква по стандарт минимум второ ниво на компетентност. 3. Инфекциозни болести – с 5 бр. Сливенска област е ендемичен район за кърлежово преносими инфекции, особено при ромското население. 4. Кожни и венерически болести – с 1 бр. през последните години се увеличи броят на кожно-		
--	---	--	--

	венерическите заболявания в нашия район. 5. Ортопедия и травматология 10 бр. по-малко. Градът е в близост до магистрала и високият дял на ПТП води до това да се извършват сложни оперативни процедури, изисква се трето ниво на компетентност или трето при спешни състояния. 6. Съдова хирургия – намалени с 9 бр. Към момента работят само двама лекари със специалност, а отделението е единственото за областта, а все повече се увеличава нуждата от такива специалисти, поради това населението е принудено да пътува до други градове, което е трудно, особено през зимния сезон. 7. Хирургия – по-малко 5 бр. и неврохирургия – намалени с 3 бр. В Сливен се извършват операции с висок обем и сложност. Като отбележим факта, че населението е застаряващо и с увеличаващо се малцинство. 8. Детска хирургия – намалени с 3 бр. 9. Лицево-челюстна хирургия – по-малко с 6 бр. 10. Очни болести – със 7 бр. населението на област Сливен е застаряващо и това води до увеличаването през последните години на очните заболявания. 11. Урология – с 4 бр. Областта е с висок дял на болестите на пикочо-половата система – 8,73% 12. Ушно-носно-гърлени болести – с 3 бр. При наличието на специалисти се установява ранна диагностика и ефективно лечение. 13. Неонатология – с 23 бр. и педиатрия – с 6 бр. Сливен е сред първите места по детска смъртност при децата от 0 до 1 година, както и с висок показател на брой недоносени деца с вродени малформации. 14. Акушеро-гинекологични легла – с 12 бр. Висок е процентът на раждаемост, особено сред ромското население. Както и увеличаване на броя на бременни и родилки в детска възраст и увеличаване броя на патологичните бременности. 15. Кардиология. Трансформирането на леглата трето и второ ниво на компетентност до първо ниво води до невъзможност да се лекуват най-разпространените заболявания на сърдечно-съдовата система. Към настоящия момент броя на леглата в структурите по нива на компетентност е 1012, при 66% използваемост, 667 броя фактически използвани легла или разликата с фактически използваните легла е 207 броя. По структурно отношение при болестността водещите са болестите на органите на кръвообръщението – 23,20%, болести на дихателната система – 19,42%, на трето място са болестите на пикочо-половата система – 8,73%, висок е дела на		
--	---	--	--

	болестите на костно-мускулната система – 5,84%, както на кожата и инфекциозни и паразитни болести. Висока е нуждата от специалисти, за да се избегне късно поставената диагноза, възникналите усложнения и най-вече късна хоспитализация и скъпоструващо лечение. Намалявайки не само броя на леглата, а и нивата на компетентност, води до труден достъп до високоспециализирани медицински услуги, както и увеличаването на разходите на населението. Около 35% от лекарите-специалисти в Сливен са над 60 годишна възраст. Намаляването на броя на легла за медицински дейности по нива на компетентност ще доведе и до намаляване на броя на започващите специализации лекари. Смятам, че е необходимо да се запази броят на разкритите легла на по-горе посочените дейности какъвто е и към настоящия момент, за да се осигури високоспециализирана медицинска помощ и развитие, особено при възникване осигуряване на медицински дейности при спешно възникнали ситуации. 6. Възражение на г-н Коста Каранашев – Кмет на община Котел Причината да се обърна към Вас е продиктувана от проекта на НЗК, публикуван за обществено обсъждане от МЗ. Целта на НЗК е да бъде намерен оптималния вариант за качествено и навременно здравно обслужване. Предвидените промени засягащи здравната система в област Сливен, особено в частта касаеща община Котел, са в остро противоречие с изпълнението на тази цел, което доведе до основателен обществен отзвук и несъгласие. Община Котел е с население от 19 845 души. Почти цялата територия на общината се намира в планински район с 22 населени места. Общинският център гр. Котел се намира на 75 км от областния град, а има села отдалечени на повече от 100 км. Населението е застаряващо, преобладават хората в пенсионна възраст, което респективно води до наличие на жители с висока заболяемост. На водещо място са пациентите с белодробни и кардиологични заболявания. Общината е с една от най-високите безработици в страната и жители с предимно нисък доход. Това неминуемо води до ограничена възможност за получаване на специализирана медицинска помощ от здравни заведения в областния център. Утвърдените транспортни схеми не спомагат за навременен достъп до болничните заведения. В настоящия момент медицинското обслужване на населението се осъществява основно в намиращото се в гр. Котел отделение за белодробни и сърдечни заболявания към МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ Сливен. Отделението е единственото болнично заведение за активно лечение в гр. Котел. Проектът на НЗК предвижда драстични промени, които в крайна сметка ще доведат до		
--	---	--	--

	закриване на отделението в гр. Котел. Това ще се отрази изключително негативно на здравното обслужване на жителите на община Котел. Обществеността следи с огромен интерес развитието на този процес и вече се оформя сериозно недоволство, което можем да гадаем в какво може да прерасне. Ръководството на община Котел изцяло споделя тревогите на населението. Считам, че при невъзможност да се подобри медицинското обслужване на територията на общината , приемлив вариант е да се запази настоящото разпределение на болничната леглова база с цел да се запази отделението в гр. Котел към МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ Сливен. Приемането на НЗК с така предвидените промени ще се отрази не само върху здравното обслужване на жителите на община Котел, но ще засили отрицателните демографски процеси и ще даде сериозен отпечатък върху качеството на живот в бъдеще. Обезпокоен съм от трайните социални последствия за населението на община Котел от приемането на НЗК в този вид. Апелирам за решение в полза на жителите на община Котел и моля да се направят нужните корекции с цел да се запази отделението в гр. Котел към МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ Сливен. 7. Становище на г-н Веселин Василев – Председател на Регионална организация на Съюза на инвалидите в България Сливен В качеството ми на председател на Регионална организация на Съюза на инвалидите в България за Сливенска област, съгласувано с УС на общинските организации на хората с увреждания в област Сливен, категорично заявявам, че ние, представителите на национално представителните организации на хората с увреждания в областта, не сме съгласни с така предложените параметри на НЗК, които по наша преценка тревожно ще влошат нивото на здравните услуги в областта и ще обрекат на геноцид хронично болните хора и хората с трайни увреждания, в една от най-бедните и неравнопоставени в отношение на предоставяне на здравни грижи, области в България, а именно населените места на територията на област Сливен. Смятаме, че е крайно тревожно и планираното закриване на 6000 болнични легла на територията на цялата страна, абсурдно е и планираното закриване на 138 легла на територията на област Сливен, като се има предвид натовареността на болничните отделения, по наши наблюдения и огромното чакане за планирани операции и лечения, на този етап. Успоредно с това здравните грижи и състоянието на болничната помощ в населени места като Котел и Твърдица са под всякаква критика и при евентуални съкращения на легла и специалисти там, хората са обречени на бавно и сигурно изстребление, което според нас не		
--	--	--	--

	трябва да се допуска по никакъв начин в една страна член на Европейския съюз в 21 век! Категорично се противопоставяме и на промяната в нивата на компетентност на болничните легла от по-високо ниво към по-ниско, както и на огромното намаляване на броя на болничните легла от по-висока компетентност към по-ниска! Запознахме се и напълно подкрепяме становището на РК на БЛС-Сливен по така предвидените параметри на НЗК за област Сливен! При необходимост, и при незачитане на нашето мнение като пациенти и хора пряко застрашени от готвените неблагоприятни промени, сме готови да излезем на протестни действия, но преди всичко се надяваме, че здравия разум ще надделее и нашите възражения ще намерят отзвук в предложения проект за НЗК. 8. Становище на г-н Д. Димитров – Председател на сдружение „Онкологично болни и приятели” – Сливен Сдружение „Онкологично болни и приятели“-Сливен изразява своето несъгласие с диспропорциите и разликите, които се появяват на национално и регионално ниво в проекта на НЗК. Държим да подчертаем, че концептуалните параметри на новата НЗК категорично трябва да доведат до обезпечаване на медицинската услуга и възможността за адекватно и ефективно лечение на гражданите, без достъпа до медицинска помощ да бъде затруднен. Като пример можем да посочим трудностите, които изпитват онкологично болните от област Сливен при своето лечение, като се налага да пътуват до съседен областен град. Намаляването на броя на леглата за медицински дейности по нива на компетентност ще доведе до намаляване броя на започващите специализация лекари. НЗК следва да не бъде рестриктивен инструмент, а база за анализ състоянието на системата и основа за формиране на политики за привличане и задържане на кадри с цел осигуряване на достъпно и ефективно здравеопазване. Отново подчертаваме, че така поставените параметри на работа според НЗК ще доведат до отлив на кадри, лекари и специалисти по здравни грижи, проблем който ще рефлектира върху ранното диагностициране, възникване на усложнения, късна хоспитализация и скъпоструващо лечение. Това са ключови фактори при онкологичните заболявания, които водят до по-висок процент на преживяемост. Финансирането на системата не се извършва по брой легла и по техните нива, а по брой преминали пациенти, тежестта и сложността на техните заболявания и възможностите за стабилизиране здравния статус на населението. Предвид гореизложеното ние настояваме да бъде преразгледано решението за намаляване на леглата от трето ниво на компетентност и да бъде запазен техният брой, съобразявайки се с потребностите на населението от област Сливен. С това ще се даде възможност да се осигури		
--	--	--	--

	високоспециализирана медицинска помощ и развитие, особено при необходимост от осигуряване на медицински дейности при спешно възникнали ситуации. 9. Становище от г-н Николай Нейков – Председател на сдружение „Съюз на диабетно болните” – Сливен Като председател на „Съюз на диабетно болните“ – Сливен изразявам категорично несъгласие с проекта на НЗК, в частност с предвидения броя на легла по компетентност за гр. Сливен, който ще доведе до регионални диспропорции. Считаю, че този вариант на НЗК със заложените легла по ниво на компетентност ще затрудни крайно болничното лечение по определени специалности, свързани конкретно с диабета. Захарният диабет е социално-значимо заболяване, разпространяващо се с ускорени темпове и засяга хора в трудоспособна и пенсионна възраст. Според новия проект на здравната карта за Сливенска област броят легла към Ендокринология и болести на обмяната са намалени с 8 броя. Вместо да се облекчат медицинските услуги и възможности за ефективно и адекватно лечение на гражданите, се затруднява достъпа до медицинска помощ с намаляването на броя на леглата. Това ще принуди диабетиците да търсят болнична помощ извън С тези предложения не се отчита спецификата на системата и реалната необходимост от здравна помощ на населението. Диабета повишава риска от много здравни проблеми. Хроничните усложнения са вследствие на увреждане на кръвоносните съдове и нервите. Включват: сърдечно-съдови заболявания, увреждане на нервите, ставни проблеми, бъбречна болест, проблеми с очите. Предложеното кардиологията от трето и второ ниво на компетентност на първо ниво, води до невъзможност да се лекуват най-разпространените заболявания на сърдечно-съдовата система. Засегната е и съдовата хирургия. Трябва да се вземе предвид, че отделението е единствено за областта. Диабетиците подкрепяме становището на РК на БЛС-Сливен за запазване параметрите на НЗК за област Сливен. Като пациенти и хора пряко застрашени от неблагоприятните промени сме готови заедно с други засегнати от готвеното намаление да излезем на протестни действия. Надяваме се нашите възражения ще се вземат предвид при предложенията за НЗК за регион Сливен. 10. Обобщено предложение за промяна на проекта за НЗК в частта за област Сливен: Обобщено предложение за промяна на проекта за НЗК в частта за област Сливен 1. В частта болнична медицинска помощ		
--	--	--	--

	1.1. Интензивни легла В проекта на Националната здравна карта, за област Сливен е предвидено запазване броя на леглата по анестезиология и интензивно лечение, но са намалени леглата от трето ниво. Да се запазят като потребност 15 легла трето ниво на компетентност. 1.2. Ортопедия и травматология Да останат 26 легла, от които 16 легла от трето ниво и 10- второ ниво на компетентност. 1.3. Терапевтични легла Да останат непрофилирани легла по Вътрешни болести, в това число разкритите в Община Котел – 18 легла. 1.4. Инфекциозни легла Да останат 50 легла, от които 10- първо, 40- от второ ниво на компетентност. 1.5. Кардиология Да останат общо 94 легла с 12- първо, 37- второ и 45 легла с трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Кардиология“. 1.6. Педиатрични легла Да останат общо 72 легла, от които 62 легла с второ ниво на компетентност и 10 легла с първо ниво на компетентност. 1.7. Неонатологични легла да останат 85 легла, от които 37- второ ниво и 48- първо ниво на компетентност. 1.8. Акушерство и гинекология- да останат 128, от които 118 легла от второ ниво и 10- първо ниво на компетентност. 1.9. Съдова хирургия – да останат 10 легла от второ ниво на компетентност. 2. Да се предвиди в проекта на НЗК обезпечаването на легла по чл.8а от Наредба № 49 от 10 Октомври 2010г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико социални грижи. за прием на пациенти в спешно състояние (не по-малко от 10 на сто от общия брой болнични легла за активно лечение във всяка болнична структура, с изключение на болничните структури по медицинска онкология, лъчелечение и нуклеарна медицина) 3. В частта специализирана извънболнична медицинска помощ за Кардиология, Нефрология, Очни болести, Акушерство и гинекология, определените в проекта на НЗК потребности са по-малко от нуждите на населението на областта, съобразно посочените по-горе заболяемост, болестност, демографски и социален статус.		
47.Проф. д-р Ел. Наумова, национален	Във връзка с Приложение № 29, т. I, подточка 2 в проекта на НЗК от името на Експертния съвет по имунология, предлагам да допълните в таблицата към броя лекари, извършващи медико-диагностични изследвания в извънболничната помощ и Клинична имунология. В	Приема се	Отразена корекция в

консултант по клинична имунология, председател на Експертния съвет по клинична имунология вх. № 20-00-354/22.05.2018 г.	горечитираното приложение на настоящия проект са представени конкретните потребности от лекари в извънболничната помощ във всички икономически райони от специалностите вирусология, Трансфузионна хематология, Клинична лаборатория, Клинична лаборатория, Клинична микробиология, Обща и клинична патология, Медицинска паразитология, Образна диагностика, но не и Клинична имунология. Мотиви: 1. Клиничната имунология е основна медицинска специалност. Лекарят специалист по клинична имунология може да извършва както консултативна и лечебна медицинска дейност, така и лабораторно-диагностична дейност, конкретно определени в раздели III и IV на медицинския ни стандарт. 2. В Националния рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2018 г. наред с обема на специализираните медицински дейности по клинична имунология точно е определен и обемът на специализираните и високоспециализирани медико-диагностични изследвания по клинична имунология.		Приложение № 29 на НЗК
48. Красимир Николов, областен управител на област Добрич вх. № 20-00-354/22.05.2018 г.	Във връзка с проект на Решение на Министерски съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България, представяме на Вашето внимание възражения на Областна комисия на област Добрич, назначена със Заповед № РД – 02 – 40 от 06.02.2018 г. на Министъра на здравеопазването за изготвяне на Областна здравна карта на област Добрич, както следва: I. На територията на област Добрич има регистриран и функционира Диализен център, който разполага с 9 поста. В „МБАЛ-Добрич“ АД също има разкрити 14 диализни постове. В направеното предложение на Национална здравна карта липсва информация за броя на диализните постове, за които лечебните заведения ще сключват договор с НЗОК. II. В Приложение № 29 „Конкретни потребности от лекари и лекари по дентална медицина по специалности и от специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ за осигуряване на достъп на населението до медицинско обслужване в извънболничната помощ за област Добрич“ предлагаме да бъдат направени следните промени: 1. Промяна в брой лекари по медицинската специалност „Обща медицина“ – предложените 123 да се променят на 129. След направен повторен анализ по общини потвърждаваме, че на територията на някои от тях съществува недостиг на ОПЛ. На територията на Област Добрич има лекарски практики, които не са заети от титуляри. В някои от селата липсват трайно пребиваващи ОПЛ, затруднен е достъпът на пациентите до първичната медицинска помощ. Осигуреността на населението в някои отдалечени райони от първична извънболнична медицинска помощ е ниска. Липсата на необходим брой лекари прави невъзможно заемането на свободните практики от титуляри в разпръснати на голяма	Приема се частично съобразно посоченото в колона 4.	1. Приема се в частта за увеличение на броя на ОПЛ. Планираният брой ОПЛ в област Добрич е коригиран, предвид по-големият брой работещи ОПЛ, което формира по-висока осигуреност от средната за страната. 2. Не се приема в частта за намаления на броя на планирания брой

	територия населени места, което на практика лишава населението от първична медицинска помощ. Искането ни е съобразено с достъпа до медицинско обслужване на населението, живеещо в труднодостъпните и отдалечените райони. 2. Промяна в броя лекари по „Обща дентална медицина“ – по искане на РК на БЗС – Добрич предложените 178 лекари да се намалят на 151. Направеното предложение е депозирано с вх. № РкД-35-44 #27 от 08.05.2018 г. в Областна Администрация – Добрич, като посочени причини за искането са намаляването на населението в област Добрич и възможността на лекарите по дентална медицина да осигурят „почти пълна осигуреност на населението от дентална помощ“. 3. Промяна в броя лекари по медицинската специалност „Медицинска онкология“ – броя на практикуващите лекари в доболничната помощ да се увеличи от 1 на 3. Имайки предвид налагащата се в последните години тенденция към увеличаване на онкологичните заболявания, считаме, че следва да бъде постигната добра осигуреност на населението от специалисти по „Медицинска онкология“. Това ще гарантира стадирането и определянето на лечебната стратегия в различните етапи на болестта. Направеното предложение е депозирано с вх. № РкД – 35 – 44 от 04.05.2018 г. от РЗОК – Добрич за разглеждане от Областната комисия. 4. Промяна в броя лекари по медицинската специалност „Урология“ – броят на практикуващите лекари в доболничната помощ да се увеличи от 4 на 6. Основният мотив за това искане е липсата на структура по „Урология“ в болничната помощ на територията на област Добрич и от друга страна водещата патология на заболяванията на пикочно-половата система. Това повишава нуждите на населението от лекари с медицинската специалност „Урология“. 5. Промяна в броя лекари по медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ – броят на практикуващите лекари в доболничната помощ да се увеличи от 5 на 6. Исканото увеличение се налага от нуждата на съществуващите лечебни заведения за извънболнична помощ по тази специалност на територията на област Добрич да осигурят дейността си. 6. Промяна в броя лекари по медицинската специалност „Очни болести“ – броят на практикуващите лекари в доболничната помощ да се увеличи от 11 на 13. Основният мотив за това искане е липсата на структура по „Очни болести“ в болничната помощ на територията на област Добрич, което налага търсенето на специализирана помощ изцяло да се осъществява в доболничната помощ. 7. Промяна в броя лекари по медицинската специалност „Образна диагностика“ – броят на практикуващите лекари в доболничната помощ да се увеличи от 7 на 9, при 40-часова	лекари по дентална медицина, който е определен на база национални показатели за равнопоставена осигуреност на населението. 3. Приема се в частта за увеличаване на броят на лекарите специалисти по медицинска онкология в извънболничната помощ. 4. Не се приема в частта за увеличение на броя на специалистите по урология. Вносителът не е взел предвид обстоятелството, че броят на необходимите лекари и лекари по дентална медицина е определен на база пълна заетост, т.е. не по-малко от 40
--	---	--

	седмична заетост. Исканото увеличение се налага от необходимостта да се покрият нуждите от специалисти в съществуващите лечебни заведения за доболнична помощ на територията на областта. 8. В Проекта на Национална здравна карта в приложение № 29 не само за област Добрич, но и за целият Североизточен район не са посочени конкретните потребности от лекари, осъществяващи медико-диагностични дейности по медицинската специалност „Вирусология“. Потвърждаваме необходимостта от двама лекари по тази специалност за област Добрич, при 40-часова седмична заетост. 9. В Приложение № 32, т. X – „Анализ на състоянието в областите, относно необходимите лекари по специалности, осъществяващи медико-диагностични дейности в специализираната извънболнична медицинска помощ“, липсва Забележка 4: „Брой лекари, необходими за осигуряване на най-малко 40 часа заетост при спазване на изискванията на трудовото законодателство и чл. 81, ал. 3 и 4 от ЗЛЗ“. В случай, че седмичното работно време на лекарите, извършващи медико-диагностични дейности не се конкретизира на 40 часа, в областта ще има дефицит по медико-диагностичните специалности. В такъв случай предлагаме да се актуализира броя на необходимите лекари както следва: - Вирусология – на 4; - Клинична лаборатория – от 7 на 9; - Клинична микробиология – от 3 на 5; - Медицинска паразитология – от 2 на 4; - Обща и клинична патология – от 3 на 5; - Образна диагностика – от 7 на 10; III. В Приложение № 30 „Конкретни потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури за област Добрич“ предлагаме да бъдат направени следните промени: 1. По медицинската специалност „Ендокринология и болести на обмяната“ предложените общ брой 13 легла, от които 12 с дейност от I ниво на компетентност и 1 с дейност от II ниво на компетентност, да се преразпределят както следва: 6 легла с дейност от I ниво на компетентност и 7 легла с дейност от II ниво на компетентност. Основен мотив за това искане са изискванията на клиничните пътеки, по които работят лечебните заведения. 2. По медицинската специалност „Хирургия“ предложените общ брой 30 легла, от които 4 с дейност от I ниво на компетентност и 26 с дейност от II ниво на компетентност, да се преразпределят както следва: 10 легла с дейност от I ниво на компетентност и 20 легла с	часа седмично, като съгласно НЗК това се съобразява с трудовото законодателство (отчитайки специалности, които са с намалено работно време) и разпоредбите на чл.81, ал.3 и 4 от ЗЛЗ, т.е. че един лекар в ИБМП следва да работи не по-малко от 5 часа седмично по договор с НЗОК. Т.е. потребностите от 1 лекар по дадена специалност, работещ най-малко 40 часа седмично могат да бъдат задоволени от 1 лекар до 8 лекари-специалисти, в зависимост от продължителността на времето (часовете), в
--	---	--

	дейност от II ниво на компетентност. Основен мотив за това искане са изискванията на клиничните пътеки, по които работят лечебните заведения и нивата на структурите по „Хирургия“ в лечебните заведения за болнична помощ. 3. По медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ - да се запази предложеният общ брой от 111 легла, като броят на леглата за болнично лечение и медицински дейности в обхвата на медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“, осъществявани в структури от II или III ниво на компетентност, в съответствие с утвърдения медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“, необходими за осигуряване на медицински дейности по физикална и рехабилитационна медицина в обхвата на задължителното здравно осигуряване се увеличи от 55 на минимум 75, при запазване броя на леглата за активно лечение – 10. В Приложение № 33 от Проекта на НЗК е пояснено, че само 45 от определения брой легла (55) са предвидени за дейността на Специализирани болници по рехабилитация. Обръщаме внимание, че на територията на област Добрич са разкрити 2 СБР – СБР Тузлата и СБР Медика Албена. СБР Тузлата разполага с 60 легла, от които 26 с дейност от I ниво на компетентност и 34 с дейност от II ниво на компетентност, съгласно изискванията на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“. На СБР Медика Албена е издадено Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № СБ-450/ 19.04.2018 год. С решение на Националната комисия по чл. 32, ал. 1 от Закона за лечебните заведения е дадено положително становище за възможността на лечебното заведение да сключи договор с НЗОК за осъществяване на болнична медицинска помощ по медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ за 29 легла, за дейности изискващи II ниво на компетентност. Моля да се вземе предвид, че към момента на изготвяне на Областната здравна карта на област Добрич по утвърдената от МЗ Методика, новосъздаденото лечебно заведение не е извършвало дейност и няма отчетен такъв обем дейност, отразен в макета. Обръщаме внимание, че тази информация Ви беше предоставена в Анализ към Областна здравна карта- Добрич. Географското разположение на двете СБР предполага засилен интерес от страна на пациентите. В СБР Тузлата се осъществява лечение на пациенти от област Добрич, региона и цялата страна. Лечебното заведение разполага с дълга листа на чакащите. Налице е и лимитиране на дейността от РЗОК. В тази връзка считаме, че предложените 45 легла за СБР са крайно недостатъчни, за да покрият осъществяваната дейност и от двете лечебни заведения в обхвата на НЗОК и ще генерират още по-дълги листи на чакащите и напрежение сред пациенти и медицинската	което работят в ИБП по договор с НЗОК. 5,6 и 7. Приема се предложението за увеличаване на броя на специалистите по ФРМ от 5 на 6, по очни болести от 11 на 13 и по образна диагностика от 7 на 9. 8. Приема се бележката за липса на специалисти по вирусология. В проекта на НЗК е допусната техническа грешка, която е отстранена. 9. Забележката за 40 часовата седмична заетост е в края на Приложение 32 и се отнася за всички области в него. III,1. Не се приема предложението
--	---	--

	общност. Намаляването на броя на съществуващите легла по Физикална и рехабилитационна медицина, при положение, че не са достигнати посочените в методиката параметри за осигуреност с необходимия брой легла от този вид ощетява областта. Предлагаме в Приложение № 32 на Проекта на НЗК - раздел „Болнични легла за рехабилитация” да се посочват само необходимият брой легла, финансирани само от НЗОК. Считаме, че в Националната здравна карта не следва да се посочват легла, които няма да се финансират от НЗОК, а от други източници. Към настоящия момент и двете СБР на територията на Област Добрич разполагат с достатъчен брой легла, които се финансират от други източници, извън обхвата на здравното осигуряване.	по отношение на леглата по ендокринология. Планираното разпределение отговаря на отчетените данни за осъществени дейности по КП, изискващи съответно ниво на компетентност. През 2017 г. в областта няма отчетена дейност по КП, изискващи второ ниво на компетентност, поради което е планирано 1 болнично легло. III,2. Приема се предложението в частта за леглата по хирургия. III,3. Приема се частично предложението за увеличаване на броя на леглата по ФРМ от 55 на 65, предвид отчетената ниска използваемост на този вид легла –
--	---	--

			56 % и липсата на допълнителни аргументирани мотиви в предложението.
49. Георги Терзийски, областен управител на област Ловеч вх. № 20-00-354/22.05.2018 г.	Във връзка с общественото обсъждане на проекта на НЗК изпращаме Протокол от проведено заседание на комисията за изработване на областна здравна карта на област Ловеч и постъпилите становища на представителите на комисията. 1. Протокол от заседание на комисията за изработване на областна здравна карта на област Ловеч, проведено на 14.05.2018 г. (Приложение № 16 към справката) 2. Становище от д-р Димитър Димитров, представител на община Ловеч По повод предстоящото заседание на Комисията за изработване на Областна здравна карта Ви запознавам със становището на община Ловеч относно проекта на Национална здравна карта. Община Ловеч е съакционер в МБАЛ „проф. П. Стоянов“ АД, гр. Ловеч с 12,55 процента дялово участие. Лечебното заведение е в тежко финансово състояние с просрочени стари задължения и запорирани сметки. Това доведе до липса на консумативи и медикаменти, затрудняване на изпълнението на трудовите задължения, забавяне изплащането на възнаграждения за положен труд и напускане на квалифициран персонал от лекари и специалисти по здравни грижи, с последващо закриване на отделения. Притеснителен е фактът, че намаляване на леглата за активно лечение в определени специалности, за които в момента м МБАЛ-Ловеч няма необходимите специалисти ще доведе до преразпределение на тези легла между другите лечебни заведения в областта и това ще окаже неблагоприятно влияние върху евентуалното ново разкриване на закритите поради липса на специалисти отделения в болницата. Прави впечатление и това, че за област Ловеч няма предвидени легла за специалностите Гинекология и Патологична бременност. Във връзка с гореказаното предлагам: - Леглата за медицинска дейност Кардиология да бъдат 73, толкова колкото са предложени от Областната комисия; - Леглата за медицинска специалност Гастроентерология да бъдат 24, толкова колкото са предложени от Областната комисия; - Леглата за медицинска дейност Ортопедия да бъдат 17, толкова колкото са предложени от Областната комисия;	Приема се частично	Виж мотивите по т.2 и 11 от таблицата

	- Леглата за медицинска дейност Педиатрия да бъдат 92, толкова колкото са предложени от Областната комисия; - Да бъдат предвидени легла по медицинска дейност Гинекология – 13 и медицинска дейност Патологична бременност – 14, толкова колкото са предложени от Областната комисия. 3. Становище на д-р Дудевска, управител на СБАЛББ-Троян ЕООД (получено в МЗ и описано в т. 2 от справката) 4. Становище от д- Невелина Ганева, управител на МБАЛ „Д-р Ангел Пашев“, Тетевен На проведените заседания на Областната комисия по изготвяне на НЗК, след направен задълбочен здравно-демографски анализ на областта и на броя на стационарните легла по видове, както и в пълно съответствие с принципите и изискванията, заложи в Методиката на МЗ (чл. 29, т. 6 от ЗЛЗ), комисията се обедини около становището, че функциониращата система в настоящия момент болнични и извънболнични заведения в област Ловеч е в състояние напълно да отговори на здравните потребности на населението. За това буди недоумение фактът, че в Проекта на МЗ разкритите съществуващи практики за извънболнична помощ по базови клинични специалности като кардиология, пулмология, травматология, хирургия са значително редуцирани. В проектът на здравна карта на областната комисия се запазва настоящия брой и разпределението на леглата по специалности и нива за болничните заведения и в частност за МБАЛ – Тетевен като оптимизиран и отговарящ на реалните нужди на населението от здравни услуги, на реалната заболяемост и масовата патология, характерна за региона, като подsigурява на хората възможност за достъп до квалифицирана болнична помощ. Така предложеният Проект за обсъждане на НЗК от МЗ се разминава категорично с изготвения такъв от комисията гр. Ловеч. В проекта на МЗ за здравна карта буди тревога следното: 1. Намален е общия брой на леглата за активно лечение за област Ловеч по специалности от налични 621 и предложени от областната комисия 650 легла, са намалени на 526 или с 124 легла (при максимален брой, определен по Методиката 599). 2. Премахнати са напълно непрофилираните вътрешни легла, които преди 3 години ни бяха вменени като задължителни от РЗИ и МЗ в структурата на лечебните заведения. От нас се изискваше да отчитаме дейност върху тях, която дублираше тази от профилираните легла от разрешителното за дейност на болницата. Това премахване на непрофилираните легла би трябвало да намери отражение и да бъде компенсирено с увеличаване броя на профилираните		
--	--	--	--

	вътрешни легла по специалности, а самите те в предложения проект на МЗ даже са намалени с 47 легла. 3. Предвидените брой легла и структури по нива на компетентност за област Ловеч не е съобразен с реалната, заболяемост и реалните потребности от болнично лечение по съответните специалности и т.н. по отношение на неврологичните легла е намален броя на леглата като цяло и драстично на тези от второ ниво – от 73 на 26 легла, при положение, че и четирите болници в областта имат отделения с второ ниво на компетентност. 4. Кардиологичните легла като цяло за областта – намалени от 83 на 54. Крайно недостатъчни за област със застаряващо население и нарастваща заболяемост от сърдечно съдови заболявания. 5. Такава тенденция към редукция на леглата се забелязва и при нефрологичните, педиатричните и хирургичните легла в несъответствие с Методиката на МЗ. Така например при максимален брой легла хирургични по Методика 150 легла и налични 116, те са намалени на 82. 6. В проекта за Национална здравна карта изобщо не фигурират легла по ортопедия и травматология – първо ниво на компетентност за цялата област при съществуващите досега има 7 такива първо и 10 второ ниво, което ще доведе до отпадане на цяла една специалност, фигурираща в разрешителното за дейност на МБАЛ Тетевен и за изпълнението на която болницата разполага с двама ортопеди със специалност, отговарящи на всички изисквания и покрива критериите по стандарт. Имайки предвид, че тетевенския район поради близостта му до автомагистралата София-Варна е с подчертана концентрация на транспортен и битов травматизъм и че областната болница се намира на разстояние повече от 70 км., то това ще доведе до сериозно затруднение в обслужването на пациентите с такава патология. 7. В съответствие с чл. 29, т. 7 от ЗЛЗ, при изготвяне на НЗК би трябвало да се има предвид, че МБАЛ Тетевен обслужва населението от 2 общини Ябланица и Тетевен с 27 хил. души. Районът е планински и полупланински, труднодостъпен с лоша инфраструктура и лоши транспортно-комуникационни връзки особено през зимния сезон. Отдалечен е на повече от 70 км. От Областна болница гр. Ловеч, а някои населени места в общината и повече от 100 км от Плевен и София. Обслужването население в голямата си част е бедно и застаряващо, с висок % безработица, висок % неосигурени, за което МБАЛ Тетевен единствената възможност да получат навременна и квалифицирана лекарска помощ. 90% от болните се приемат по спешност в тежко състояние, което не позволява пренасочването им към други болници. 8. В резултат на настъпилите финансовите и кадрови проблеми в Областна болница гр. Ловеч се затвори няколко основни отделения, а съществуването на други е под въпрос и		
--	--	--	--

	техните пациенти се самонасочиха и се обслужват от Общинските болници в областта и в частност от нашата. Това е видно от повишения прием на пациенти от близките села от началото на годината и отчитане на надлимитна дейност от 32 хил. лева за МБАЛ – Тетевен поради повишено търсене и увеличен пациентопоток. Редукцията на леглата заложена в Проекта за НЗК на МЗ ще доведе до закриване на цели структури, ще затрудни сериозно дейността на МБАЛ – ТЕТЕВЕН – д-р А. Пашев ЕООД и ще намали значително възможностите на лечебното заведение да покрие нуждите на населението от адекватна болнична помощ. Това ще наруши законовото право на пациентите от района да им бъде осигурено качествено, навременно и достъпно здравеопазване. 9. Ето защо не трябва да се допуска приемането на проекта на НЗК на МЗ, изготвен в не съответствие на принципите на Методиката за изработване на НЗК. 5. Становище от д-р Ив. Иванов – представител на община Луковит и д-р Галина Стоянова – представител на БЛС гр. Ловеч Изготвянето на Областна здравна карта на област Ловеч е с цел оптимизиране на здравното обслужване на населението, осигуряване на адекватна и навременна медицинска помощ. Областната комисия за изработване на ОЗК проведе заседания на 23.02.2018 и на 03.05.2018г. направи се задълбочен анализ и напълно с изискванията на методиката на МЗ, съобразявайки се с предоставените ни факти и цифри, комисията се обедини около становището, че съществуващата и функционираща система от лечебни здравни заведения в област Ловеч. Към настоящия момент е в състояние да отговори на потребностите на населението от болнична помощ. Крайно тревожен е фактът, че така предложения Проект за обсъждане на НЗК и в частност на Областна ЗК за област Ловеч, се разминават категорично с изготвения проект на Областната комисия за изготвяне на ОЗК за област Ловеч. 1. Предвиденият брой лекари в извънболничната помощ – ПИМП, СИМП и дентална медицина, отразен в съответните таблици отговаря на нуждите за областта. Да се запази съотношението за медицински специалисти, както следва: 1:1 за извънболнична помощ и 1:2 за болнична помощ, независимо от настоящия дефицит. Психиатричната помощ на територията на Община Луковит, се осъществява от ДПБ Карлуково, макар че както и ДПБ-Ловеч са болници с национално значение, финансирани изцяло от МЗ и да бъде напълно съобразена със становището на директора на ДПБ Карлуково. 2. Функциониращата система от болнични заведения в област Ловеч е оптимизирана и отговаря на потребностите на населението от болнична помощ. Направеното предложение		
--	---	--	--

	от ОК за изготвяне на ОЗК определи броя на леглата по специалности, като считаме, че това е оптималния такъв. Що касае становището ни конкретно за МБАЛ Луковит, имаме следното предложение: Считаме, че броя на леглата трябва да бъде – 100 легла за активно лечение и 8 легла за продължителна лечение, съответно: Терапевтично отделение – общо 30 легла II-ро ниво на компетентност в т.ч.: Ендокринология – 8 легла Пулмология – 7 легла Кардиология – 15 легла Неврологично отделение – общо 20 легла, в т. ч. 16 за активно и 4 интензивни легла, II-ро ниво на компетентност. Хирургично отделение – общо 15 легла, в т. ч. 11 за активно лечение и 4 интензивни легла. Детско отделение – 20 легла Акушеро-гинекологично отделение – общо 15 легла, в т. ч. 11 акушеро-гинекологични и 4 неонатологични. От 11-те АГ-родилен сектор – 4, гинекологични – 2, патологични – 5. Твърдо отстояваме становището си, въпреки че % на използваемост на легловия фонд не е 100%, тъй като всички работим в условията на лимитирана дейност, което ограничава брой на хоспитализациите. 3. Общият брой на леглата за активно лечение за област Ловеч е намален драстично от налични 621 и предложени 650 от ОК за изготвяне на ОЗК, са намалени на 526 или с 124 легла (при максимален брой 599, определен от Методиката). 4. Премахнати са напълно непрофилираните легла по вътрешни болести, които преди 3 години ни бяха вменени като задължителни от РЗИ и МЗ в структурите на лечебните заведения. 5. Предвидените брой легла и структури по нива на компетентност за Област Ловеч не са съобразени с реалната и актуална социалнозначима заболяемост и потребности на населението от болнично лечение по съответните специалности. Броят на неврологичните легла е намален ирационално драстично на тези от II-ро ниво на компетентност от 73 на 26 като се има предвид, че съществуващите неврологични отделения в областта са II-ро ниво на компетентност. 6. Драстично е намален броя на хирургичните легла от I-во ниво на компетентност. В областната здравна карта от Комисията са предложени 15 броя хирургични легла, а предложението на МЗ е за 7. Считаме категорично, че този намален брой ще доведе до закриване на хирургичното отделение в Луковит, а това ще лиши напълно населението от хирургична помощ.		
--	--	--	--

	7. За трите болници са предвидени легла само за акушерска помощ, а тези за родилна са намалени драстично, и не са предвидени такива за гинекологична и патологична помощ за цялата област. МБАЛ Луковит е в най-отдалечената точка от областната МБАЛ . гр. Ловеч, намира се на главен път София-Букурещ, което значително повишава риска от травматизъм, обслужва голям район от гр. Ябланица до Долен чифлик, рисков регион със застаряващо население и с над 40% малцинствено население, по-голяма част от които здравно-неосигурени, с висока раждаемост и наличие на много деца. Независимо от добрата ни колаборация с филиала на СМП, работата понякога е затруднена от необезпечеността му с достатъчно висш медицински персонал. Гореизложените мотиви ни задължават да настояваме за така предложените от нас брой легла, както за област Ловеч в частност за МБАЛ Луковит. В резултат на настъпилите финансови и кадрови проблеми в МБАЛ Ловеч се затвори няколко отделения, а съществуването на други е под въпрос и пациентите се самонасочиха и се обслужват от общинските болници в областта. Намаляването на броя и закриването на някои видове легла, заложи в Проекта на МЗ за ОЗК ще затрудни силно работата на Общинските болници, в т.ч. МБАЛ Луковит. Надяваме се, че Комисията за изготвяне на ОЗК ще се съобрази с нашето становище. 6. Становище от д-р Радослав Иванов – представител на РК на БЛС След като разгледахме предложените параметри на новата НЗК за област Ловеч, които се различават значително от постигнатите такива на областно ниво, считаме за неприемливо да подкрепим предложенията на министерството на здравеопазването за НЗК – 2018г. Новите параметри ще доведат до невъзможност болничните заведения от областта да функционират нормално и ще затрудни още повече достъпа на здравноосигурените пациенти от областта до адекватна болнична помощ. Настояваме в окончателния вариант на НЗК за област Ловеч, да се запази броят и нивата на компетентност на леглата във вида, който беше договорен на нивото на Областната комисия. 7. Становище от д-р П. Бамбов, член на КОЗК, представител на община Троян (получено в МЗ и отразено в т. 11 от справката)		
50. Д-р М. Симеонова, г. директор на ИАТ	Във връзка с обществените консултации по Проекта на решение на Министерски съвет за утвърждаване на Национална Здравна карта на Р България и след като подробно се запознахме с него, излагаме следното становище.	Приема се	Планираните потребности от дейности по

вх. № 20-00-354/23.05.2018 г.	В Приложение № 23 от Проекта на национална здравна карта, Раздел VI. Вид, брой и разпределение на извършваните в областта високотехнологични методи за диагностика и лечение и наличната за тяхното прилагане високотехнологична медицинска апаратура за област София (столица) установихме някои неточности. - „Трансплантации на бял дроб - наличен брой 0“. Коментар: към момента в страната не се извършват белодробни трансплантации, но две болници притежават Разрешение за извършването им - УБ „Лозенец“ и УМБАЛ „Света Екатерина“. - „Трансплантация на бъбрек – наличен брой 1 (УБ „Лозенец“)“. Коментар: бъбречни трансплантации се извършват също в УМБАЛ „Александровска“, а УМБАЛСМ „Пирогов“ има издадено разрешение за извършване на бъбречни трансплантации. - „Трансплантация на панкреас – наличен брой 1 (ВМА-София)“. Коментар: към момента не се извършва трансплантация на панкреас в България. Само една болница УБ „Лозенец“ притежава разрешение за извършване на трансплантация на панкреас. - „Трансплантация на хемопоеични стволови клетки – наличен брой 1 (УСБАЛХЗ)“. Коментар: В УМБАЛ „Царица Йоанна“ също се извършват трансплантации на хемопоеични стволови клетки в Клиниката по детска онкохематология. Нещо повече, единствено в тази клиника се извършват костномозъчни трансплантации при деца. В Приложение 16 също е пропуснато да се отрази, че в УМБАЛ „Свети Георги“- Пловдив се извършва трансплантация на стволови клетки. Предвид гореизложеното предлагаме В Приложение № 34 да бъдат коригирани установените неточности. По повод разпределението на центровете за трансплантация на органи в страната считаме, че е необходимо да се изискат становищата на националния консултант по трансплантология и председателя на Българското Дружество по Трансплантология.		трансплантация в Приложение 34 са съобразени с посочените обстоятелства.
51.Ив. Статев, областен управител на област Силистра вх. № 20-00-354/23.05.2018 г.	При прегледа на публикувания проект на НЗК и след проведено заседание на 21.05.2018 г. на комисията по изработване на ОЗК за област Силистра, предлагаме: I. В проекта на ОЗК за област Силистра да бъдат включени: 1. 14 легла по ортопедия и травматология с II-ро ниво на компетентност, които осигуряват дейността в единствената лечебна структура по ортопедия и травматология в област Силистра, каквато е отделението по Ортопедия и травматология в МБАЛ Силистра. Същите са заявени в макета на ОЗК-Силистра за 2018 г., но липсват в публикувания проект. 2. 19 легла по вътрешни болести (непрофилирани) – 7 легла с I-во ниво на компетентност и 12 легла с II-ро ниво на компетентност. Същите са заявени в макета на ОЗК-Силистра за 2018	Приема се частично.	1. Приема се в частта за леглата по ортопедия и травматология Виж мотивите по т. 39. 2. Не се приема в частта за легла по ВБ

	г., но липсват в публикувания проект. 3. 16 броя диализни постове, които са действащи и обслужват пациентите, нуждаещи се от хемодиализа в единствената структура по Хемодиализа в МБАЛ-Силистра. Същите са заявени в макета на ОЗК-Силистра за 2018 г., но липсват в публикувания проект. 4. Високотехнологичната дейност по In vitro за асистирана репродукция, която извършва МЦ „Св. Ив. Рилски“ в гр. Тутракан. Тази дейност е заявена в макета на ОЗК-Силистра за 2018 г. с 2 метода на работа, но липсват в публикувания проект. 5. Още 1 структура по Обща и клинична патология, която е съществуваща и работеща в МБАЛ-Тутракан. В проекта е предвидена 1 структура, при заявени 2. Двете структури (в МБАЛ-Силистра и МБАЛ-Тутракан) са работещи и позволяват в съответната болница да се извършват дейности, изискващи такава структура на територията на населеното място. В подкрепа на това становище на ръководството на МБАЛ-Тутракан са посочени сериозни мотиви, които биха довели до срив в работата на лечебното заведение. МБАЛ-Тутракан изпълнява обхватна по обем и нива на сложност хирургична дейност по две медицински специалности („акушерство и гинекология“ и „хирургия“), като обслужваните клинични пътеки изискват II-ро ниво на компетентност, каквато притежават, както и структура по обща и клинична патология за преобладаваща част от клиничните пътеки. Лечебните структури са с високи акредитационни оценки от 2017 г. Структурите по обща и клинична патология обслужват както болничната медицинска дейност, така и извънболничната, като осигуряват гарантиран достъп на пациентите от областта и региона. И двете структури разполагат с възможност за извършване на патоанатомични аутопсии. II. В проекта на ОЗК за област Силистра да бъдат направени следните корекции, свързани с увеличаване на брой легла: 1. Увеличение с 1 леглата по неонатология (от 18 на 19) и разпределени, както следва: 12 легла с I-во ниво на компетентност и 7 легла с II-ро ниво на компетентност. III. В проекта на ОЗК за област Силистра да бъдат направени следните корекции, свързани с разпределение на болнични легла по нива на компетентност: 1. Разпределение на публикуваните в проект общо 50 легла по кардиология, както следва: 20 легла с I-во ниво на компетентност, 20 легла с II-ро ниво на компетентност и 10 легла с III-то ниво на компетентност. 2. Разпределение на публикуваните в проект общо 50 легла по нервни болести, както следва: 20 легла с I-во ниво на компетентност и 30 легла с II-ро ниво на компетентност. 3. Разпределение на публикуваните в проект общо 58 легла по акушерство и гинекология, както следва: 28 легла с I-во ниво на компетентност и 30 легла с II-ро ниво на компетентност.	непрофилирани. В НЗК (Забележка № 5 на Приложение 31) изрично е посочено, че планираните потребности от медицински дейности, осъществявани на легла по вътрешни болести – непрофилирани са планирани в рамките на леглата за медицински дейности по определени други медицински специалности (кардиология, ендокринология, пневмология и фтизиатрия и др.) и могат да се осъществяват в структури по медицинската специалност вътрешни болести или структури по съответната друга
--	--	---

	В проекта на НЗК за терапевтичните и АГ леглата са предвидени само по 38-39% легла с II-ро ниво на компетентност при преобладаващ вид и брой клинични пътеки, които изискват II-ро ниво на компетентност. този дисбаланс ще затрудни дейността на някои болнични структури, които имат II-ро ниво на компетентност и са обезпечени с квалифицирани лекари и апаратура за изпълнение на КП изискващи II-ро ниво на компетентност, с което осигуряват достъп на пациентите от областта и региона за медицинска помощ. IV. В проекта на НЗК за област Силистра да бъдат направени следните корекции, свързани с увеличаване на брой лекари-специалисти в извънболничната помощ за специалностите: • Гастроентерология – увеличение с 1 (от 3 на 4), • Нефрология – увеличение с 1 (от 2 на 3), • Пневмология и фтизиатрия – увеличение с 1 (от 3 на 4), • Урология – увеличение с 1 (от 2 на 3), • Физикална и рехабилитационна медицина – увеличение с 1 (от 3 на 4), • Клинична микробиология – увеличение с 1 (от 2 на 3), • Обща и клинична патология – увеличение с 1 (от 2 на 3), • Образна диагностика – увеличение с 1 (от 4 на 5).	медицинска специалност. 3,4. Не се приема в частта за диализните постове и дейностите по <i>in vitro</i>, които не са обект на планиране в НЗК. 5. Не се приема в частта за структурите по клинична патология. В НЗК (Приложение 31, заб. 15 и Приложение 33) изрично е посочено, че в НЗК се планира минималния брой структури по клинична патология с регионално значение, задължително осъществяващи и дейност по извършване на патоанатомични аутопсии, а не всички структури по клинична
--	--	---

			патология. В този смисъл няма никаква пречка и двете налични структури в областта да продължат да функционират. II,1. Приема се в частта за увеличение на броя на леглата по неонатология за дейности от II ниво от 6 на 7. III,1. Не се приема в частта за преразпределение на леглата по кардиология по нива на компетентност. Отчетената дейност по КП, изискващи най-малко II ниво на компетентност в област Силистра формира по-малко от 1 фактически заесто легло. Намалението на броя на леглата за
--	--	--	--

			дейности от I ниво от своя страна няма да гарантира изпълнението на реализираните до момента дейности по кардиология в областта. III,2. Приема се предложението за преразпределение на леглата по нервни болести, предвид отчетените данни за дейности по КП със съответното ниво на компетентност. III,3. Приема се частично при разпределение 30 легла за дейности от I ниво и 28 легла за дейности от II ниво, съобразно отчетените данни за дейности по КП. IV. Не се приема в частта за броят на лекарите и
--	--	--	--

			лекарите по дентална медицина в извънболничната помощ. В допълнение в предложението не е отчетено обстоятелството, че броят на необходимите лекари и лекари по дентална медицина е определен на база пълна заетост, т.е. не по-малко от 40 часа седмично, като съгласно НЗК това се съобразява с трудовото законодателство (отчитайки специалности, които са с намалено работно време) и разпоредбите на чл.81, ал.3 и 4 от ЗЛЗ, т.е. че един лекар в ИБМП следва да работи не по-малко от 5 часа седмично по
--	--	--	---

			договор с НЗОК. Т.е. потребностите от 1 лекар по дадена специалност, работещ най-малко 40 часа седмично могат да бъдат задоволени от 1 лекар до 8 лекари-специалисти, в зависимост от продължителността на времето (часовете), в което работят е ИБП по договор с НЗОК.
52. д-р Емил Грашнов, управител на „ЦПЗ – София“ ЕООД вх. № 20-00-354/23.05.20108 г.	Обръщам се към Вас, във връзка с проекта за намаляване на броя легла в ЦПЗ ”София” ЕООД, гр. София, бул.”Сливница” №309, от 60 легла, както са към момента, на 43. През изминалите години и до момента ЦПЗ ”София” ЕООД има 60 легла, където се лекуват както пациенти от София област, така и пациенти от град София и пациенти от страната. Центърът приема пациенти по спешност 24-тири часа в денонощието, както и настанени на задължително лечение по Закона за здравето, настанени от районните съдилища в страната. Пациенти с остри психози, делири, възбуди и др. спешни състояния в психиатрията, както и пациенти с придружаващи соматични състояния. Предоставям обобщена справка за използваемостта на леглата и оборота им за първите четири месеца на настоящата година, както и за 2017, 2016 години. Използваемост в проценти за 2016 г. – при 60 легла – 91,22 % При 43 легла – 127,28 % Използваемост в проценти за 2017 г. – при 60 легла – 87,12 % При 43 легла – 121,56 % Използваемост в проценти за м. 1- 4 от 2018 г. – при 60 легла – 85,67 %	Приема се.	Допусната е техническа грешка в Приложение № 30, където са отбелязани 43 легла. В Приложение № 32 конкретните потребности от психиатрични легла са определени на 60 бр.

	При 43 легла – 119,54 % Преминали болни през 2016г. – общо 959 От тях от Софийска област – 532 Други – 417 Преминали болни през 2017г. – общо 833 От тях от Софийска област – 496 Други – 337 Преминали болни за месеци 1- 4 от 2018г. – общо 230 От тях от Софийска област – 136 Други – 94 Сравнителните анализи показват, че при 43 легла съгласно Проекта за здравна карта и при настоящия брой преминали болни, използваемостта на леглата ще надхвърли значително 100 %. / Приложение 1, 2 и 3/ Следователно, значима част от пациентите не биха могли да бъдат хоспитализирани и да получат лечението, от което се нуждаят. Също така намаляването на леглата от 60 на 43 би довело до затваряне на „ЦПЗ - София” ЕООД в рамките на един - два месеца поради финансови причини, тъй като същият се финансира основно по Методиката за субсидиране на лечебни заведения през 2018г.		
53. УС на СОББ, вх. № 20-00-354/23. 05.20108 г.	За основа на нашето становище да приемем, че НЗК е приета и се използва така както е обвързана с останалите действащи законови и подзаконовни 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 г., 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.	Липсват конкретни предложени, свързани със съдържанието на проекта на нормативен акт.	

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, колоната 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 НЗК 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 техни пари. СОББ счита, че така създадените нови условия за оказване на болнична медицинска помощ чрез НЗК 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 НЗК. 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 НЗК е инструмент за провеждане на националната здравна политика на териториален принцип. Неговото задължително ползване е дефинирано в Конституцията 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. Териториалното деление и правомощията на столичната община и на другите големи градове се определят със закон.		
--	--	--	--

	Единствено по този начин могат да се реализират 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. За това съгласно ЗЛЗ 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 ЗЗО 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 ЗЛЗ 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 дефинираните потребности 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 дадената територия групови потребности от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ по видове медицински дейности формира Здравната 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. За пример да погледнем област Бургас.			
	2015 г.	2018 г.	
Област Бургас	69 623 069	30 359 558	4
месеца			
Аджибадем Сити Клиник СБАЛК Бургас	6 736 626	9,68%	2 396 660 7,89%
МБАЛ БУРГАСМЕД 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 БУРГАСМЕД ЕООД нараства с близо 1,5 пъти, а МБАЛ Поморие ЕООД намалява с 1/3. Населението, което ползва тази помощ е е едно и също. Потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ се задоволяват чрез стопанска дейности на регистрираните или лицензирани в Република България лечебни заведения. Стопанската дейност на предприятията е в основата на съществуването на икономиката и обществото като цяло и затова тя е регламентирана с два члена в конституцията 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 Закона 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 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 г.		
--	--	--	--

	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 създаването на НЗОК. Областните здравни карти се изработват съгласно Методика за изработване на областна здравна карта, но за целта е необходимо следното, съгласно т. II. II. 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 изработване 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: 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 до 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 <table><tr><td>Средно за страната</td><td>240,50 лв.</td></tr><tr><td>Пловдив</td><td>395,32 лв.</td></tr><tr><td>София</td><td>390,93 лв.</td></tr><tr><td>Варна</td><td>237,36 лв.</td></tr><tr><td>Стара Загора</td><td>185,01 лв.</td></tr></table>	Средно за страната	240,50 лв.	Пловдив	395,32 лв.	София	390,93 лв.	Варна	237,36 лв.	Стара Загора	185,01 лв.	
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 – Ст. Загора и Варна. От друга страна Пловдив дори подминава 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 междубластни различия, но мащаба на тези е такъв, че няма обяснение, свързано със здравните потребности на обществото. 3. За период по-голям от 4 години 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 здравеопазването да задоволи съществуващите медицински потребности. Съгласно посочената Методика за изготвяне на областна здравна карта „оценката ще отразява в анализ на състоянието на системата на здравеопазване в областта, съдържаща синтезирана аналитична информация, представена в следната структура: 2. Състояние и тенденции в развитието на системата на 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 ЕС и се бори за първото място в света. За илюстрация от предложената за обсъждане НЗК може да се погледнат планираните легла за специалност Ендокринология и болести на обмяната Настоящо състояние Конкретни потребности		
--	---	--	--

	Общо				Общо				Население	ж/л
	1-во	2-во	3-во	легла	1-во	2-во	3-во	легла		
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 ЗЛЗ такава връзка няма. Чл. 32. (Изм. - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.) (1) (Доп. - ДВ, бр. 72 от 2015 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 медицинските дейности само лечебната дейност има ниво. Тъй като в НЗК 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 извършват 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 лечебни заведения. Ако тази промяна, синхронизирана с промени в другите специалности се разпредели в по-малък броя лечебни заведения, те ще фалират. С цел недопускане на съществуването на подобно състояние и подобряването му за бъде 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 ЗЛЗ, здравната карта е управленски инструмент за цяла сфера от дейността на държавата. Когато значението ѝ е толкова голямо и състоянието на здравната система 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: Наредбата 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: 1. описание на проблема или на въпросите, които биха обосновали действие от страна на държавните органи; 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 Еростат да придаде обективност на всичко това, при положение, че дори непредубедените анализи посочват задълбочаващият се разпад на здравната система. Още по-голяма недоумение буди разпределението на терапевтичните легла по специалности. Ако спазваме тази логика би следвало педиатричните легла да ги разделим по дължина.		
--	---	--	--

	С тези изисквания се елиминира действието на забраната, че не може да се ограничава стопанска дейност на Закон за защита от дискриминация чл. 32 (2), цитиран по-горе. В тази посока се е произнасяла Комисия за защита на конкуренцията с Решение № 1193 от 18.09.2013г. 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 пазара, 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, Министерството 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 9.5.2008г. 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 базата на 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 е 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 непрекъснатата, 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 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 спешна 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 допускали 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 и фатален изход от неоказана медицинска помощ? Считам, че съобразявайки се с всички изложени до тук обстоятелства, не е възможно приемането на предлагана здравна карта поради: - Несъответствие на изискванията на нормативни документи извен 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. Нагрупуването на толкова много неблагоприятни обстоятелства при създаването на Националната здравна карта предполагат негативно 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.		
54.Д-р Близнаков, изпълнителен	Сл.	Във връзка с публикувания проект на НЗК Ви уведомявам следното: Предложения проект на НЗК в частта си за София област, Приложение № 22 към т. I, подточка 1 във връзка с Приложение № 30, към т. I, подточка 3 не взема под внимание реалните	Приема се частично.	1. Приема се в частта за леглата по ревматология.

директор на УМБАЛ „Св. Анна“ София вх. № 20-00-354/23.05.2018 г.	потребности на населението в областта от достъп до болнична медицинска помощ при променените реалности. УМБАЛ „Св. Анна“ София АД обслужва София-област, която според раздел I на Приложение № 22 към т. I, подточка 1 на проекта на НЗК, здравно-демографските данни за Софийска област е с население от 234 184 души. А отделно от това и общините на гр. София както следва – Искър, Младост, Студентска, Панчарево с население над 400 000 души. Трябва да се вземе предвид и още един факт: съгласно Хартата за правата на пациента в болницата се лекуват пациенти от цялата страна – средно 15 %-17% от преминалите пациенти. През последните 3 години лечебното заведение разшири своята дейности особено в областта на ревматологията, инвазивната кардиология, ортопедията и травматологията и други специалности. В проекта не са предвидени най-вече именно тези факти. По отношение на ревматологията може да се каже следното: Съгласно ОЗК са разкрити общо 8 ревматологични легла, от които 4 в УМБАЛ „Св Анна“ София АД и 4 в МБАЛ Елин Пелин ЕООД. Второто ЛЗ не може да изпълнява тази дейности поради липсата на специалисти по ревматология. Видно от Приложение № 30 към т. I, подточка 3 за Софийска област са определени потребности за брой легла и по нива на компетентност, в графа Ревматология – 0 легла. Така определените нулеви потребности от ревматологични легла лишават над 16 000 регистрирани пациенти с ревматологични заболявания от достъп до медицинско обслужване в региона. Липсват обективни предпоставки, които да обосноват подобно драстично изменение на потребностите на населението от достъп до медицинска болнична помощ по заболявания от вида на костно-мускулната система и на съединителната тъкан – ревматологични. При сходна по обем заболяемост, както и при инеднитчна здравно-демографска картина в отменената от Върховния административен съд НЗК, за София област бяха определени като потребности 13 бр. болнични легла за дейност Ревматология. Във връзка с гореизложеното предлагам да се отчетат реалните потребности от болнични легла за дейност Ревматология за София област, като се определят не по-малко от 8ревматологични легла на УМБАЛ „Св Анна“ София. По отношение на специалността „Ортопедия и травматология“: УМБАЛ „Света Анна“ София АД привлече екипа на цяла една клиника по специалността от друго лечебно заведение и дейността нарасна близа два пъти за първите 4 месеца на текущата година. Това наложи увеличението на ортопедичните легла от 20 на 44 считано от 01.03.2018г. За промяната по надлежен ред беше уведомено министерството на здравеопазването чрез		2. Приема се частично в частта на леглата по ОТО 3. Не се приема в частта за легла по кардиология от III ниво с регионално значение. Виж мотивите по т.40
---	--	--	--

	РЗИ – Софийска област. При така увеличения обем на дейност в момента използваемостта на легловия фонд при 44 легла е около 85-87%. Следва да се отчете факта, че клиниката по ортопедия и травматология е с трето ниво на компетентност, което обуславя осъществяването на най-сложните оперативни намеси при пациентите със заболявания по тази специалност. Инвазивна кардиология по приложение 22 от проекта са предвидени 20 легла от 3-то ниво. Честотата на заболяванията, касаещи този вид патология предполага по-широко представителство. Считам, че на този етап 32 легла ще удовлетворят потребностите на населението. От тези легла, 8 са в интензивно кардиологично отделение, което обслужва спешни кардиологични случаи (инфаркти, белодробни емболии, ритъмни и проводни нарушения, шок) в един много голям район от София-град и София – област. Освен това в клиниката се осъществяват инвазивни процедури, които не се извършват в други клиники у нас (клапни балонни дилатации, етанолова аблация и др.). Клиниката има водещо място при лечението на ритъмните и проводни нарушения чрез имплантирани специализирани електрокардиостимулатори. От 2017г.са въведени широко електрофизиологичните методи за лечение на ритъмни нарушения, като клиниката е една от четирите в страната, които прилагат тази методика и тенденцията е тази дейност да се разширява. Моля при обсъждането в работната група за изготвянето на здравната карта тези мои съображения да бъдат взети предвид.		
55.Силвия Георгиева – Изпълнителен директор на НСОРБ вх. № 20-00-354/23.05.2018г.	Във връзка с нормативно определения срок за обществено обсъждане, НСОРБ направи проучване сред общините, на територията на които има лечебни заведения и проведе дискусия за обсъждане на предложения от МЗ проект на Национална здравна карта в рамките на Постоянната комисия по здравеопазване на НСОРБ. Ползвам случая да благодаря за ползотворното участие в дискусията на заместник-министър д-р Бойко Пенков и д-р Бенишев, които в спокоен и конструктивен тон разясниха някои от нашите открити въпроси. В тази връзка Ви изпращаме становището на НСОРБ по проекта на Национална здравна карта. НСОРБ настоява проекта на НЗК да бъде съобразен с Областните здравни карти, изготвени от областните комисии които са широко консултирани и приети и съдържат: • Данни за демографската структура, заболяемостта по групи заболявания и по възраст и хоспитализирана заболяемост на населението на територията на областта; • Вида, броя и разпределението на съществуващите в областта лечебни заведения;	Не се приема.	Изготвените по утвърдения Образец и приети от съответните Областни комисии Областни здравни карти на 28-те области в страната са включени като Приложения 1-28 в проекта на Национална здравна карта вида, в който са

	• Необходимия минимален брой на лекарите, лекарите по дентална медицина и на специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ в по специалности; • Броя на общопрактикуващите лекари, лекари по дентална медицина по специалности и броя на специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ в областта; • Броя на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове и разпределението им по лечебни заведения и по нива на компетентност на съответните структури; • Данни за вида, броя и разпределението на извършваните в областта високотехнологични методи за диагностика и лечение и наличната за тяхното прилагане високотехнологична медицинска апаратура. Както и предложенията към тях за: • Разпределението на броя на леглата; • Медицинските дейности по видове; • Броя на лекарите и специалистите. Определени съобразно потребностите на населението в съответната област по ред, определен с методиката, утвърдена от Министъра на здравеопазването. Мотиви: При изготвянето на областните здравни карти и предложенията към тях са спазени всички изисквания на ЗЛЗ, съгласно утвърдената от Вас Методика. Националната здравна карта има за цел да определи и планира на териториален принцип потребностите на населението от достъпна медицинска помощ. Така предложеният проект на НЗК на определя тези потребности, а обратното – залага рамка, в която тези потребности трябва да се реализират. При определянето на потребностите от медицинска помощ трябва да се гарантират основните принципи – за достъпност и равнопоставеност на медицинската помощ, при достатъчна по обем, своевременна и качествена медицинска помощ. С новата НЗК не бива да се допускат диспропорции, които ощетяват болничната и доболничната помощ и нарушават правата на пациентите за достъпност и равнопоставеност. Считаме, че намаляването на болничните легла за активно лечение и ниво на компетентност е нов вид лимит върху дейността на лечебните заведения, като това пряко рефлектира върху медицинските специалисти и пациентите, както и ще се наложи реструктуриране/закриване на дейности и структури. Конкретните потребности в проекта на НЗК не са съобразени с реалните потребности на населението и методиката, утвърдена от министъра, а с	приети без последващи корекции от страна на Националната комисия по изготвяне на НЗК. В отделен раздел IV на Методиката са описани приложенията към Областната здравна карта. Както е видно от предмета и тематиката на посочените предложения, те имат информативен характер и са необходими за нуждите на анализа на потребностите на населението на областно, регионално и национално ниво в процеса на изготвяне на съдържанието на Националната здравна карта,
--	--	--

	използваемостта на структурите на исторически принцип, която зависи от много фактори и не отразява потребностите и проблемите, свързани с достъпа до медицинска помощ. Предложението за намаляване на броя практики по базови клинични специалности е недопустимо, имайки предвид заболяемостта сред населението и евентуално структурни реформи в болничната помощ. Считаме, че новата НЗК трябва да е инструмент за анализ на състоянието на системата и основа за формиране на политики за привличане и задържане на кадри, с цел осигуряване на достъпно и ефективно здравеопазване на населението. Предвид гореизложеното считаме, че така гласуваните и приети от Комисиите, назначени със Заповед на Министъра на здравеопазването Областни здравни карти ще отговорят на нуждите на населението на регионално и областно ниво за предоставяне на комплексна и висококачествена диагностична и лечебна помощ. Те ще позволят увеличаване на относителния дял на ранно диагностицираните случаи на остри и хронични заболявания и ще повишат ефективността на мерките за превенция на тези заболявания, както на регионално, така и на междуобластно ниво. С утвърждаването на предложените от областните комисии практики ще се гарантира медицинското обслужване на населението. Целта на нашето предложение е повишаване на ефективността и ефикасността, преодоляване на териториалния дисбаланс при съблюдаване на изискванията за равнопоставеност при достъпа, своевременност, достатъчност и качество. Уважаеми господин Ананиев, След преценка и анализ на изложените по-горе аргументи за конкретните потребности от медицинска помощ в областните здравни карти, предлагаме да се преработи проекта на Приложение № 30 – потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност и Приложение № 32 – относно необходимите лекари и лекари по дентална медицина по специалности и специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ от извънболничната медицинска помощ, като се вземат в предвид предложенията, аргументите и анализа на Комисиите за изработване на областни здравни карти. Като се надявам предложенията ни да бъдат отразени, оставам с уважение.	извън Областните здравни карти. Методологията за изготвяне на предложенията, посочена в раздели V, VI и VII на методиката е препоръчителна и има за цел да улесни областните комисии и да осигури съпоставимост на данните на национално ниво. Това се потвърждава от обстоятелството, че нито една от Областните комисии не се е съобразила изцяло с указаната методология при изготвяне на своите предложения и становища. Например само 3 областни комисии (в областите Пловдив, Шумен
--	--	--

			и Разград) са представили предложения за разпределение на броя на леглата за болнично лечение и медицинските дейности по видове, съобразени с реда, посочен в раздел V на методиката. В посочените 3 области обаче заложените в НЗК параметри за броя и разпределението на леглата по видове (интензивни, терапевтични, хирургични, педиатрични и акушеро-гинекологични) почти изцяло съответстват на предложените от областните комисии, като се отчетат и потребностите от преразпределение
--	--	--	---

			на част от болничните легла за дейности на регионално ниво. Всички други комисии са предложили брой на болничните легла в съответната област значително надвишаващ заложените параметри (за леглата за активно лечение) или значително по-нисък от тях (за леглата за дългосрочни грижи и др.).
56.Проф. Любомир Спасов, дм – директор на УБ „Лозенец“ и национален консултант по трансплантация, вх. № 20-00-354/23.05.2018г.	На 24.04.2018г. на електронната страница на Министерство на здравеопазването е публикуван за обществено обсъждане Проект на Решение на Министерския съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България. Срокът за провеждане на обществени консултации е 23.05.2018г. След като се запознах подробно с проекта на Национална здравна карта Ви обръщам внимание на следното: В Приложение № 23 към т. I, подточка 1, отнасящо се до град София-столица, в таблица отразяваща медицински дейности по видове за представляваната от мен Университетска болница „Лозенец“, констатирах следното: I. В Приложение № 23 към т. I, подточка 1, отнасящо се до град София-столица. В Раздел V. Брой на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове и разпределението им по лечебни заведения и по нива на компетентност на съответните структури в Таблица 2. Осъществявани медицински дейности по видове, лечебни заведения и нива на компетентност в раздел Акушеро-гинекологични	Приема се.	Техническата грешка е коригирана в съответствие с данните от ОЗК. Приема се по отношение намаляване на планирания брой трансплантационни центрове. Не се приема в частта относно

	легла са предвидени общо 15 броя легла за акушерство, а същите трябва да се разделят както следва: • Акушерство – 5 броя легла; • Гинекология – 5 броя легла; • Патологична бременност – 5 броя легла; II. В Приложение № 23 към т. I, подточка 1, отнасящо се до град София-столица. В Раздел V. Брой на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове и разпределението им по лечебни заведения и по нива на компетентност на съответните структури в Таблица 2. Осъществявани медицински дейности по видове лечебни заведения и нива на компетентност в раздел Структури без легла: НЕ Е ПОСОЧЕНА Лаборатория по вирусология. Съгласно Приложение № 3 към чл. 11, ал. 4 от ПРАВИЛНИК ЗА УСТРОЙСТВОТО И ДЕЙНОСТТА НА БОЛНИЦА „ЛОЗЕНЕЦ“, Приет с ПМС № 147 от 27.07.2000г. в структурата на Болница „Лозенец“ има Лаборатория по вирусология с II ниво на компетентност в съответствие с медицински стандарт „Вирусология“. НЕ Е ПОСОЧЕНА Лабораторията по клинична имунология, която е получила акредитационна оценка „Отлична“ – за срок от 1 година, съгласно Заповед № РД-17-5/25.01.2018г. на Министъра на здравеопазването. НЕ Е ПОСОЧЕНА „Лаборатория по медицинска генетика и молекулярна биология“ която е получила акредитационна оценка „Отлична“ – за срок от 5 години съгласно Заповед № РД-17-5/25.01.2018г. на Министъра на здравеопазването. НЕ Е ПОСОЧЕНА „Лаборатория по трансфузионна хематология“, като за регистриране на дейността и разкриване на структурата е подадено заявление вх. № 40-45-474 от 07.11.2016г. в Столична РЗИ. III. В Приложение № 23 към т. I, подточка 1, отнасящо се до град София-столица. В Раздел VI. ВИД, БРОЙ И РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ИЗВЪРШВАНИТЕ В ОБЛАСТТА ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНИ МЕТОДИ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ И НАЛИЧНАТА ЗА ТЯХНОТО ПРИЛАГАНЕ ВИСОКО ТЕХНОЛОГИЧНА МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА В ОБЛАСТТА Таблица 1. Високотехнологични дейности и апаратура по вид, брой и разпределение не са посочени следните дейности: 1.1.НЕ Е ПОСОЧЕНО, че Болница „Лозенец“ извършва трансплантация на бял дроб; 1.2.НЕ Е ПОСОЧЕНО, че Болница „Лозенец“ извършва трансплантация на панкреас; 1.3.НЕ Е ПОСОЧЕНО, че Болница „Лозенец“ извършва трансплантация на тънко черво;	включването на нови високотехнологични дейности в Приложение № 34. Посочените дейности се изпълняват към насоящия момент в лечебните заведения за болнична помощ като част от рутинните медицински дейности
--	---	--

	Съгласно УДОСТОВЕРЕНИЕ № 53 от 21.01.2011г. на Изпълнителна агенция по трансплантация Болница „Лозенец“ извършва тези дейности по трансплантация. 1.4. НЕ Е ПОСОЧЕНО, че Болница „Лозенец“ извършва In vitro методи за асистирана репродукция. Съгласно Удостоверение № 9 от 29.11.2017г. издадено от Изпълнителна агенция по трансплантация и Разрешение за дейности по асистирана репродукция № РД-25-3/16.04.2018г. на Министерство на здравеопазването, Болница „Лозенец“ извършва дейност по: 1. Асистирана репродукция, осигуряване, обработка и използване на човешки сперматозоиди, яйцеклетки и ембриони; 2. Съхранение на сперматозоиди, яйцеклетки и предимплантационни ембриони; Съгласно чл. 50 от Наредба № 28 от 20 юни 2007г. за дейности по асистирана репродукция на Болница „Лозенец“ е определен Идентификационен номер SOFRD025318; Съгласно чл. 3, ал. 1, т. 9 от ПРАВИЛНИК ЗА УСТРОЙСТВОТО И ДЕЙНОСТТА НА БОЛНИЦА „ЛОЗЕНЕЦ“ Болница „Лозенец“ извършва дейности по асистирана репродукция. Отделението по асистирана репродукция е получило акредитационна оценка „Отлична“ – за срок от 5 години съгласно Заповед № РД-17-5/25.01.2018г. на Министъра на здравеопазването. ВЪВ ВРЪЗКА С ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНАТА АПАРАТУРА: За Болница „Лозенец“ е посочено, че за Магнитно-резонансна компютърна томография разполагаме с 1 брой апарат, а представляваното от мен лечебно заведение притежава два броя магнитно-резонансни компютърни томографа – 1 брой 1,5 тесла и 1 брой 3 тесла; За Болница „Лозенец“ е посочено, че за Компютърна томография разполагаме с 1 бр. апарат, а болницата разполага с 2 броя компютърни томографа, от които 1 бр. – 256 срезове; За Болница „Лозенец“ е посочено, че притежаваме 3 броя ангиографски апарата, а болницата разполага с 4 броя. Уважаеми министър Ананиев, Моля Ви като вземете предвид изложените факти да разпоредите вписването на I. Следните промени: • Акушерство – 5 броя легла; • Гинекология – 5 броя легла; • Патологична бременност – 5 броя легла. В Приложение № 23 към т. I, подточка 1, отнасящо се до град София-столица РАЗДЕЛ V. Брой на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяване на медицински дейности по видове и		
--	---	--	--

	разпределението им по лечебни заведения и по нива на компетентност на съответните структури в Таблица 2. Осъществявани медицински дейности по видове, лечебни заведения и нива на компетентност, в раздел Акушеро-гинекологични легла за Университетска болница „Лозенец“; II. „Лаборатория по вирусология“, „Лаборатория по клинична имунология“, „Лаборатория по медицинска генетика и молекулярна биология“ и „Лаборатория по трансфузионна хематология“ В Приложение № 23 към т. I, подточка 1 отнасящо се до град София-столица РАЗДЕЛ V. Брой на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове и разпределението им по лечебни заведения и по нива на компетентност на съответните структури в Таблица 2. Осъществявани медицински дейности по видове, лечебни заведения и нива на компетентност, в раздел структури без легла за Университетска болница „Лозенец“: III. Да отразите следните промени: Високотехнологична дейност по трансплантация на бял дроб; Високотехнологична дейност по трансплантация на панкреас; Високотехнологична дейност по трансплантация на тънко черво; Високотехнологична дейност по “In vitro методи за асистирана репродукция“ В колона високотехнологична апаратура за Болница „Лозенец“ да се отразят: • Два броя магнитно-резонансни томографа – 1 брой 1,5 тесла и 1 брой 3 тесла; • Два броя компютърни томографа, от които един 256 срез • Четири ангиографски апарата В приложение № 23 към т. I, подточка 1 РАЗДЕЛ VI. Таблица 1 за Болница „Лозенец“ от Проект на Решение на Министерския съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България. В Приложение №34 към т. I, подточка 7, Картата на необходимите високотехнологични методи за диагностика и лечение и свързаната с тяхното прилагане високотехнологична апаратура, са предвидени центрове за извършване на трансплантационна дейност, както следва: - Четири центъра за трансплантация на черен дроб – 2 броя за район Югозападен, 1 брой за район Южен централен и 1 брой за район Североизточен; - Четири центъра за трансплантация на бъбрек – 2 броя за район Югозападен, 1 брой за район Южен централен и 1 брой за район Североизточен; - Четири центъра за трансплантация на панкреас – 2 броя за район Югозападен, 1 брой за район Южен централен и 1 брой за район Североизточен;		
--	--	--	--

	- Като национален консултант по трансплантология, считам че изграждането, оборудването с високо специализирана апаратура на такъв голям брой трансплантационни центрове, както и създаването и обучението на екипи от медицински специалисти, които да притежават квалификацията и уменията да извършват такава високотехнологична медицинска дейност, каквато е трансплантацията на органи е изключително трудно. За това е необходимо да има концентрация на трансплантационната дейност. Наличието на четири центъра за трансплантация съответно на черен дроб, бъбреци и панкреас е изключително голям брой за България, предвид общия брой трансплантации, които се извършват годишно в България на глава на населението. Необходимо е да има концентрация на трансплантационната дейност, а не разкриване на трансплантационни центрове в няколко населени места, поради това, че трансплантациите в България са сравнително малка на брой, защото трупното донорство не е добре развито. Не е допустимо да се създават нови центрове за трансплантация на органи, формално на териториален принцип, при положение, че съществуват трансплантационни центрове с дългогодишна традиция в извършването на трансплантации. За държава с населението на Република България е напълно достатъчно да има по центъра за трансплантация на органи, както следва: - 2 центъра за трансплантация на сърце, разположени съответно в структурите на болница „Лозенец“ и СБАЛССЗ „Св. Екатерина“, - 2 центъра за трансплантация на бял дроб, разположени съответно в структурите на болница „Лозенец“ и СБАЛССЗ „Св. Екатерина“, - 2 центъра за трансплантация на черен дроб, разположени съответно в структурите на болница „Лозенец“ и ВМА, - 2 центъра за трансплантация на бъбрек, разположени съответно в структурите на болница „Лозенец“ и Александровска болница, - 2 центъра за трансплантация на панкреас, разположени съответно в структурите на болница „Лозенец“ и ВМА, - 1 център за трансплантация на тънко черво, разположени съответно в структурата на болница „Лозенец“, В Приложение №34 към т.І, подточка 7, Картата на необходимите високотехнологични методи за диагностика и лечение и свързаната с тяхното прилагане високотехнологична апаратура, следва да се включат следните високотехнологични дейности:		
--	--	--	--

	- Трансплантация на роговица; - Трансплантация на кожа; - Трансплантация на костна тъкан; - Трансплантация на кохлеарен имплант; - Имплантация на механични средства, подпомагащи/заместващи сърдечната функция; - Минимално инвазивни процедури за имплантиране на сърдечни клапи; - Технологии за бъбречно заместителна терапия и плазма-терапия в интензивните отделения. Считам, че в трансплантационните центрове следва да се осъществява предтрансплантационно и посттрансплантационно диспансерно наблюдение на пациентите, подлежащи на трансплантация на орган. Предтрансплантационното и посттрансплантационно диспансерно наблюдение трябва да се осъществява изцяло в лечебното заведение в което ще се извърши трансплантацията на орган.		
57. Г-н Галин Григоров, – Областен управител на област Русе, вх. № 20-00-354/28.05.2018г.	Във връзка с публикувания за обществено обсъждане проект на Национална здравна карта (НЗК), в Областна администрация Русе с вх. № 04-00-65/14.05.2018 г. постъпи писмо от д-р Цветан Райчинов – председател на Районната колегия на Български лекарски съюз (РК на БЛС), в което се изразява несъгласие и безпокойство по повод публикувания проект. С писмо с наш изх. № 04-00-65/15.05.2018 г. беше потърсено становището на членовете на Комисията, сформирана с Ваша Заповед № РД-02-54/16.02.2018 г. и отговорна за изготвянето и приемането на Областната здравна карта на област Русе. С писмо наш вх. № 04-00-65/17.05.2018 г. д-р Райчинов допълни предложените решения, за което членовете на Комисията бяха уведомени с писмо с наш изх. № 04-00-65/17.05.2018 г. Постъпиха 14 броя писмени становища, подкрепящи категорично следните РЕШЕНИЯ: 1. Изразява категорично несъгласие с Приложение № 18 и Приложение № 32 (в частта му, касаеща област Русе) на предложената за обществено обсъждане Национална здравна карта. 2. Настоява за включване в Националната здравна карта на Областната здравна карта, във варианта, изпратен до Министерството на здравеопазването (МЗ) с писмо с изх. № 04-00-65/22-02-2018 г. на Областния управител на област Русе. Мотиви, представени от РК на БЛС – Русе, във връзка с горните решения: При определяне на необходимия брой легла за дадена област, Министерство на здравеопазването с Наредба на министъра публикува в ДВ методика за изготвяне на областна	Не се приема	1. Относно т. 2 от Решенията: Изготвената по утвърдения Образец и приета от Областната комисия за изработване на Областна здравна карта на област Русе е включена като Приложение № 18 в проекта на Национална здравна карта във вида, в който е приета без последващи корекции от

	здравна карта. При изготвяне на областните здравни карти областните комисии стриктно спазват начина на изчисление относно необходимия брой легла по видове дейности и нива на компетентност, а при изготвяне на Националната здравна карта за дадена област Министерство на здравеопазването използва данни и методика, различна от приетата и публикуване в Държавен вестник. Разликите се състоят в следното: - Определяне на брой легла: Областна комисия: Съгласно методиката броя на леглата е 4 на 1 000 жители, като е допустимо повишение с 10%, но не повече от 5,9 на 1 000 жители. При данни за население на Русенска област 223 489 и спазвайки горните условия предложението на Областната комисия за леглата за активно лечение е 1 165, други легла /за дългосрочни грижи, психиатрични и физиотерапевтични/ - 313. Министерство на здравеопазването: За база е взет броя използвани легла по различните специалности и нива на компетентност, преизчислени на 100% използваемост, тоест заети са 365 дни в годината. Този брой е определен на база отчетени 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 брой легла по дадена специалност, с която НЗОК трябва да сключи договор. - Разпределение по нива на компетентност: Областна комисия: 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 проценти, 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 – Северен централен район. В протокола от заседанието на Областната комисия са описани подробно основанията за предложението към Националната комисия за потребностите от тези видове легла. Министерство на здравеопазването: Разпределението по брой и нива на компетентност е на база отчетени в НЗОК дейности, т.е. дори болницата да има 30 легла III ниво на компетентност и на тях са извършени дейности от I, II и III ниво в съотношение 70:20:10 в	страна на Националната комисия по изготвяне на НЗК. В Методиката за изработване на областна здравна карта (раздел IV) са описани приложенията към Областната здравна карта. Както е видно от предмета и тематиката на посочените предложения, те имат информативен характер и са необходими за нуждите на анализа на потребностите на населението на областно, регионално и национално ниво в процеса на изготвяне на съдържанието на Националната здравна карта, извън Областните здравни карти.
--	---	--

	проекта се залага, че има необходимост от 21 легло първо ниво, 6 легла второ ниво и 3 легла ниво на компетентност. Така изчислен броят легла по нива и видове НЕ отговаря на процентното разпределение, заложено в Наредбата. Изводи: 1. Така изработената здравна карта от Областната комисия-Русе отговаря изцяло на заложените изисквания на методиката, изработена от Министерство на здравеопазването и подадените статистически данни за Русенска област. Не са представени данни за извършени медицински дейности за 2017 г., по нива на компетентност и при работата си при определяне на броя легла комисията се е съобразявала само с изискванията на наредбата. 2. Предложената от Министерство на здравеопазването Национална здравна карта представлява обработени статистически данни за отчетената за 2016 г. дейност, събрани от всички лечебни заведения за дадена област по всички специалности. Изчисленията на този принцип легла са предложението на МЗ за конкретните потребности от легла, включени в НЗК, с които НЗОК ще сключи договор с касата. Така заложените като брой легла и нива на компетентност драстично се различават от предложените от областната комисия. 3. Некоректно е да се използват данни за съществуващи лечебни заведения с разкрити брой легла по видове и нива на компетентност към края на 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 ниво на компетентност. 4. След приемането на НРД 2018 г. /по конкретно чл. 275, ал. 1, т.4 и чл. 345, т. 7/ става ясно, че приемането на НЗК в предложения за обсъждане вариант със заложените в него легла по ниво на компетентност, ще доведе до преустановяване на болничното лечение по определени специалности още към средата на месеца, тъй като при надхвърляне на броя легла по договор дейността не се заплаща. Това ще наруши правата на здравно осигурените лица за достъп до навременна, адекватна и в достатъчен обем болнична медицинска помощ по определени специалности. 5. Не е коректно използването на термина „фактически използвани легла“, защото реално това са „фактически финансирани легла“, поради лимитиране на дейността на болничните лечебни заведения. При сега съществуващия начин на отчитане към НЗОК по видове легла, не е включена дейността на терапевтичните непрофилирани легла. В момента действащия 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 болницата да сключат договор с НЗОК.	Методологията за изготвяне на приложенията, посочена в раздели V, VI и VII на Методиката има за цел да улесни областните комисии и да осигури съпоставимост на данните на национално ниво. 2. Липсват други конкретни предложения, свързани със съдържанието на проекта на нормативен акт.
--	--	--

	Това ще доведе до влошаване на качеството на болничната медицински помощ и достъпа до нея, като потърпевши ще бъдат единствено здравноосигурените лица. Изработеното от областната комисия предложение за необходимия брой легла по специалности е изцяло съобразено с методиката и не разделя леглата по нива на извършените от тях дейности. При изработването му са отчетени всички фактори от местно значение и мястото на Русе като център на региона, поради високоспециализираните медицински дейности, много от които се извършват единствено в лечебните заведения, разположени на територията на гр. Русе. На основание на гореизложеното е необходимо при определяне на потребностите от болнични легла в Русенска област, комисията за изработване на Националната здравна карта изцяло да се съобрази с предложението на Областната комисия. Предложението на МЗ за НЗК представляващо нарушение на чл. 32 от ЗЛЗ води до намаляване с 156 функциониращи легла, а в същото време се предоставят на областта 62 легла без реални потребности за тях.		
58. Г-н Стоян Пасев, Областен управител на област Варна – вх. № 20-00-354/28.05.2018 г.	Във връзка с публикувания на интернет-страницата на Министерство на здравеопазването проект на Национална здравна карта, на 22.05.2018г. в заседателната зала на Областна администрация Варна се проведе заседание на Комисията за изработване на Национална здравна карта на област Варна, определена със Заповед № РД-02-36/30.01.2018г. на министъра на здравеопазването. С настоящото писмо Ви уведомявам за взетото от комисията решение, съгласно Протокол № 5/22.05.2018г.: 1. Не приема предложението на Националната комисия за изработване на Национална здравна карта в частта ѝ за област Варна; 2. Подкрепя предложеният проект на комисията за Областна здравна карта, изпратен до МЗ с писмо с изх. № РД-18-0406-2(3)/26.02.2018г., а именно: - Становище за конкретните потребности от лекари и лекари по дентална медицина по специалности и специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ за осигуряване на достъп на населението от областта до медицинско обслужване в извънболничната медицинска помощ; - Текст към приложение № 2-2 от Областна здравна карта 2018г.	Не се приема	Изразява се само принципно несъгласие, като липсват конкретни предложения, свързани със съдържанието на проекта на нормативен акт. Изготвената по утвърдения Образец и приета от Областната комисия за изработване на Областна здравна карта на област Варна е включена като Приложение

			в проекта на Национална здравна карта във вида, в който е приета без последващи корекции от страна на Националната комисия по изготвяне на НЗК. В Методиката за изработване на областна здравна карта (раздел IV) са описани приложенията към Областната здравна карта. Както е видно от предмета и тематиката на посочените предложения, те имат информативен характер и са необходими за нуждите на анализа на потребностите на населението на областно, регионално и национално ниво
--	--	--	--

			в процеса на изготвяне на съдържанието на Националната здравна карта, извън Областните здравни карти. Методологията за изготвяне на приложенията, посочена в раздели V, VI и VII на Методиката има за цел да улесни областните комисии и да осигури съпоставимост на данните на национално ниво. По отношение на извънболничната помощ броят на необходимите лекари и лекари по дентална медицина е определен на база пълна заетост, т.е. не по-малко от 40 часа седмично. По отношение на болничната помощ, броят на
--	--	--	--

			планираните легла е определен при спазване на принципа за осигуряване на оптимална използваемост на видовете леглата от най-малко 75%. Към 31.12.2017 г. използваемостта на видовете легла за област Варна е под 75% - на терапевтичните е 62%, хирургичните - 56%, акушеро-гинекологични - 54%.
--	--	--	---

**ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР ГИГОВ,
ГЛАВЕН СЕКРЕТАР**

Приложение: 1. Мотиви към становище № 37. от д-р В. Грозев, председател на УС на БЛС с вх. № 20-00-354/21.05.2018 г.

Приложение към т. 37 от Справка за отразяване на становищата, получени в рамките на периода за обществени консултации, по проекта на Решение на Министерски съвет за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България

Становище на Д-р В. Грозев, председател на УС на БЛС вх. № 20-00-354/21.05.2018 г.

Във връзка с проекта за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България, публикуван на сайта на Министерството на здравеопазването за обществено обсъждане на 24.04.2018г., 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 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 предпоставка 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 занапред просто думи и числа, обективирани на лист хартия, нито институционализирани и въведени в обръщение лобистки възжелания. 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. 24, ал. 1 от ЗЛЗ е оправомощена да изработи Националната здравна карта, е провела само един 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 изпълнителните 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 медицински дейности и нива на компетентност. Видно от проекта на 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:

1. Определяне на брой легла:

Областни комисии: Съгласно методиката броят на леглата е 4 на 1000 жители, което 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 към използваемост около 75% и се получава броят легла по дадена специалност, определени като „конкретни потребности“.

2. 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.

Становище на МЗ:

Съгласно чл. 31, ал.1 от Закона за лечебните заведения (Изм. - ДВ, бр. 72 от 2015 г.) Областната здравна карта съдържа:

- 1. данни за демографската структура, заболяемостта по групи заболявания и по възраст и хоспитализираната заболяемост на населението на територията на областта;*
- 2. вида, броя, дейността и разпределението на съществуващите в областта лечебни заведения;*
- 3. необходимия минимален брой на лекарите, лекарите по дентална медицина и на специалистите от професионално направление "Здравни грижи" в извънболничната помощ по специалности;*
- 4. броя на практикуващите лекари, лекари по дентална медицина по специалности и броя на специалистите от професионално направление "Здравни грижи" в извънболничната медицинска помощ в областта;*
- 5. броя на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове и разпределението им по лечебни заведения и по нива на компетентност на съответните структури;*
- 6. данни за вида, броя и разпределението на извършваните в областта високотехнологични методи за диагностика и лечение и наличната за тяхното прилагане високотехнологична медицинска апаратура.*

*Видно от цитираният текст ОЗК включва данни за здравно-демографското състояние на населението и настоящото състояние на системата на здравеопазване в съответната област, в т.ч. вида, броя, дейността и разпределението на съществуващите лечебни заведения, броя на практикуващите медицински специалисти и вида и броя на разкритите болнични легла. Освен посочените данни с информативен характер в ОЗК като потребност се определят само необходимия минимален брой на лекарите, лекарите по дентална медицина и на специалистите от професионално направление "Здравни грижи" в извънболничната помощ по специалности. **В съдържанието на ОЗК, регламентирано в ЗЛЗ, не се включва необходимия брой легла за болнично лечение за съответната област.***

*Съгласно ал.2 на чл.31 от ЗЛЗ (Изм. - ДВ, бр. 72 от 2015 г.) към областната здравна карта **се прилага** предложение за разпределението на броя на леглата и медицинските дейности по видове по ал. 1, т. 5, както и на броя на лекарите и специалистите по ал. 1, т. 3, определени съобразно потребностите на населението в съответната област по ред, определен с методиката по чл. 29, ал. 6 на ЗЛЗ.*

*Видно от законовия текст посочените предложения **се прилагат отделно и не са част от Областната здравна карта**, съответно от Националната здравна карта. Те имат препоръчителен характер и имат за цел да представят визията на заинтересованите страни по места за*

развитие на здравната система в съответната област и свързаните с нея потребности от ресурси. Тези потребности следва да са съобразени с определения в методиката ред.

В утвърдената със Заповед № РД-01-428 от 22.12.2017 г. на министъра на здравеопазването Методика за изготвяне на областна здравна карта изрично е посочено, че с тази методика се определят:

1. редът за изработване на областна здравна карта;
2. образец на областна здравна карта;
3. редът за изчисляване на общият брой легла за болнично лечение, в т.ч. по видове, които осигуряват достъп на населението до болнична помощ в съответната област;
4. редът за изготвяне на **предложение** за разпределение на броя на леглата и медицинските дейности по по видове, както и на броя на лекарите и специалистите от професионално направление „Здравни грижи“, определени съобразно потребностите на населението в съответната област;
5. високотехнологичните методи за диагностика и лечение;
6. случаите, в които се извършва частична актуализация на Националната здравна карта.

Както е видно, с посочената методика се въвеждат изисквания както за реда и методологията за изготвяне на Областната здравна карта, която се приема от Областната комисия за изготвяне на ОЗК, така и за изготвяне на допълнителните предложения за разпределение на броя на леглата и медицинските дейности по видове, както и на броя на лекарите и специалистите от професионално направление „Здравни грижи“, определени съобразно потребностите на населението в съответната област.

В раздел III на Методиката изрично е посочено, че ОЗК се изготвя по образец, съгласно Приложение I на методиката, в което е посочено конкретното съдържание на Областната здравна карта, в съответствие със законовите текстове:

Раздел I Здравно-демографски данни за областта

Раздел II Вид, брой, дейност и разпределение на съществуващите в областта лечебни заведения

Раздел III Необходим минимален брой на лекарите, лекарите по дентална медицина и специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ по специалности;

Раздел IV. Брой на практикуващите лекари, лекари по дентална медицина по специалности и броя на специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ в областта;

Раздел V. Брой на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове и разпределението им по лечебни заведения и по нива на компетентност на съответната структура в областта;

Раздел VI. Данни за вида, броя и разпределението на извършваните в областта високотехнологични методи за диагностика и лечение и наличната за тяхното прилагане високотехнологична апаратура в областта.

Изготвените по утвърдения Образец и приети от съответните Областни комисии Областни здравни карти на 28-те области в страната са включени като Приложения 1-28 в проекта на Национална здравна карта вида, в който са приети без последващи корекции от страна на Националната комисия по изготвяне на НЗК. Дори в случаите на установени явни фактически грешки и технически несъответствия е изисквано те да бъдат отстранени след решение на съответната Областна комисия по изготвяне на ОЗК.

В отделен раздел IV на Методиката са описани приложенията към Областната здравна карта:

1. Предложение за разпределение на броя на леглата за болнично лечение и медицинските дейности по видове, определено по реда на раздел V на методиката
2. Предложение за разпределение на броя на лекарите, лекарите по дентална медицина по специалности и специалисти от професионално направление „Здравни грижи“, определени съобразно потребностите на населението от областта, определено по реда на Раздел VI на методиката;
3. Становище за конкретни потребности от лекари и лекари по дентална медицина по специалности и специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ за осигуряване на достъп на населението от областта до медицинско обслужване в извънболничната помощ, определено по реда на Раздел VII на методиката
4. Необходимостта от реструктуриране на лечебните заведения или за предприемане на други мерки по създаване, закриване или оптимизиране на лечебните заведения в областта заедно със съответните предложения за реструктуриране на лечебните заведения за болнична помощ в резултат на извършения анализ.
5. Необходимостта от създаване на условия за предоставяне на конкретен вид грижи в областта – палиативни или други, предвидени в нормативен акт.

Както е видно от предмета и тематиката на посочените предложения, те имат информативен характер и са необходими за нуждите на анализа на потребностите на населението на областно, регионално и национално ниво в процеса на изготвяне на съдържанието на Националната здравна карта, извън Областните здравни карти.

Методологията за изготвяне на предложенията, посочена в раздели V, VI и VII на методиката е препоръчителна и има за цел да улесни областните комисии и да осигури съпоставимост на данните на национално ниво. Това се потвърждава от обстоятелството, че нито една от Областните комисии не се е съобразила изцяло с указаната методология при изготвяне на своите предложения и становища. Например **само 3 областни комисии**

(в областите Пловдив, Шумен и Разград) са представили предложения за разпределение на броя на леглата за болнично лечение и медицинските дейности по видове, съобразени с реда, посочен в раздел V на методиката. Всички други комисии са предложили брой на болничните легла в съответната област значително надвишаващ заложените параметри (за леглата за активно лечение) или значително по-нисък от тях (за леглата за дългосрочни грижи и др.).

Мотиви за неприемането на проекта на 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 2017г. по нива на компетентност и при работата си при определяне на броя легла комисии са се съобразявали само с изискванията на Наредбата.

Становище на МЗ:

Както посочихме по-горе изготвените ОЗК отговарят на изискванията на методиката и поради това са включени без последващи корекции като Приложения 1-28 в съдържанието на проекта на НЗК.

Що се отнася за приложенията към тях предложения и становища, съгласно същата методика, те следва да са били базирани на данните за броя на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове и разпределението им по лечебни заведения и нива на компетентност, отразени в ОЗК. За тях в методиката е посочено, че следва да се ползва „информация, предоставена по официален ред от лечебните заведения за болнична помощ в областта“. Предвид периода на работа на областните комисии, данните за дейността на болничните заведения за 2017 г. е била налична в тях и е следвало да бъде предоставена за нуждите на анализа и изготвянето на съответните предложения.

2. Предложената от Министерство на здравеопазването Национална здравна карта представлява обработени статистически данни за отчетената през 2017 г. дейност, събирани 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.

Становище на МЗ:

Както посочихме по-горе, за разлика от изготвените Областните здравни карти, представените предложения и становища на областните комисии не са съобразени с посочения в методиката ред (с изключение на Пловдив, Шумен и Разград), поради което са налице значителни различия. В посочените 3 области обаче заложените в НЗК параметри за броя и разпределението на леглата по видове (интензивни, терапевтични, хирургични, педиатрични и акушеро-гинекологични) почти изцяло съответстват на предложените от областните комисии, като се отчетат и потребностите от преразпределение на част от болничните легла за дейности на регионално ниво.

3. Според нас не е коректно да се използват данни за съществуващи лечебни заведения с разкрити брой легла по видове и нива на компетентност към 31.12.2016г. при определяне на потребностите след 01.04.2018г. В този период, голяма част от лечебните заведения са променили своята дейност – и като разрешение за дейност, и като ниво на компетентност.

Становище на МЗ:

Определянето на потребностите от легла за болнично лечение по видове и нива на компетентност на осъществяваните медицински дейности не се базира на данни за съществуващи лечебни заведения и разкрити в тях легла, а на отчетените в съответната област използвани от гражданите болнични услуги, т.е. реално съществуващи и удовлетворени на място в областта потребности от болнично лечение. За тази цел са ползвани последните актуални данни за осъществената от лечебните заведения дейност през 2017 г. Що се отнася да данните за съществуващите лечебни заведения и разкритите в тях легла, те нямат отношение към методологията за определяне на потребностите от болнични легла за осъществявани на медицински дейности от съответното 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 2018г. /по конкретно чл. 275, ал. 1, т. 4 и чл. 345, т. 7/. Може да се предположи, че ако НЗК се приеме в предложението 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.

Становище на МЗ:

Становището на вносителя почива върху неяснота относно съдържанието на регламентираното в ЗЛЗ съдържание на НЗК в частта за „конкретните потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури за всички области“ и ползваната за тяхното определяне методология.

Съгласно действащото законодателство болничните структури имат ниво на компетентност, което определя видовете медицински дейности, които могат да се извършват в него, като във всички структури с по-високо ниво на компетентност могат да се извършват всички дейности, разрешени на по-ниските нива. Например в едно отделение/клиника от III ниво на компетентност се осъществяват дейности, разрешени за изпълнение на I, II и III ниво за съответната специалност. Съответно болничните легла за тази структура осигуряват потребностите от болнично лечение за пациенти, на които се осъществяват дейности, изискващи I, II или III ниво.

В НЗК броят на леглата е определен, съгласно изискванията на закона по медицински дейности и нива на структурите, в които те могат да се извършват. Например лечението на пациенти с бронхопневмония е дейност в обхвата на медицинската специалност пневмология и фтизиатрия, която може да се осъществява в болнична структура с най-малко I ниво на компетентност. Необходимият брой легла за гарантиране на потребностите на населението от тази медицинска дейност са планирани като легла за медицинска дейност „пневмология и фтизиатрия“ от I

ниво, като в НЗК изрично е посочено, че тя може да се изпълнява в структури от I, II или III. Т.е. в този планиран брой легла са включени и леглата, разкрити в отделение/клиника по пневмология и фтизиатрия (или вътрешни болести) с най-високото III ниво на компетентност, тъй като в нея се приемат и лекуват болни с бронхопневмония. Т.е. липсва обвързаност между броя на планираните в НЗК легла за медицински дейности, изискващи III ниво на компетентност и броя на леглата в структура (отделение/клиника) от III ниво на компетентност. Такава би била налична само в случаите, когато дадена структура се осъществяват дейности само от III ниво.

За повече яснота представяме данните за отчетената дейност по КП в обхвата на медицинската специалност „пневмология и фтизиатрия“ за 2017 г.:

Дейности, свързани с лечение на белодробни заболявания в обхвата на медицинската специалност „пневмология и фтизиатрия“, изискващи най-малко I ниво се осъществяват по 3 КП, по които са преминали 45 726 души и са реализирани 311 230 леглодни, което при оптимална използваемост от 75% изисква наличие на 1135 болнични легла за дейности от I ниво. Тези легла могат да са разкрити в структури (клиники и отделения) по вътрешни болести и пневмология и фтизиатрия от I, II и III ниво на компетентност.

Дейности, свързани с лечение на белодробни заболявания в обхвата на медицинската специалност „пневмология и фтизиатрия“, изискващи най-малко II ниво се осъществяват по 6 КП, по които са преминали 58 129 души и са реализирани 361 034 леглодни, което при оптимална използваемост от 75% изисква наличие на 1317 болнични легла за дейности от II ниво. Тези легла могат да са разкрити в структури (клиники и отделения) по вътрешни болести и пневмология и фтизиатрия от II и III ниво на компетентност.

Дейности, свързани с лечение на белодробни заболявания в обхвата на медицинската специалност „пневмология и фтизиатрия“, изискващи само III ниво се осъществяват по 3 КП, по които са преминали 3 867 души и са реализирани 16 405 леглодни, което при оптимална използваемост от 75% изисква наличие на 60 болнични легла за дейности от III ниво. Тези легла могат да са разкрити само в структури (клиники и отделения) по вътрешни болести и пневмология и фтизиатрия от III ниво на компетентност.

На базата на тези данни може да се прогнозира, че общият брой на необходимите легла за изпълнение на дейностите по пневмология и фтизиатрия на всички нива е 2512 при използваемост 75 %, т.е. наличие на 25 % (една четвърт) свободен леглови фонд.

Планираният брой легла за дейности по пневмология и фтизиатрия в проекта на НЗК е 2534, при отчитане на по-горе посочените данни за разпределение на необходимите легла по дейности, изискващи съответно ниво на компетентност.

На този принцип са определени необходимите болнични легла за медицински дейности, изискващи определено ниво на компетентност по всички медицински 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.

Становище на МЗ:

Понятието „фактически използвани легла“ е легално дефинирано в Наредба 49 от 18 октомври 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, като под "Фактически използвани легла се разбират болнични легла, които са разкрити, осигурени и заети 365 дни в годината". Данните за фактически използваните легла са предоставени от РЗИ и отчитат всички преминали пациенти, не само тези заплатени от НЗОК. Освен това от наличните данни за регистрираните в Националната листа за планов прием пациенти на национално и областно ниво не се установява значим брой пациенти, при които се планира отлагане на медицинската помощ поради липса на капацитет на лечебните заведения, в т.ч. финансов ресурс.

От включените в Националната листа за планов прием 3097 пациенти за цялата страна, половината (1475) са планирани за дейности, които се характеризират с планов прием – рехабилитация, медицинска онкология и др.

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 качеството на болничната медицинска помощ и достъпа до нея, като потърпевши ще бъдат единствено здравноосигурените лица.

Становище на МЗ:

В НЗК (Забележка № 5 на Приложение 31) изрично е посочено, че планираните потребности от медицински дейности, осъществявани на легла по вътрешни болести – непрофилирани са планирани в рамките на леглата за медицински дейности по определени други медицински специалности (кардиология, ендокринология, пневмология и фтизиатрия и др.) и могат да се осъществяват в структури по медицинската специалност вътрешни болести или структури по съответната друга медицинска специалност. В този смисъл няма проблем отделенията по вътрешни болести да продължат да функционират в настоящия вид.

7. В проекта на НЗК са определени конкретни потребности от легла за активно лечение (включват медицински специалности: 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 подхвърлено напълно механично при определяне на нуждите от съответната болнична медицинска помощ. Изискванията за нива на компетентност са отнесени към легла, а не към цялостна 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.

Становище на МЗ

Следва да се подчертае, че с НЗК не се намалят или увеличават болнични легла. Това е изцяло във функциите и правомощията на управлението на съответните лечебни заведения, което по правило произтича от икономическия интерес на същите. В НЗК са посочени само потребностите от определени медицински дейности и свързания с тяхното осигуряване болничен капацитет, т.е. болнични легла. Освен това е осигурен необходимия свободен капацитет за развитие на дейностите, в случай, че в периода на действие на картата възникне нарастване на потребностите на областно и регионално ниво по обективни причини. В настоящият проект на НЗК са планирани 32 913 легла за активно лечение при фактически използвани през 2017 г. 24 723 легла. Това осигурява капацитет за покриване на отчетените потребности при средногодишна използваемост на легловия фонд 75%. По този начин се създава резерв от динамичен капацитет от 8190 легла за активно лечение (25 %). При пълното му усвояване биха могли да се реализират 2 989 350 леглодни, което при среден за страната престой на 1 болен от 4 дни (по данни на НЦОЗА) би позволил провеждането на 747 335 хоспитализации (при средногодишен брой хоспитализации през последните 2 години от 2 млн.

8. В проекта на НЗК са допуснати 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.

Становище на МЗ

Да, в проекта на НЗК са допуснати технически грешки, предвид големият обем на приложенията на нормативния акт, за което се извиняваме. В периода на обществено обсъждане тези технически грешки са отстранени.

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 пътеки се изисква структура по патология на територията на болницата или населеното място.

В НЗК (Приложение 31, заб. 15 и Приложение 33) изрично е посочено, че в НЗК се планират само структури по клинична патология с регионално значение, осъществяващи и дейност по извършване на патоанатомични аутопсии, предвид нуждата от гарантиране на осигуреността на системата с тази дейност и отказът на повечето лечебни заведения с разкрити структури по клинична патология да я осъществяват, акцентирайки само върху дейностите по цитопатология и др., осигуряващи изпълнението на клинични пътеки и амбулаторни процедури.

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 за населението. На настоящем, 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 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.

Становище на МЗ

В НЗК се планират потребностите от определени видове медицински дейности и свързаните с тях болнични легла по видове. Цените и обемите на заплащаните от НЗОК дейности са обект на договорен процес между НЗОК и съсловните организации. Следва да се отчете факта, че дейностите, осъществявани на т.н. други легла могат да са обект на финансиране от други източници извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

На основание гореизложеното, Български лекарски съюз не подкрепя проекта на 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.