

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени след общественото обсъждане на проекта на
НАРЕДБА за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти

№	Участник в общественото обсъждане	Предложение/ Мнение	Приема/не приема/ предложението	Мотиви
1.	Aziti, Портал за обществени консултации – 22.08.2019 г.	Възможност за консултация с трето лице Ако лекуващият лекар предприеме или предложи мерки, с които обучаващият се студент или стажант не е на 100% съгласен или има някакви резерви, моля да се предоставят възможности за консултация с трето лице специалист. Събиране на данни за такива случаи с цел превенция.	Не се приема.	Предложението няма отношение към текстовете на проекта на наредба, а касае вътрешна организация на дейността на лечебното заведение.
2.	Проф. Петко Салчев и доц. Наташа Данова, членове на консултативния съвет по социална медицина и здравен мениджмънт към Министерството на здравеопазването – вх. № 94-1265/23.08.2019 г.	В чл. 1 т.1 а) и б) „клинично“ обучение да бъде заменено с „практическо“ обучение В чл. 1 т.1 а) „и докторанти“ да отпадне. Акредитацията за обучението на докторанти е по друг закон и се извършва от НАОА Чл. 1 т.1 в) какво включва следдипломното обучение? Това не е ли обучението на специализанти? Чл. 7 ал. 3 Предлагаме в състава на консултативния съвет да има представител на НЦОЗА, който има отношение по процеса на следдипломната квалификация и е свързано с Наредба № 1 Чл. 10 ал. 5 предлагаме текста „При възможност материалите се предоставят и на електронен носител.“ Да бъде заменен с „Материалите задължително се предоставят на електронен носител.“ Обосновка: Членовете на експертните комисии не са от едно място и разпрацането и получаването на хартиени материали е трудоемко и отнема и време и забавя процеса.	Не се приема. Приема се по принцип. Приема се.	Текстовете в чл. 1 от проекта на наредба съответстват на тези в чл. 90, ал. 1 от Закона за лечебните заведения. Съгласно разпоредбата на чл. 7, ал. 4 от проекта на наредба се дава възможност министърът на здравеопазването да определи представителите от квотата на Министерството на здравеопазването, които могат да бъдат и лица извън министерството. Текстът на чл. 10, ал. 5 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение.

	Чл. 13 ал. 5 (5) В случаите, когато експертната комисия приеме, че е налице неизпълнен индикатор от критериите, на които трябва да отговаря структурата и организацията на дейността, необходимото оборудване и квалификацията на персонала в лечебното заведение, се изготвя решение за отказ да бъде одобрено кандидатстващото лечебно заведение. Нашето становище е че в настоящия проект на наредба няма разработена методика за оценка. При това условие, ако само един индикатор не е изпълнен, то ЛЗ няма да се получи положителна оценка. Това ще окаже въздействие дотам, че почти нито едно ЛЗ да няма възможност да обучава. Необходимо е създаване на методика за оценка на базата на критериите, определени в приложенията	Не се приема.	Методиката на оценяване възможностите на лечебните заведения за обучение на студенти и специализанти, включена в проекта на нормативния акт, е в съответствие с изискванията на чл. 91, ал. 7 от Закона за лечебните заведения, съгласно които министърът на здравеопазването или оправомощен от него заместник-министър мотивирано отказва да одобри лечебното заведение за извършване на дейностите по практическо обучение на студенти и специализанти, когато при проверката се установи несъответствие с критериите и условията на настоящата наредба. В тази връзка текстът на Закона за лечебните заведения е категоричен, като не предвижда частично несъответствие на критериите. Следователно и методиката на оценяване на изпълнението на критериите трябва да съответства на това изискване на закона, като предвижда само две възможности – изпълнение или неизпълнение, а не изпълнение в някаква степен. Освен това предложените параметри по отделните индикатори (приемайки някои от направените предложения за допълнителна промяна), на които трябва да отговарят съответните лечебни заведения, са обосновано определени като минимални, за да осигурят пълноценно, качествено и непрекъсваемо обучение на студентите и специализантите.
	Чл. 17. (1) Въз основа на становището по чл. 16 министърът на здравеопазването или оправомощен от него заместник-министър издава заповед, с която одобрява или мотивирано отказва да одобри лечебното заведение за извършване на дейностите по чл. 1, т. 1 в двумесечен срок от подаване на заявлението по чл. 2,	Не се приема.	Предлогът „от“ е използван коректно – двумесечният срок за произнасяне на министъра на здравеопазването започва да тече от подаване на заявлението, а в случаите, когато са констатирани непълноти на представените документи, срокът започва да тече от тяхното отстраняване.

	ал. 1 или от отстраняване на непълнотите по чл. 2, ал. 2. Предложение в текста преди отстраняване на непълнотите „от“ да се замени със „за“ В § 1 от допълнителните разпоредби „пациентно“, както и във всички останали тесктове където то зсъществува да се замени със „пациентско“. Моля вижте Речник на българския език В Раздел II т. 5 стр. 14 „Използваемост на леглата – не по-малка от 70% през последните 12 месеца. „ Да се замени с предходната година. Използваемост на леглата се изчислява на годишна база за сравнение В Раздел III т. 5 стр. 15 – 60 % е твърде много особено за болници, които не са на територията на университетските градове. Може би е добре 50%, както е до момента в отменената наредба за акредитация Критерий № 2 Раздел I т. 1 Втора колона Източник на информация думите „за период не по-малък от 12 месеца преди подаването на заявлението „да се заменят	Приема се. Не се приема. Приема се. Не се приема.	Текстът на § 1, т. 2 от допълнителната разпоредба на проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение. Няма пречка използваемостта на леглата в лечебното заведение да се изчислява за период от 12 месеца, още повече че лечебните заведения разполагат с информационни програми, които отчитат дейността, включително и използваемостта на леглата за всеки календарен месец. Същевременно не се иска съпоставяне със средните данни за страната. Освен това чрез така формулирания текст се поставя условието лечебното заведение да може да кандидатства за одобрение по реда на тази наредба, ако е осъществявало дейност поне 12 месеца преди подаване на заявлението по чл. 2. Ако се приеме предложението да се изиска използваемостта за цялата предходна календарна година, това означава, че ще се изисква по-дълъг период на функциониране на лечебното заведение преди подаване на заявлението, което считаме за ненужно ограничаване на възможностите пред лечебните заведения. Текстът в приложение № 1, критерий № 1, раздел III, т. 5 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение. Мотивите са същите, както тези по предложението по раздел II, т. 5 от критерий №
--	--	---	--

	с „предходната година“ – всички посочени индикатори се изчисляват на годишна база. Тази забележка се отнася за всички такива текстове. Това е видно и от т. 2 на същата таблица където индикаторите са за последната приключила статистическа година, а информацията е за последните 12 месеца – има несъответствие в изискванията и не може да се направи анализ и сравнимост В Раздел III т.2 думата „библиотека“ да се махне. Поддържането на библиотека изисква специален ред и не е необходимо при наличието на множество електронни ресурси и достъп да множество научни мрежи и издания. В Приложение № 2 към чл. 2, ал. 1, т. 1, б. „б“ и чл. 12, ал. 2, т. 2 Раздел II Т. 2 източник на информация – виж по-горе Т.5 70% е твърде много. Раздел III т. 2 „библиотека“ да отпадне	Приема се по принцип Приема се. Не се приема. Не се приема. Приема се.	1. В т. 1 не се иска съпоставимост със средни за страната стойности. Текстът в приложение № 1, критерий № 2, раздел III, т. 2 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение. Няма конкретно предложение по проекта на нормативен акт. Цитираната т. 2 се отнася за изискването отделението да е осъществявало медицинска дейност не по-малко от 12 месеца преди подаване на заявлението по чл. 2 от проекта на наредбата. По-горе този въпрос не е коментиран от вносителя на становището. Няма предложение за конкретна стойност на този индикатор. Използваемост, по-ниска от 70%, по принцип се счита за недостатъчна и няма да осигури достатъчен брой клинични случаи за постигане на ефективно обучение на студенти и специалисти. Текстът в приложение № 2, критерий № 2, раздел III, т. 2 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение.
--	---	---	---

		В Приложение № 3 към чл. 2, ал. 1, т. 1, б. „в“ и чл. 12, ал. 2, т. 3 Критерий 1 Раздел II т. 4 да отпадне – този тип лечебни заведения не се извършват аутопсии	Не се приема.	Съгласно чл. 98, ал. 1 от Закона за здравето на лицата, починали в лечебно заведение, се извършва патологоанатомична аутопсия след уведомяване на родител, пълнолетно дете, съпруг, брат или сестра. Текстът е категоричен по отношение на мястото, където е починало лицето – лечебно заведение, независимо от вида му. Също така няма нормативно условие аутопсия да се извършва само при неясни диагностични случаи. Освен това в медицинската наука и практика аутопсията никога не е разглеждана като акт на оскверняване на починалия, както твърди вносителят на становището. Напротив – извършването на патологоанатомична аутопсия е свързано с установяването по обективен начин не само на диагноза/и, но и на непосредствената причина за смъртта, както и на различни причинно-следствени връзки по отношението на заболяването и по отношение на провежданото лечение. Установяването на тези факти подкрепя и/или прецизира съществуващите теоретични познания, обективизирайки научните предположения или хипотези. Именно по тази причина за обучаващите се студенти и специализанти е важно да получат пълни познания относно целия процес на диагностика и лечение и доказателство, че те са извършени по най-правилния начин, доказано чрез резултатите от аутопсията. Извършването на аутопсии е и единствената възможност за обучение на специализанти за придобиване на медицинската специалност „Обща и клинична патология“, които и без това са изключително малко спрямо потребностите в страната.
--	--	--	---------------	---

				Практически не съществува 100% сигурност, че поставената диагноза или установеното състояние като причина за смъртта, съответства на патологоанатомичните, докато не бъде направена самата аутопсия, тъй като и в най-ясните от диагностична гледна точка случаи, може да се окаже, че има и друга причина, която не е установена приживе. Важно също така е да отбележим и обстоятелството, че въпроси и дори съдебни спорове могат да възникнат и на по-късен етап, когато вече е минало време и не съществува възможност те да се решат чрез аутопсия. В тази връзка ръководителите на лечебни заведения неправилно тълкуват текста на чл. 98, ал. 4 от Закона за здравето (По изрична молба на близките на починалия в случаите по ал. 1 ръководителят на лечебното заведение може да издаде заповед за освобождаване от патологоанатомична аутопсия) и считат, че подадената молба изцяло ги освобождава от отговорността да не се извършва аутопсия, като допълнително изискват деклариране от близките, че няма да имат претенции към диагнозата, лечението и т.н. От правна гледна точка тази декларация няма никаква стойност и не лишава близките на починалия от възможността да предявят претенции към лечебното заведение на по-късен етап, при което липсата на аутопсионен протокол се явява в минус, тъй като лечебното заведение не може да докаже по безспорен начин, че извършените медицински дейности са в съответствие с общоприетите медицински правила за поведение в конкретния случай. Освен изложеното следва да се има предвид, че не е необходимо аутопсията да се извършва в самото лечебно заведение, където е починал пациентът. Изискването на закона е да се извърши аутопсия на такъв пациент, без да уточнява къде трябва да се извърши.
--	--	--	--	---

	Раздел III т. 5 - изискването за 100% изпълнение е неизпълнимо, а и не съответства на изискванията на другите посочени по-горе ЛЗ В Критерий 2 Раздел III т. 2 „библиотека“ да отпадне В Приложение № 4 към чл. 2, ал. 1, т. 1, б. „г“ и чл. 12, ал. 2, т. 4 Критерий 1 раздел II т. 3 да отпадне – в този вид ЛЗ не се извършват аутопсии В Приложение № 6 към чл. 2, ал. 1, т. 1, б. „е“ и чл. 12, ал. 2, т. 6 Раздел II т. 5 да отпадне – в този вид ЛЗ не се извършват аутопсии Във връзка с правилното прилагане на Наредбата и начина на оценяване на лечебните заведения е необходимо създаване на методика за оценка Методика за оценяване В тази методика трябва да има текст, който определя до колко % трябва да са изпълнени съответните индикаторите, за да бъде определено ЛЗ за база за обучение Към методиката трябва да всеки вид лечебно заведение да има таблица за оценяване, за да се осигури прозрачност и обективност на съответните оценки Прилагаме примерна таблица за оценяване на болници (необходимо е подобни таблици да има за всеки вид ЛЗ)	Приема се. Приема се. Не се приема. Не се приема. Не се приема.	Текстът в приложение № 3, критерий № 1, раздел III, т. 5 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение. Текстът в приложение № 3, критерий № 2, раздел III, т. 2 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение. Мотивите са същите, както тези по предложението относно приложение № 3, критерий № 1, раздел II, т. 4 от проекта на наредба. Мотивите са същите, както тези по предложението относно приложение № 3, критерий № 1, раздел II, т. 4 от проекта на наредба. Мотивите са същите, както тези по предложението относно чл. 13, ал. 5 от проекта на наредба.
--	--	--	---

		Таблица за оценяване на дейностите на лечебно заведение за болнична помощ <table><tr><th>Критерий</th><th>Раздел</th><th>Брой индикатори</th><th>Изпълнение в %</th><th></th><th></th><th>Оценка</th></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>2</td><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>3</td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>4</td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>5</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>1</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>3</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Въпрос: а къде то в един раздел има подиндикатори, тогава колко са индикаторите???? Например, в критерий 2 в раздел I има един индикатор със 7 подиндикатори; втори индикатор с 8 подиндикатори и трети индикатор с 1 подиндикатор; тогава колко са общо индикаторите за този раздел – 3 или 16???? Въпрос: в раздел II има индикатори за дейността на отделните структури. Как ще се попълва – би следвало за всяка структура поотделно да има приложение???, включващо този раздел??? Предложение Преди да се публикува наредбата, да се извърши пилотно проучване в една областна и една общинска болница, които досега са били база за обучение на студенти и специализанти!!!	Критерий	Раздел	Брой индикатори	Изпълнение в %			Оценка	1	1	16						2	7						3	11						4	11						5	2					2	1	3						2	3						3	3					3	1	2						
Критерий	Раздел	Брой индикатори	Изпълнение в %			Оценка																																																																				
1	1	16																																																																								
	2	7																																																																								
	3	11																																																																								
	4	11																																																																								
	5	2																																																																								
2	1	3																																																																								
	2	3																																																																								
	3	3																																																																								
3	1	2																																																																								
3.	„Комплексен онкологичен център-Бургас“ ЕООД – 74-00-356/09.09.2019 г.	След като се запознахме с проекта на Наредба за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти, предлагаме да се коригира и отпадне задължителния характер в Приложение № 2 към чл. 2, ал. 1, т. 1, б. „б“ и чл. 12, ал. 2, т. 2 за комплексен онкологичен център, център за психично здраве и център за кожно-	Не се приема.	Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 2 относно приложение № 3, критерий № 1, раздел II, т. 4 от проекта на наредба.																																																																						

		венерически заболявания, Критерий № 1 „Структура и организация на дейността на лечебното заведение за болнична помощ“, Раздел II „Резултати от медицинската дейност в отделенията на лечебното заведение по отделни медицински специалности, по които ще се осъществява обучение“, т. 6 „Извършени са аутопсии на не по-малко от 50% от починалите в лечебното заведение пациенти (когато има починали пациенти в лечебното заведение)“. Мотивите ни са следните: Аутопсията не е самоцелен акт, а медицинска дейност със строги показания. Правилата за извършване на аутопсия са съобразени с нейната полезност, иначе това би бил един излишен акт на оскверняване на починал и допълнителен стрес за опечалените близки. Аутопсия се извършва само при починали с неизяснена диагноза и/или съмнения за неправилна/или недобре изпълнена медицинска дейност, която би могла да е причина за фатален изход. Единствената цел на аутопсията е да изясни обстоятелствата, довели до смъртта и да помогне да се избегнат за напред, евентуалните направени при лечението пропуски. Според организацията на здравеопазването в България, за лечение в онкологичните центрове попадат само и единствено пациенти с онкологични диагнози. Пациент без доказана малигнена диагноза, регионалните центрове не са оторизирани да регистрират и лекуват, според наличните медицински стандарти. От това следва, че определението „пациент с неизяснена диагноза“ не важи за хора, лекувани в комплексни онкологични центрове. Всеки етап от лечението на онкологичен пациент има сериозни странични ефекти и големи рискове, които са ясни на всеки лекар, както и са подробно описани (включително смърт) в наличните медицински документи. Пациентите и техните близки са надлежно информирани и съгласни да поемат тези рискове, предвид сериозността на заболяванията.		
--	--	--	--	--

		При анализ на данните за смъртност в нашето лечебно заведение („КОЦ- Бургас” ЕООД) за времето от началото на 2016 г. до сега, може ясно да се види, че 90 % от починалите болни са в Отделение по медицинска онкология като 50 % от тях са в сектор „Палиативни грижи”. Рискът при терапия, която често е кардиотоксична, почти задължително хематотоксична и т.н. е значителен и пациентите подложени на химиолечение са информирани за високия процент смъртност. При ясна диагноза и високи рискове от фатален изход, числото на починалите в Отделението по медицинска онкология съответства на очакванията. За незапознати с естеството на работа на сектора по палиативни грижи може да не е разбираемо, но за квалифицираните лекари, пациентите и техните близки е абсолютно ясно, че в сектор по палиативни грижи се приемат само и единствено терминални пациенти, при които смъртта е очаквана в кратък период на време. От това логично следва, че високият леталитет в сектора по палиация не може да се счита за „изненада“ или „неизяснени медицински обстоятелства“, тоест адекватна причина за извършване на аутопсия. В заключение, след анализ на показанията за извършване на аутопсия и случаите с летален изход сред тежките пациенти в „КОЦ-Бургас” ЕООД, се вижда, че няма обоснована причина за голям процент аутопсии. Завишаването на броя аутопсирани пациенти е необосновано и нехуманно. Единствен резултат би бил излишен стрес за близките на починалите в достатъчно тежкия за тях момент. В световен мащаб предприемането на аутопсия е в изключително редки и строго определени случаи и няма никаква медицинска, етична или друга причина в нашите лечебни заведения със статут на КОЦ да е различно. Съобразно гореизложеното, считаме, че критерий за наличие на 50% аутопсии не може да е със задължителен характер. Той не само не е необходим и изкуствено завишен, но е и нехуманно да се изисква от		
--	--	---	--	--

		близките да бъдат принудени да изтърпят последствията от изпълнението му. Таргетиране на количество аутопсии като самоцел е в разрез с медицинската етика.		
4.	Д-р Любомир Бойчев, Началник АГ отделение към МБАЛ Тютракан ЕООД, гр. Тютракан вх.№ 20-00-638 от 09.09.2019 г.	Във връзка с индикаторите, свързани с оценка на осъществявания обем дейност и обхват на диагностично-лечебната дейност в лечебните заведения за болнична помощ /Приложение 1/, предлагам да отпадне индикатора за извършени аутопсии на не по-малко от 50% от починалите в лечебното заведение. Считам, че този индикатор реално не се изпълнява в по-голямата част от лечебните заведения, поради дадената възможност в чл. 98, ал. 4 на Закона за здравето за освобождаване от аутопсия. Освен това възможността за специализация по определена специалност като акушерство и гинекология, детски болести, хирургия ще зависи от процента аутопсии на пациентите, пролежали в неврологично отделение, вътрешно отделение, ОАИЛ, което е нелогично. По-справедливо е процентът на извършените аутопсии да се отнесе към пациентите на съответното отделение. Включването на този индикатор при сегашната му формулировка като задължително изискване, ще ограничи възможността на много лечебни заведения, които са бази за специализация и чиито резултати отговарят на останалите индикатори за качество на медицинската дейност, да продължат да извършват този вид дейност. МБАЛ Тютракан ЕООД е база за обучение на специализанти от 2013 година. В структурата си има разкрито Отделение по обща и клинична патология, в което се извършват патологоанатомични аутопсии, но процентът им е по-малък от изискваните, поради изричната молба на близките на починалите за освобождаване от аутопсия. Право, което им е дадено със Закона за здравето. От друга страна неизпълнението на този индикатор за лечебното заведение не се отразява по никакъв начин	Не се приема. Приема се по принцип.	Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 2 относно приложение № 3, критерий № 1, раздел II, т. 4 от проекта на наредба. Текстът на приложение № 1, критерий № 1, раздел II, т. 6 и 7 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение. В преходна разпоредба към проекта на наредба се предвижда, че оценяването на индикатора по т. 6 ще се извършва за периода след влизането в сила на наредбата.

		на обема, вида и качеството на извършваната медицинска дейност примерно в отделението по АГО на МБАЛ Тутракан ЕООД, което към настоящия момент е база за специализация. Отделението е от второ ниво на компетентност, работи по 90% от наличните КП по специалността, в него се практикува ендоскопска хирургия /лапароскопии и хистероскопии/ в процент, кореспондиращ с утвърдените европейски практики. Оборудвано е с високотехнологична апаратура, в него работят специалисти които специализират във водещи европейски клиники. Двама специализанти по акушерство и гинекология се представиха отлично на изпита за специалност и вече работят като специалисти в лечебното заведение, а трети е пред изпит за специалност. Всичко това посочваме в доказателство на твърдението ни, че една добре комплектувана кадрово и оборудвана структура постига чудесни резултати и не би било справедливо да зависи от процента на извършените аутопсии в лечебното заведение. Считам, че процентът на извършените аутопсии в лечебното заведение не е съществен индикатор за качество на извършената диагностично-лечебна дейност в конкретна болнична структура, във връзка с провеждане на специализация, и като такъв предлагам да отпадне. Предлагам да отпадне изискването неизпълнението на един индикатор да определя лечебното заведение като неотговарящо на изискванията за провеждане на специализация, а да се формира оценка, в зависимост от степента на изпълнение на отделните индикатори. Всеки специализант има право сам да определи къде да проведе своята специализация	Не се приема.	Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 2 относно чл. 13, ал. 5 от проекта на наредба.
5.	МУ – София ректорат – вх. № 21-00-529/ 09.09.2019 г.	С приемане и въвеждането на изисквания към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти вярваме, че ще се осигури необходимото високо ниво на компетентност на		

		лечебните заведения, което ще гарантира високо качество, последователност и сигурност при осъществяване обучението на студенти и специализанти в системата на здравеопазването. С настоящото становище правим следните предложения: Считам, че в състава на консултативния съвет към министъра на здравеопазването по чл.7, ал.1 и ал.3 от Наредбата за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти следва да се включат и представители на медицинските университети в Република България, тъй като лечебните заведения не биха могли да извършват обучение без ангажираността на съответния медицински университет. Считам, че следва да се уреди хипотеза, при влязъл в сила отказ за одобрение на лечебното заведение по чл. 17, ал.1 от Наредба за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти, то това да е основание за прекратяване на сключения договор за обучение с висшето училище.	Приема се по принцип. Не се приема	Съгласно разпоредбата на чл. 7, ал. 4 от проекта на наредба се дава възможност министърът на здравеопазването да определи представителите от квотата на Министерството на здравеопазването, които могат да бъдат и лица извън министерството. Регламентирането на посочената хипотеза излиза извън обхвата на Наредбата за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти. Тъй като получаването на отказ за одобрение за обучение води до невъзможност на лечебното заведение да провежда обучение на студенти и специализанти, считаме, че хипотезата в тези случаи да се прекратява сключения договор за обучение с висшето училище следва да се уреди в самия договор между висшето училище и лечебното заведение.
6.	УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“ АД, гр. Стара Загора – вх. № 20-24-37/ 12.09.2019 г.	В чл. 10, ал. 1 „Консултативният съвет провежда редовни и извънредни заседания“ думите „и извънредни“ да отпаднат.	Не се приема.	Липсват мотиви за направеното предложение. Целесъобразно е да се осигури възможност за свикване на Консултативния съвет на извънредни заседания, като това е обосновано от гледна точка възможността да се явят едновременно по-голям брой лечебни заведения, които трябва да преминат на оценка и в този случай няма да е възможно това да стане в едно редовно заседание за съответния месец.

		В чл. 10, ал. 5 „Членовете на консултативния съвет се уведомяват за датата и часа на заседанието и дневния ред, най-малко 3 дни преди провеждането му. В същия срок всички материали по дневния ред се предоставят на членовете на съвета. При възможност материалите се предоставят и на електронен носител.“ след думата „уведомяват“ да се добави „<i>писмено или по електронен път</i>“. В чл. 10, ал. 6 „Дневният ред на заседанията се определя от председателя на консултативния съвет. Допълнителни точки в дневния ред могат да се включват по решение на съвета в деня на провеждане на заседанието.“ изречение второ да се промени така: „Допълнителни точки в дневния ред могат да бъдат включени не по-късно от 24 часа преди провеждане на редовното заседание“.	Приема се. Не се приема.	Текстът на чл. 10, ал. 5 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение. Липсват мотиви за направеното предложение. В случай, че предложението се приеме, няма да съществува възможност за оперативно функциониране на Консултативния съвет по въпроси от процедурен и организационен характер. Когато темата, предложена за включване в дневния ред, изисква допълнително представяне на материали и обсъждане, няма пречка Консултативният съвет да вземе решение по целесъобразност и да отложи разглеждането на въпроса за следващо заседание.
7.	„МБАЛ – Асеновград“ ЕООД – вх. № 20-00-641/ 13.09.2019 г.	След като се запознах с проекта на предложената от Вас Наредба, както и с мотивите за това, правя следните предложения: В Раздел II „Резултати от медицинската дейност в клиниките/отделенията“, Индикатори №5 и №6 да отпаднат или бъдат променени в следния вид: „Индикатор 5 – Използваемост на леглата - не по-малка от 40% през последните 12 месеца“. Използваемостта на леглата е относително понятие и разликата в използваемостта на отделение с 10 легла и такова с 30 в реално преминали и лекувани пациенти е значителна, което означава, че при заложените 70% използваемост в един момент при 7 налични болни е възможно обучение, но при 20 такива не. Нека се има предвид и лимитирането на дейността от НЗОК под формата на месечни бюджети /субективно определени/, което не	Не се приема.	Използваемостта е пряко производна на реализирания обем дейност, който е от съществено значение за целите на обучението на студенти и специалисти. В тази връзка няма как да отпадне този показател нито да бъде снижен до степен 40%. Извършването на аутопсии изобщо не предполага наличие на съответната структура и лекар на трудов договор в нея в лечебното заведение, тъй като такова нормативно изискване няма. Аутопсиите могат да се извършват и по договор с друго лечебно заведение.

		позволява разгръщане на дейност в ЛЗ с нисък бюджет, спазвайки стриктна финансова дисциплина. „Индикатор 6 – В лечебното заведение има възможност да се извърши аутопсия на починали в него пациенти“. Това предполага наличие на съответната структура и лекар на трудов договор в нея. Въвеждане на изискване за 50% аутопсирани пациенти или освобождава ЛЗ в които няма починали /има такива ЛЗ/ от индикатора или поставя под заплаха почти всички останали, тъй като това е значителен % и неизпълним от повечето ЛЗ. Струва ми се, че самото наличие на такава структура и съответен специалист е много по-ценно условие, което би трябвало да залегне като задължителен индикатор. В мотиви към проекта на Наредба за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти четем: „Не се предвижда формиране на оценка в зависимост от степента на изпълнение на отделните индикатори, като неизпълнението дори на един от тях определя лечебното заведение като неотговарящо на изискванията да осъществява практическо обучение“. По този начин, дори един от посочените по-горе индикатори ако не е изпълнен, лечебното заведение няма да получи одобрение. При налични специализанти в него, те ще трябва да се насочат към други ЛЗ, което ще създаде напрежение в системата	Не се приема.	Абсолютно нецелесъобразно е да се въведе изискване за наличие на структура и специалист за извършване на аутопсии във всяко лечебно заведение именно поради липсата на необходимост от това, възможността тази дейност да се извършва и по договор и дефицита на специалисти по обща и клинична патология в страната. Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 2 относно чл. 13, ал. 5 от проекта на наредба.
8.	Българска болнична асоциация – вх. № 15-00-191/ 18.09.2019 г.	<u>Предложения по текстовете на Наредбата:</u> 1/ Да се промени изискването, заложено в чл. 13, ал. 5 и чл. 17, ал. 2, т. 2 от Наредбата, съгласно което в случай на установено несъответствие с някой от критериите, на които трябва да отговаря лечебното заведение (посочени в Приложения № 1-7) ще бъде постановяван отказ за извършване на дейностите по обучение на студенти и специализанти. Вместо това предлагаме да се запази точковата система по отменената Наредба № 18/2005г. МОТИВИ: съгласно посочените текстове от Наредбата, дори при само едно констатирано	Не се приема.	Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 2 относно чл. 13, ал. 5 от проекта на наредба.

		несъответствие с индикаторите, разписани в съответното приложение, ще бъде постановяван отказ и ЛЗ няма да може да извършва обучение на студенти и специализанти. Предвид че разписаните изисквания, и в частност тези касаещи болниците за активно лечение, са доста завишени, а някои неотносими към качеството на провежданото обучение или направо неизпълними (като % аутопсии), това на практика ще намали драстично броят на лечебните заведения, които ще могат да бъдат бази за обучение. В страната ще останат само няколко болници, които ще продължат да бъдат бази за обучение. По този начин редица лечебни заведения ще бъдат лишени от възможността да обучат и в следствие попълнят кадровия си дефицит с млади специалисти, а вече направените от ЛЗ инвестиции във връзка с провежданите обучения (технически, материални и др.) няма да имат своята възвращаемост. От своя страна, концентрацията на студенти/специализанти само в няколко ЛЗ в страната ще намали и броят на самите обучаващите се, респ. голям брой от лекарите, желаещите да получат специалност, няма да имат тази възможност поради липсата на достатъчно места. Самото обучение е свързано с определена кадрова и материална обезпеченост на базата-лечебно заведение и в тази връзка дори най-големите университетски болници в страната няма да могат да посрещнат практически обучението, дори и да има желаещи /1 специалист може да бъде наставник само на 3 специализанта, което автоматично ограничава броя на обучаващите се/. Не на последно място, намаляването на броя на ЛЗ, които могат да бъдат бази за обучение, особено в провинцията, ще затрудни значително студентите/специализантите, които ще бъдат принудени да провеждат обучението си в град, различен от този на местопребиваването им. Това в най-значителна степен ще рефлектира на обучаващите се от градовете, които са ситуирани по-далеч от големите областни градове с университетски болници.		
--	--	---	--	--

	<u>Предложения по Приложение № 1 към Наредбата:</u> 1/ Критерий 1, р. I, т. 12 – да се промени източника на информацията относно изпълнението на критерия, като вместо представянето на ежедневни справки, се представят вътрешни правила, осигуряващи спазването на изискването. МОТИВИ: Като източник на информация за спазването на индикатора е предвидено представянето на ежедневни справки от ЛЗ до РЗИ за свободните болнични легла. Представянето на такива справки обаче е практически невъзможно, т.к. в редица здравни инспекции същите се правят устно по телефона и в тази връзка ЛЗ не разполага с писмен документ, който да бъде представен на експертната комисия. Въведени в ЛЗ вътрешни правила, регламентиращи този процес, са достатъчна гаранция за спазването на изискването и в тази връзка, наличието на правила е достатъчно доказателство за изпълнението на заложения индикатор. Още повече, нормата на чл. 8а от Наредба № 49/18.10.2010г. на МЗ задължава ЛЗ да поддържат актуална информация за свободните болнични легла, с оглед ежедневното ѝ предоставяне на регионалните здравни инспекции, без да упоменава, че това следва да става писмено. 2/ Критерий 1, р. II, т. 3 („клиниката/отделението осъществява мед. дейност от поне второ ниво на компетентност“) – предлагаме индикатора да отпадне изцяло. МОТИВИ: поставя изискване клиниката/отделението, където ще се провежда обучението да има поне второ ниво на компетентност, за доказване на което се иска представяне на разрешение за осъществяване на лечебна дейност и справка за дейността на ЛЗ за последните 3 години. Поставянето на подобно изискване не кореспондира с цялостната политика в областта на здравеопазването, насочена към отпадане на нивата на компетентност. Още повече, към	Не се приема. Не се приема.	Вътрешните правила, дори и да са налице, не гарантират изпълнението. То се доказва единствено чрез посочените ежедневни справки, които се представят в РЗИ – практика, утвърдена от години. Политика, насочена към отпадане на нивата на компетентност в медицинските стандарти, не съществува и не е обсъждана такава възможност до настоящия момент.
--	--	---	--

	настоящия момент по редица специалности липсват приети медицински стандарти, респ. нива на компетентност, а по други – в действащите стандарти липсват изобщо разписани нива. 3/ Критерий 1, р.Ц, т. 5 („използваемост на леглата – не по-малка от 70% през последните 12 години“) – предлагаме индикатора да отпадне изцяло. МОТИВИ: първо, критериите и условията в наредбата, и в частност разглеждания индикатор, следва да са съобразени с изискванията на медицинските стандарти по съответните специалности и да не поставят изисквания многократно по-високи от тези, разписани в тях. Много от мед.стандарти не изискват изобщо такъв висок процент използваемост на леглата за поддържане на съответното ниво на компетентност. При това положение, лишено от всякаква правна логика е обсъжданата Наредба да поставя подобни неизпълними изисквания и на практика да дерогира специалния нормативен акт – стандарта. Още повече, след като определена структура е с присъдено ниво на компетентност и поддържа същото, респ. отговаря на заложените изисквания относно използваемост, то безпредметно е Наредбата да поставя допълнителни изисквания в тази насока. Друг е въпросът, че по редица специалности изобщо липсват приети и действащи стандарти, които евентуално да дадат отправна точка за определяне на процента на използваемост. Второ, след като всеки стандарт отчита спецификата на съответната мед.специалност в определянето на изискуемия процент използваемост, то абсурдно е Наредбата да поставя общ процент приложим за всички специалности. Не на последно място, следва да се отчете и фактът, че преобладаващият брой ЛЗ осъществяват своята дейност по договор с НЗОК, в който са посочени определен брой легла и определени стойности до които ЛЗ може да приема пациенти. В условията на лимитиране на дейността е немислимо да се поставят	Не се приема.	Този нормативен акт е самостоятелен и в тази връзка той определя изисквания, които са свързани с конкретна дейност (обучение на студенти и специализанти). В тази връзка няма пречка наредбата да поставя специфични и по-високи изисквания към лечебните заведения.
--	---	----------------------	---

	изисквания за покриване на процент използваемост на легловия фонд. 4/ Критерий 1, р.П, т. 6 („извършени са аутопсии на не по-малко от 50% от починалите в ЛЗ“) – предлагаме индикатора да отпадне изцяло. МОТИВИ: разглежданият индикатор е в противоречие със Закона за здравето. В чл. 98, ал. 4 от ЗЗ е предвидено правото на близките на починалия да поискат освобождаване от аутопсия. При това положение, ЛЗ не може да определя по своя воля процента на извършваните аутопсии на починали лица, т.к. ще наруши правото на близките на пациента. Добре известно е, че понастоящем в преобладаващ брой случаи на лечение с летален изход, починалото лице се освобождава от ЛЗ без аутопсия. Малко са хипотезите, в които аутопсия е необходима, поради някаква специфична нормативна или обективна причина. Предвид изложеното, разглежданият критерий залага на практика неизпълнимо изискване към ЛЗ и следва да отпадне. 5/ Критерий 2, р.І, т. 2 („използваемост на легла в клиниките/отделенията, в които се осъществява обучението-не по-малка от 70%“) – предлагаме индикатора да отпадне изцяло. МОТИВИ: поставеното изискване определени показатели при кандидатстващото ЛЗ да са не по-малки или съответстващи на средните стойности за страната е ограничаващо и намалява изкуствено и ненужно броя на ЛЗ, които могат да бъдат бази за обучение. Първо, за ЛЗ с по-малък обем на дейност (главно в провинцията) покриването на средните статистически стойности за страната по изброените показатели е непосилно, доколкото в същите са включени и данните от дейността на големите многопрофилни болници от големите областни градове, което неминуемо завишава средната стойност. На практика се създава дискриминиращо положение спрямо „по-малките“ ЛЗ.	Не се приема. Не се приема.	Индикаторът не само че не е в противоречие с текста на Закона за лечебните заведения, но подчертава изискването за неговото изпълнение. Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 2 относно приложение № 3, критерий № 1, раздел П, т. 4 от проекта на наредба. Независимо от факторите, които повлияват показателите за дейност на лечебните заведения, за целите на обучението на студенти и специалисти е важно осигуряването на достатъчна по обем и сложност практическа дейност, както и устойчивост на тези показатели, за да се гарантира оптимално ниво на обучение.
--	--	---	--

	Второ, тези средни статистически стойности могат да бъдат много променливи и едно ЛЗ дадена година да съответства на същите, а през друга – да не може, респ. при една оценка на базата да покрива индикатора, а при друга – да не успее, което създава несигурност на вече специализиращите в него лекари. Трето, всички заложи в индикатора показатели зависят пряко от броя на преминалите пациенти през съответната година. Както посочихме и по-горе ЛЗ осъществяват своята дейност по договор с НЗОК, в който са посочени определен брой легла и определени стойности, конкретни за всяко ЛЗ, до които то може да приема пациенти, което от своя страна влияе пряко върху броя пациенти, а оттам и върху използваемост, оборот на леглата, леталитет и т.н. Добре известно е, че в някои области на страната са разпределени повече легла и стойности от други, което поставя в неравностойно положение ЛЗ от тези области, поради факта, че имат определен по-малък брой легла и по-ниски стойности на дейностите по договора с НЗОК. Отделно сам по себе си пациентопотокът е фактор, върху който ЛЗ не може да влияе пряко и зависи изцяло от външни обстоятелства – заболяемост, избор на пациента и др. Несправедливо е годността на едно ЛЗ да бъде база за обучение да се определя от външни фактори, извън прекия контрол на ЛЗ, а същевременно самият индикатор да изисква реализирани управленски решения с положителен резултат на базата. Не на последно място, покриването на осреднени стойности за страната не е показателно за качеството на провежданото обучение и капацитета на самата база. 6/ Критерий 3, р.І, т. 1, подт. 2 – предлагаме индикатора да отпадне изцяло. МОТИВИ: поставеното изискване в кандидатстващата за оценка структура да има поне две лица, завършили специалност „Здравни грижи“ и притежаващи специалност „Управление на здравните грижи“ е неизпълнимо за голяма част от ЛЗ. Добре известен е		Не се приема. Изискването се основава на изискванията в други нормативни актове, както и на необходимостта да се осигури непрекъсваемост на учебния процес, за което са необходими поне двама специалисти от съответния вид.
--	---	--	--

		дефицитът на кадри от професионално направление „Здравни грижи“ на общонационално ниво. При това положение е неоправдано поставянето на изискване за допълнителни специалности, респ. и завишени бройки.										
9.	Национално сдружение на областните многопрофилни и болници за активно лечение – вх. № 63-00-200 от 18.09.2019 г. и № 63-00-207 от 19.09.2019 г.	I. Относно: Чл.13, ал.5 от проект на Наредбата.... В случаите, когато експертната комисия приеме, че е налице неизпълнен индикатор от критериите, на които трябва да отговаря структурата и организацията на дейността, необходимото оборудване и квалификацията на персонала в лечебното заведение, се изготвя решение за отказ да бъде одобрено кандидатстващото лечебно заведение. Предложение от НСОМБАЛ: - да има скала за оценяване и да се формира оценка в зависимост от степента на изпълнение на отделните индикатори, като се определи минимална граница, която позволява ЛЗ да бъде определено като база за практическо обучение на студенти и специализанти. II. Относно: Приложение №1 към чл.2, ал.1, т.1, „а“ и чл.12, ал.2, т.1 за Лечебни заведения за болнична помощ <table><tr><td>Пореден № от проекта за Наредбата</td><td>Индикатор от проекта за Наредбата</td><td>Предложение за промяна</td><td>Мотиви за предложената промяна</td></tr><tr><td>1.Критерий 1, раздел I.12.</td><td>12.В лечебното заведение периодично се анализира възможността за планова хоспитализация и се осъществява</td><td>12.....се осъществява контрол върху осигуряването на легла за спешен</td><td>Статистически годишни данни на областните МБАЛ</td></tr></table>	Пореден № от проекта за Наредбата	Индикатор от проекта за Наредбата	Предложение за промяна	Мотиви за предложената промяна	1.Критерий 1, раздел I.12.	12.В лечебното заведение периодично се анализира възможността за планова хоспитализация и се осъществява	12.....се осъществява контрол върху осигуряването на легла за спешен	Статистически годишни данни на областните МБАЛ	Не се приема.	Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 2 относно чл. 13, ал. 5 от проекта на наредба.
Пореден № от проекта за Наредбата	Индикатор от проекта за Наредбата	Предложение за промяна	Мотиви за предложената промяна									
1.Критерий 1, раздел I.12.	12.В лечебното заведение периодично се анализира възможността за планова хоспитализация и се осъществява	12.....се осъществява контрол върху осигуряването на легла за спешен	Статистически годишни данни на областните МБАЛ									
			Не се приема.	Липсва годишна статистика в утвърдените отчетни форми на лечебните заведения относно свободните болнични легла по видове. Не е определен период, за който да се представи информация за наблюдението на този показател, тъй като в текста е казано, че „в лечебното заведение периодично се анализира възможността за планова хоспитализация и се								

			контрол върху осигуряването на легла за спешен прием на пациенти <u>на не по-малко от 10% от общия брой болнични легла за активно лечение във всяка болнична структури</u> , с изключение на болничните структури по медицинска онкология, лечелечение и нуклеарна медицина.	прием на пациенти <u>на не по-малко от 10% от общия брой болнични легла за активно лечение в лечебното заведение за последнит е 12 месеца</u>			осъществява контрол върху осигуряването на легла за спешен прием на пациенти ...“ Това изискване е регламентирано в чл. 8а, ал. 1 от 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 и целта е да се докаже, че то се спазва от лечебното заведение постоянно. Не е целесъобразно да се поддържат 10% от легловия фонд на лечебното заведение за целите на спешността, тъй като това изискване се отнася за всеки вид легла, т.е. липсата на свободни легла в една структура няма как да бъде компенсирана с такива в друга структура в условията на спешност.
		2.Критерий 1, раздел II.4.	4.Не по-малко от 30% от преминалите болни са със заболявания, лечението на които изисква второ и по-високо ниво на компетентност .	4.Не по-малко от 15% от преминалите болни са със заболявания, лечението на които изисква второ и по-високо ниво на компетентност.	Статистически годишни и данни на областните МБАЛ	Не се приема.	Този и сходни показатели са включени и в голяма част от проектите на медицински стандарти, които се разработват в момента, като в повечето се определя значително по-голям процент (поне 50%) на определени медицински дейности, съответстващи на второ и трето ниво на компетентност. Само 15% преминали болни с патология, която съответства на дейностите за второ и трето ниво не може да обоснове наличието на по-високо от първо ниво. Освен това студентите и специализантите трябва да имат възможност да практикуват дейностите в условия на достатъчна по обем и вид патология, за да получат пълноценно обучение, за което наличието на 85% преминали болни със

		3.Критерий 1, раздел II.5.	5.Използваемостта на леглата – не по-малка от 70% през последните 12 месеца.	5.Използваемостта на леглата – не по-малка от 60% през последните 12 месеца.	1. Статистически данни на НЦОЗА за 2018г. 66.2% за ЛЗБП и 64.6% за МБАЛ 2.Изискване на Критерий 2, раздел I,2.1. на Проекта на наредбата	Не се приема.	заболявания, които се лекуват само на първо ниво е крайно недостатъчно. Показателят се отнася за структурата, в която ще се обучават студенти и/или специализанти, а не за цялото лечебно заведение. Във връзка с цитираните данни в страната (в четвъртата колона на предложението), при факта, че за страната използваемостта е над 65%, нелогично е за обучаваща структура да се изиска по-нисък процент – 60.
		4.Критерий 1, раздел II.6.	6.Извършени са аутопсии на не по-малко от 50% от починалите в лечебното заведение пациенти/когато има такива/.	6.Има документирана информация за извършени аутопсии на починали в лечебното заведение пациенти	1.Чл.98 от Закона за здравето 2.Статистически данни на областните	Не се приема.	С предложеният текст на практика не се предлага конкретно изискване и няма как този текст (в третата колона на предложението) да послужи за показател.

				по клинични показания през последнит е 12 месеца.	МБАЛ за % изв. аутопси и		
		5. Критерий 1, раздел III.5.	5.Лечебното заведение или отделна негова медицинска структура има възможност за изпълнение поне на 60% от продължителн остта в месеци и съдържанието на утвърдената учебна програма по съответната специалност.	5.Лечебнот о заведение или отделна негова медицинск а структура има възможнос т за изпълнени е поне на 50% от продължит елността в месеци и съдържани ето на утвърденат а учебна програма по съответнат а специално ст.	Данни от областн ите МБАЛ за изпълне ние на СДО програм ите в 50-52% по редица специал ности - Педиат рия, Вътреш ни болести , Инф. болести и др.	Приема се.	Текстът на приложение № 1, критерий № 1, раздел III, т. 5 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение.
		6. Критерий 2, раздел	2.2.– 2.6....оборот на леглата,	Индикатор ите да се съпоставят	Разноро дност на	Приема се частично.	Текстът на приложение № 1, критерий № 2, раздел I, т. 2 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение.

		I, от 2.2. до 2.6.	среден престой, леталитет, предоперативен престой, оперативна активност в клиниките/отделенията, в които се осъществява обучението, съответстващ на средните стойности за страната за последната приключила статистически година, съобразно вида на лечебното заведение;	не по болнични структури, а за цялото ЛЗ през последните 12 месеца	медицинските структури в областните МБАЛ. Липсва национална обобщена годишна статистика на индикаторите по болнични структури, съобразно мед. специалности.		
10.	Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България – вх. № 63-00-210/ 24.09.2019 г.	Конкретните ни предложения са за промени в организацията, провеждането и критериите за оценка на практики за провеждане на практическо обучение по Обща медицина. Те се основават на факта, че обемът дейност по оценката е многократно по-малък, а начинът на организация и осъществяване на дейността - твърде различен от този в останалите части на системата на здравеопазването. За извършване на оценката не се изискват допълнителни специфични умения, различни от тези на всеки ОПЛ, с изключение на изискването за познаване процеса на обучение и поддържане на личната квалификация. Ето защо,			Не се приема.	Наредбата се издава на основание чл. 90, ал. 3, чл. 91, ал. 4 и чл. 92, ал. 3 от Закона за лечебните заведения и нейното съдържание е в съответствие с текстовете на Закона. По тази причина Експертният съвет по обща медицина не може да изпълнява функции на Консултативен съвет. Освен това няма как само за този вид лечебни заведения да има отделен Съвет. Ако се приеме такъв подход. Обучението, което се предвижда за членовете на експертната комисия по чл. 3 включва не само професионалните познания на съответния	

	оценяващият ОПЛ не е необходимо да преминава допълнително обучение като оценител при условие, че покрива критериите за такъв. Процедурата по оценяване може да се проведе бързо, достатъчно отговорно и ефективно, като в случая на Обща медицина функциите на Консултативен съвет се изпълняват от Експертния съвет по Обща медицина. В подкрепа на предложението представяме нормативната рамка за функциите на експертните съвети след промените в Наредба 47: <i>„Чл. 2. (1) Експертните съвети осъществяват експертно -съвещателни и организационно - методични функции при провеждане на държавната здравна политика от министъра на здравеопазването, включително по въпроси, свързани с организацията, качеството и оценката на отделните медицински дейности, на медицинската практика и ресурсното осигуряване на системата на здравеопазване.</i> <i>(2) Експертните съвети извършва и други дейности, когато това е посочено в нормативен акт.</i> <i>(3) При осъществяване на дейността си експертните съвети дават консултации и становища, възложени от министъра на здравеопазването, по въпроси в областите по ал. 1.</i> <i>(4) Министърът на здравеопазването може да възложи на заместник - министрите на здравеопазването да изискват консултации и становища от експертните съвети.</i> <i>(5) Консултациите и становищата служат на министъра на здравеопазването за вземане на решения в областта на здравеопазването и нямат задължителен характер.“</i> Извън горния коментар, не става ясно каква е връзката с обучението на студенти и специализанти на НЗОК, Изпълнителната агенция „Медицински надзор“ и пациентските организации, тъй като те нямат, а и не е необходимо, с оглед на дейността им, съответната компетентност, свързана с обучението на студенти и специализанти. Достатъчно е представителството на	специалист, но и административно-организационни въпроси, касаещи работата на комисията като колективен орган. Не е целесъобразно от обучението да се освобождават единствено общопрактикуващите лекари, тъй като това поражда усещане за неравнопоставеност. Предложената промяна на Наредба № 47 за организацията, дейността и условията и реда за финансиране на експертните съвети и на републиканските консултанти в системата на здравеопазването не е предмет на настоящия нормативен акт. Съставът на Консултативния съвет също е регламентиран в Закона за лечебните заведения и не е предмет на обсъждане в настоящия проект. В контекста на горното са неприложими и останалите предложения на вносителя. Относно предложеното приложение за оценка на възможностите за обучение на студенти и специализанти в амбулатория за първична извънболнична медицинска помощ: Основните раздели на приложението са определени в чл. 90, ал. 3 от Закона за лечебните заведения и те са: структура и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване и квалификацията на персонала. В тази връзка приложението за амбулатории за ПИМП не може да има по-различна структура от посочената.
--	--	---

		Министерство на здравеопазването като принципал и съсловните организации, чиито функции са да контролират и регулират този процес. Предлагаме процедурата за оценка и одобрение на практики за провеждане на практическо обучение по Обща медицина да бъдат изведени в отделен член: Чл.....(Нов) Условия и ред за оценка на лечебно заведение за ПИМП, което се е кандидатирало за според изискванията на чл.2 Ал.(1) Условия и ред 1. Министърът на здравеопазването или упълномощен от него заместник-министър възлага организацията и провеждането на дейностите на експертния съвет по Обща медицина към Министерство на здравеопазването. 2. Експертният съвет по Обща медицина разглежда документите по чл. 2 и определя общопрактикуващ лекар - оценител, който оценява съответствието на кандидатиращата се за обучителна практика с посочените в Приложение 7 критерии. 3. Оценителят, в 7 дневен срок, изготвя доклад за резултата от неговата експертиза, който включва оценка на изпълнение на критериите и предложение за одобрение или отхвърляне, и го представя пред членовете на Експертния съвет по обща медицина и ръководителя на кандидатстващата ПИМП. 4. При отрицателна оценка, ръководителят на кандидатстващата ПИМП, може да обжалва в 3 дневен срок, пред Експертния съвет по Обща медицина. 5. Експертният съвет обсъжда доклада на оценявания ОПЛ в срок до 5 работни дни от получаването му и представя на министъра на здравеопазването мотивирано предложение за одобрение или отхвърляне на кандидатстваща за одобрение ПИМП. В хипотезата на т. 4, Експертният съвет взема решение до 3 работни дни след получаване на възражението и представя решението си министъра на здравеопазването. 6. Въз основа на становището по т.5 министърът на здравеопазването или оправомощен от него заместник-		
--	--	--	--	--

	министър издава заповед, с която одобрява или мотивирано отказва да одобри лечебното заведение за ПИМП. Ал. (2) Задължителни критерии, на които трябва да отговаря, посоченият от Експертния борд по Обща медицина ОПЛ, който извършва експертната оценка. 1. Да има придобита специалност по Обща медицина и най-малко 5 години професионален стаж като ОПЛ. 2. Да работи като ОПЛ в индивидуална или груповата практика за ПИМП. 3. Да има минимум три участия годишно в различни форми за продължаващо медицинско обучение за ОПЛ или свързани специалности, доказани със съответния поименен сертификат. 4. Да познава съдържанието на програмата за провеждане на практическо обучение по Обща медицина. 5. Да не работи в кандидатстващото за одобрение лечебно заведение и да не е съпруг, съпруга или родственик по права или съребрена линия до IV степен работещите в кандидатстващата за одобрение ПИМП. Бележка: Оценката на кандидатстващата практика се извършва чрез проверка дали дадено изискване е спазено или не като доказателственият материал е под формата на документи. Единственият показател, който предполага събеседване е познаването от страна на кандидатстващия за обучител на документите, свързани със специализацията (какво включва програмата на специализанта, какво трябва да върши и др.). Това изискване също трябва да е задължително и за оценяващия. В този смисъл за оценката на кандидатстваща за обучителна практика ПИМП не се изисква друга специална подготовка, освен посочената, а дали оценителят е подготвен в тази част, най-добре може да прецени Експертният борд по обща медицина. Приложение 7 Лист за оценка изпълнението на критериите за получаване на одобрение за обучителна практика за ПИМП		
--	---	--	--

	Бележка: Тъй като предметът на дейност на обучителната практика е практическо обучение, което означава обучение в прилагане на теоретичните знания в практиката, оценката трябва да е насочена към налични условия за практикуване и качествата на самия обучител/и и свързани специфично с обучението условия. В този смисъл са и предложенията за критерии, в които е премахнато изброяването на нормативно съществуващи изисквания, които при наличие на съответния документ (например договор или удостоверение) означава, че са изпълнени: II. Критерий - Условия за практикуване по специалността														
	<table><tr><th>Индикатори за изпълнение</th><th>Източник на информация</th><th colspan="2">Оценка на изпълнението на критерия</th></tr><tr><td>Лечебното заведение притежава удостоверение за регистрация по чл. 40 от ЗЛЗ</td><td>Представено копие от удостоверение за регистрация по чл. 40 от ЗЛЗ.</td><td>ДА</td><td>НЕ</td></tr><tr><td>Лечебното заведение притежава сключени типови договори за работа като ПИМП (ГП или ИП) с НЗОК/РЗОК и/или здравноосигурителни фондове за последните пет години, включително текущата година.</td><td>Представени копия от посочените договори</td><td>ДА</td><td>НЕ</td></tr></table>	Индикатори за изпълнение	Източник на информация	Оценка на изпълнението на критерия		Лечебното заведение притежава удостоверение за регистрация по чл. 40 от ЗЛЗ	Представено копие от удостоверение за регистрация по чл. 40 от ЗЛЗ.	ДА	НЕ	Лечебното заведение притежава сключени типови договори за работа като ПИМП (ГП или ИП) с НЗОК/РЗОК и/или здравноосигурителни фондове за последните пет години, включително текущата година.	Представени копия от посочените договори	ДА	НЕ		
Индикатори за изпълнение	Източник на информация	Оценка на изпълнението на критерия													
Лечебното заведение притежава удостоверение за регистрация по чл. 40 от ЗЛЗ	Представено копие от удостоверение за регистрация по чл. 40 от ЗЛЗ.	ДА	НЕ												
Лечебното заведение притежава сключени типови договори за работа като ПИМП (ГП или ИП) с НЗОК/РЗОК и/или здравноосигурителни фондове за последните пет години, включително текущата година.	Представени копия от посочените договори	ДА	НЕ												

		<table><tr><td>Лечебното заведение за ПИМП има регистриране не по-малко от 1200 пациенти с различна възрастова структура</td><td>Спецификация на лечебното заведение в частта, указваща броя ЗОЛ.</td><td>ДА</td><td>НЕ</td></tr></table>	Лечебното заведение за ПИМП има регистриране не по-малко от 1200 пациенти с различна възрастова структура	Спецификация на лечебното заведение в частта, указваща броя ЗОЛ.	ДА	НЕ						
Лечебното заведение за ПИМП има регистриране не по-малко от 1200 пациенти с различна възрастова структура	Спецификация на лечебното заведение в частта, указваща броя ЗОЛ.	ДА	НЕ									
<table><tr><td colspan="4">Всички изискуеми документи се приемат в електронен вариант, подписан с електронния подпис на заявителя или лечебното заведение.</td></tr></table>						Всички изискуеми документи се приемат в електронен вариант, подписан с електронния подпис на заявителя или лечебното заведение.						
Всички изискуеми документи се приемат в електронен вариант, подписан с електронния подпис на заявителя или лечебното заведение.												
Бележка: Наличието на Удостоверение от РЗИ и сключен договор с НЗОК/РЗОК означава, че са изпълнени всички нормативни изисквания за получаване на съответния документ. Това са вид и брой помещения, оборудване, спазени хигиенни норми, наличен и обучен персонал и др., които е излишно да бъдат повтаряни в Наредбата и проверявани. Изброяването и проверяването означава декларирано съмнение в коректността на работа на РЗИ и НЗОК по контрола на тези изисквания, което е недопустимо, а в най-добрия случай - дублира дейността им.												
II. Критерий - Качества на обучителя и свързани специфично с обучението условия.												
		<table><tr><td>Индикатори за изпълнение</td><td>Източник на информация</td><td colspan="2">Оценка на изпълнението на критерия</td></tr><tr><td>Лекарят, кандидат за ръководител на практическо обучение по "Обща медицина" има придобита специалност по Обща медицина и най-малко 5 години</td><td>Диплом за придобита специалност. Договор с НЗОК/РЗОК или трудова книжка за съответния период.</td><td>ДА</td><td>НЕ</td></tr></table>	Индикатори за изпълнение	Източник на информация	Оценка на изпълнението на критерия		Лекарят, кандидат за ръководител на практическо обучение по "Обща медицина" има придобита специалност по Обща медицина и най-малко 5 години	Диплом за придобита специалност. Договор с НЗОК/РЗОК или трудова книжка за съответния период.	ДА	НЕ		
Индикатори за изпълнение	Източник на информация	Оценка на изпълнението на критерия										
Лекарят, кандидат за ръководител на практическо обучение по "Обща медицина" има придобита специалност по Обща медицина и най-малко 5 години	Диплом за придобита специалност. Договор с НЗОК/РЗОК или трудова книжка за съответния период.	ДА	НЕ									

		професионален стаж като ОПЛ.					
		Лекарят, кандидат за ръководител на практическо обучение по "Обща медицина", има минимум три участия годишно в различни форми за продължаващо медицинско обучение за ОПЛ или свързани специалности, доказани със съответния поименен сертификат.	Сертификати за участие или успешно преминати тестове за обучение.	ДА	НЕ		
		Лекарят, кандидат за ръководител на практическо обучение по "Обща медицина" осъществява дейности по диагностика, лечение и проследяване на пациенти с остри, както и диспансерно наблюдавани хронични заболявания.	Справка за брой извършени профилактични прегледи, както и брой диспансерно наблюдавани пациенти и брой прегледи по диспансеризацията за предхождащите заявления за 12 месеца.	ДА	НЕ		
		Лекарят, кандидат за ръководител на практическо	копие от съответната програма.	ДА	НЕ		

обучение по "Обща медицина" разполага и познава добре учебната програма за провеждане на практическо обучение на студенти и специализанти.	Провеждане на събеседване с оценяващия ОПЛ.				
Всички изискуеми документи се приемат в електронен вариант, подписан с електронния подпис на заявителя или лечебното заведение.					
Бележка: Уместно е да се формулира текст, който ангажира обучителната практика да осигури чрез посещение на специализанта в друга практика възможност, която е ограничена в обучителната практика. Поради условията, при които навлезе реформата в здравеопазването, у нас се формираха практики, в които преобладават възрастни или деца. В този смисъл, по преценка на обучаващия, специализантът би могъл в определено време да посещава практика, където има по-добра възможност в дадената насока, което да се отрази в съответния график и изискуеми документи. Специално отделяме внимание на изискването за проявен интерес от висше училище като индикатор и източник -наличие на договорености. Излишно е да се обсъжда как се доказва договореност и на кого е необходима. В случая има разместване на позициите. Лекарят преценява, че може и иска да се кандидатира за ръководител на практическо обучение. Ако получи положителна оценка, то практиката му се вписва в регистъра на обучителните практики и първите, които трябва да проявят интерес са специализантите, които ще работят в тази практика и ще се обучават през 2/3 от времето на специализация. В този случай няма зависимост и от отдалечеността на университета, в Не би могло да се твърди, че има „разместване на позициите“, тъй като студентите се обучават във висше училище, като провеждат практическото си обучение в лечебни заведения, получили одобрение от министъра на здравеопазването, а специализантите се регистрират задължително във висше училище, като за клиничните специалности това се осъществява след като бъдат приети в базата за обучение. Нормативната уредба не поставя					

	който специализират. Специализантите също избират и университет за теоретичното обучение. Така че изборът е на специализанта, а не на университета. По-добре да има пул от обучителни практики, които МЗ е одобрило и се избират от специализанта, а университетът сключва договор с избраната практика. По-различна е ситуацията с обучението на студенти, където вече университетът може да избира (например практики, които са в близост до висшето учебно заведение), защото става дума за определени часове като част от общата програма. Не е необходимо да се демонстрират и да са налични най-различни бланки и формуляри, както и графици за разпределение на „хипотетични“ специализанти. Всички тези документи се очаква и ще бъдат попълнени съответно изискванията ако практиката бъде одобрена и ако в нея се зачислят специализанти. Това е технология, както и осчетоводяването на заплащането на специализанта, която няма пряка връзка с качеството на обучението нито с качествата на лекаря като обучаващ. За да се впише в наредбата нашето предложение са необходими промени и в някои други членове, част от които са представени тук без претенции за изчерпателност, но с убеждението, че юристите, които консултират Проекта ще го направят. Чл. 1. С тази наредба се определят: 1. критериите и условията, на които трябва да отговаря структурата и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване и квалификацията на персонала, за да може лечебното заведение — получи одобрение да осъществява дейностите по: 2. условията и редът за получаване на одобрение за осъществяване на обучение от проверка на съответствието на лечебното заведение, което се е кандидатирало според изискванията на чл.2 е критериите и условията по т. 1;	ограничения относно избора на висше училище в зависимост от отдалечеността му от практиката за първична помощ. Специализантът не избира висше училище за теоретично обучение. Съгласно чл. 22, ал. 2 на Наредба № 1 от 2015г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването част или цялото теоретично обучение се провежда в друго избрано от специализанта висше училище, само ако висшето училище, в което е регистриран специализантът, не може да го проведе.
--	--	---

		3. (Нова) условията и редът за получаване на одобрение за осъществяване на обучение от лечебното заведение за ПИМП което се е кандидатирало според изискванията на чл.2 Чл. 2. (1) За получаване на одобрението по смисъла на за осъществяване на дейностите по чл. 1, т. 1 ръководителят на лечебното заведение или писмено упълномощено от него лице подава до министъра на здравеопазването заявление, към което прилага: 1. посочените в приложения 1 до 7 документи обосновка за съответствието на лечебното заведение с критериите и условията, на които трябва да отговаря структурата и организацията на дейността в лечебното (3) Лечебното заведение съставя доказателствен материал, въз основа на който се изготвя обосновката по ал. 1, т. 1. Доказателственият материал се съхранява в лечебното заведение и се предоставя на експертната комисия при проверката по чл. 12, ал. 1. с изключение на случаите по ал. (3) (Нова) на чл. 1 (3)(Нова) Цялата документация по процедурата за одобряване се съхранява в министерство на здравеопазването, а копие от нея и в одобреното или отхвърлено лечебно заведение. Чл. 3. (1) Проверката на съответствието на лечебното заведение с критериите и условията по чл. 1, т. 1 и Чл.2, т.1, букви „а“ до „е“ се извършва от експертна комисия, определена от министъра на здравеопазването или оправомощен от него заместник-министър по предложение на консултативния съвет. (2) В състава на експертна комисия се включват експерти, които са преминали обучение и притежават сертификат за оценяване на възможностите на лечебните заведения да провеждат дейностите по чл. 1, т. 1 и Чл.2, т.1, букви „а“ до „е“ (3) Минималният състав на експертната комисия включва лекар (лекар по дентална медицина), юрист и икономист, а на експертната комисия за проверка на индивидуална или групова практика за първична медицинска помощ само лекар.		
--	--	--	--	--

		Бележка: Каква е мотивацията за участието на икономист и юрист? (4) По предложение на консултативния съвет в състава на експертната комисия могат да се включват лекар/и (лекар/и по дентална медицина) с различна призната специалност и медицинска сестра (акушерка, лаборант, рехабилитатор или зъботехник). (5) Обучението на експерти за включване в състава на експертна комисия по ал. 1 се организира от Националния център по общественото здраве и анализи по програма, приета от консултативния съвет и утвърдена от министъра на здравеопазването. (6) Сертификатът по ал. 2 се издава от министъра на здравеопазването и директора на Националния център по общественото здраве и анализи. Чл. 4. (1) Дейността на експертната комисия при извършване на проверката на съответствието на лечебното заведение с критериите и условията по чл. 1, т. 1 се основава на принципите на обективност и добросъвестност, отговорност, точност при установяване на данни и факти, обоснованост на фактите и подкрепата им с доказателства. Бележка: Утежняващ, пожелателен без възможност за обективизиране текст, който прави трудна за четене една наредба. По-полезно би било да се мине направо валидните за всички експерти или оценители изисквания, а именно: Ал.(2) става (1) Експертите не могат: 1. да разгласяват факти и обстоятелства, които са им станали известни при извършване на дейностите по тази наредба проверката по ал. 1, в това число резултатите от проверката; 2. да представляват или защитават чужди или конфликтни интереси; 3. да извършват действия, които накърняват репутацията и престижа на кандидатстващото за одобрение лечебно заведение. (2) Експертната комисия извършва проверка на съответствието с критериите и условията, на които		
--	--	---	--	--

	трябва да отговаря структурата и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване и квалификацията на персонала, за да може да осъществява дейностите по чл. 1, т. 1, както следва: 7. по приложение No 7 за индивидуална или групов практика за първична медицинска помощ. Бележка: Зачеркнато е, тъй като предлагаме отделен ред за оценка по Приложение 7 Обсъжданият тук Проект е неразривно свързан с предстоящите промени в Наредбата за специализация и ползваме възможността да заявим, че при обсъждане с колеги от сега функциониращите Обучителни практики, както и на НС на НСОПЛБ се прие, че е необходимо в наредбата за специализация: 1. Осигуреното заплащане за практическо обучение за специализантите по „държавна поръчка“ в размер на 160 лв. месечно е уместно да се повиши на не по-малко от 230 лв. месечно, като бъде ясно разписано в Наредбата, че това важи за целия срок на специализацията, т.е.36 месеца. В противен случай опасенията са, че немалка част от практиките ще загубят интерес към предоставянето на тази дейност с всички нежелани последствия. 2. Да бъде ясно разписано, че специализиращият участва в дейностите по специалността, съобразно делегираните от учителя права. 3. Правото на годишен отпуск по кодекс се зачита като време за специализация. 4. Обвързването на държавната субсидия с ангажимент от страна на специализанта да започне за практикува за срок равен на периода на специализация в посочена от МЗ административна област не правилно решение и няма да доведе до желания ефект. Това е особено валидно за общата медицина, в който случай лекарят първо трябва да вложи немалко средства, за да създаде своето ЛЗ, след това да набира пациенти, което не е бърз процес и др. Многократно предлаганият от нас подход са действия в две посоки: финансов стимул и условия за кариерно развитие. Второто означава да се		
--	---	--	--

		разшири обхвата на правото на ОПЛ да диагностицират (назначават изследвания) и лекуват (назначават, а не преписват лечение), както и правото да прилагат самостоятелно допълнителни технологии (например ехография, спирометрия и др.), за които да бъдат обучени и сертифицирани. 5. Да се преразгледат предложените от НСОПЛБ промени в наредбата за специализация, тъй като тяхното първоначално отхвърляне отново оставя неразрешени редица съществуващи проблеми.		
11.	Генерал-майор проф. В. Мутафчийски, д.м.н., началник на ВМА - вх.№ 13-00-53/ 24.09.2019 г.	Във връзка с проект на наредба за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти се предлагат редакции и промени на текстове в Приложение № 1 към наредбата. Т. 6 и 7 от Раздел II на Критерий № 1 „Структура и организация на дейността на лечебното заведение“, касаещи броят на извършваните аутопсии, да отпаднат. Мотивите за това са, че е невъзможно да се покрие изискването за аутопсии на какъвто и да процент от смъртните случаи в болниците, тъй като е налице масов отказ от страна на близките за извършване на аутопсии, съгласно чл. 98, ал. 4 от Закона за здравето. В т. 7 от Раздел IV на Критерий № 1 „Структура и организация на дейността на лечебното заведение“ да се добави следният текст: „с изключение на назначените по реда на Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България“. Мотивите за това са, че съгласно Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България военнослужещите не могат да бъдат назначавани на трудови договори. В т. 2 от Раздел I на Критерий № 3 „Персонал на лечебното заведение“ да се промени изискването в съответната медицинска структура да работят поне две лица, завършили съответната специалност от професионално направление „Здравна грижи“ и	Не се приема. Приема се по принцип. Не се приема.	Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 2 относно приложение № 3, критерий № 1, раздел II, т. 4 от проекта на наредба. Текстът на приложение № 1, критерий № 1, раздел IV, т. 7 от проекта на наредба е изменен в съответствие с направеното предложение: Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 8 относно приложение № 1, критерий № 3, раздел I, т. 2 от проекта на наредба.

	подава до министъра на здравеопазването заявление, към което прилага: 1. Обосновка за съответствието на лечебното заведение с критериите и условията, на които трябва да отговаря структурата и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване и квалификацията на персонала, съгласно приложение № 1 към наредбата за лечебно заведение за болнична помощ. Обосновката се изготвя въз основа на съставен доказателствен материал, който следва да се пази в лечебното заведение и да се предостави при проверката на експертната комисия. 2. Квитанция за платена такса, съгласно тарифа. Съгласно наредба № 18, действаща към момента директорът на лечебното заведение подава писмено заявление до министъра на здравеопазването за откриване на процедура по акредитация, както следва: 1. най-късно до 6 месеца след издаване на разрешение за осъществяване на лечебна дейност - за лечебните заведения за болнична помощ; 2. най-късно до 3 месеца след съществена промяна в предмета на дейност на лечебното заведение или разкриване на нови медицински структури в него; 3. най-късно до един месец преди изтичане на срока на положителна акредитационна оценка, с изключение на случаите, когато лечебното заведение има присъдена положителна оценка за обучение на студенти и специализанти. Тогава управителят, съответно директорът на ЛЗ, подава заявление за акредитация за дейностите по цялостната медицинска дейност на лечебното заведение и отделните медицински дейности (относно структурите, в които се извършва обучение) най-късно до 6 месеца преди изтичане на срока на оценките за цялостната медицинска дейност и за отделните медицински дейности. В проекта на наредбата липсват ясно разписани срокове за подаване на заявление за одобрение, като		счита за мълчаливо отменена (чл. 13, ал. 1 от Закона за нормативните актове). Съгласно разпоредбата на § 24 от преходните и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г. е регламентирано, че до 31.03.2019 г. оценката на възможностите на лечебните заведения за обучение на студенти и специализанти по ЗЛЗ се извършва по досегашния ред, т.е. по реда на Наредба № 18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. След посочената дата лечебните заведения могат да провеждат дейности по клинично обучение на студенти и докторанти по медицина, дентална медицина и фармация, клинично обучение на студенти по специалности от професионално направление „Здравни грижи“, както и следдипломно обучение на лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти и специалисти по здравни грижи само след получаване на одобрение от министъра на здравеопазването. С § 24 от преходните и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г. са регламентираны и „заварените“ случаи – лечебните заведения, които до 31.03.2019 г. имат определени със заповед на министъра на здравеопазването акредитационни оценки за обучение на студенти и специализанти, се ползват с правата по чл. 90, ал. 1 от ЗЛЗ за срока на акредитационната им оценка.
--	---	--	---

	няма изрична разпоредба, която да регламентира заварените положения. III. Ред за извършване на оценка от експертната комисия и консултативния съвет - В проекта на наредба има съществена промяна в реда за извършване на оценка спрямо наредба № 18. Премахнат е етапът на самооценка, като той е заменен със съставяне на обосновка, която се представя към заявлението за одобрение до министъра на здравеопазването. Съкратени са сроковете за проверка на условията и критериите на ЛЗ. В 5 дневен срок от приключване на работата на експертната комисия, председателят на комисията представя на ръководителя на ЛЗ съставения доклад и проект на решение. В 3 дневен срок от получаване на доклада и проекта на решение, ръководителят на ЛЗ представя писмено становище по тях, като в този срок може да се направи и искане за откриване на контролно производство. Становището и възражението се подават до консултативния съвет (КС) на хартиен и електронен носител. КС излъчва един рецензент, който се произнася писмено за основателността на предложеното от експертната комисия решение. Същото се гласува на закрито заседание в КС и се приема решение с явно гласуване и с обикновено мнозинство от присъстващите. В срок от 7 дни от провеждане на заседанието становището се предоставя на министъра на здравеопазването. Въз основа на становището министърът издава заповед, с която одобрява или мотивирано отказва да одобри ЛЗ за извършване на дейностите. Предвидени са и срокове на обжалване. Одобрението за извършване на дейностите е за срок от 5 години. МЗ води регистър на ЛЗ, получили одобрение за извършване на дейностите, детайлно е описано съдържанието на регистъра и реда за въвеждане на информация. Посочените срокове са значително по-кратки от предвидените в действащата към настоящия момент	Не се приема.	Направен е коментар, без да има конкретни предложения по проекта на нормативен акт.
--	---	---------------	---

	Наредба № 18 от 20.06.2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. Изпълнението на тези срокове би гарантирало бързо обработване на подадените заявления и приключване на процедурата по получаване на одобрение. IV. За да бъде получено одобрение ЛЗ трябва да отговаря на определените индикатори за изпълнение по критерии № 1, № 2 и № 3 на Приложение № 1 – Структура и организация на дейността на лечебното заведение за болнична помощ, неразделна част от проекта на Наредбата. Организацията на критериите се различава спрямо същите, разписани в Наредба № 18, като те са подредени в нови раздели, същите се препокриват в голяма степен, като добавените точки са функционално свързани с вече съществуващите. Тъй като в обхвата на проекта на наредбата не са включени одобрението на лечебното заведение за цялостната медицинска дейност и за отделни медицински дейности, считаме, че тези критерии могат да бъдат редуцирани, като бъдат съобразени с предмета на новата наредба. Създаден е изцяло нов раздел - Организация на учебната дейност на ЛЗ и отделенията/клиниките по отделни медицински специалности, в които ще се осъществява обучение, в който са включени следните индикатори за изпълнение на критерия. Информацията за изпълнението на критериите от този раздел, като разработен и утвърден график за практическото обучение на студенти и специализанти, справки как се изпълняват утвърдените програми по месеци, правила за координация и взаимодействие между висшето училище и ЛЗ е поставено в зависимост от Висшето училище. Поради изложеното, считаме, че в наредбата следва да бъде разписано задължение на Висшето училище за	Не се приема	Един от индикаторите за изпълнение на критерия „Организация на учебната дейност на лечебното заведение и отделенията/клиниките по отделни медицински специалности, в които ще се осъществява обучение“ е към лечебното заведение или отделна негова медицинска структура да има интерес от страна на висше училище, удостоверен чрез наличие на договореност за обучение на студенти и/или специализанти, т.е. проектът на наредба вече е предвидил наличие на договор/договореност между лечебното заведение и висше училище. Всички индикатори от посочения критерий са в рамките на компетентността на лечебното заведение, към което висше училище е проявило интерес и не е необходимо в наредбата да се регламентира задължение на висшето училище да предоставя допълнително информация в тази връзка.
--	---	--------------	--

	предоставяне на необходимата информация на ЛЗ, или същото да залегне в Договор между МУ и УМБАЛ. V. В проекта на наредба липсват таблица и скала за оценка на съответствието на лечебното заведение с посочените в проекта критерии и изисквания. Няма посочена методика за оценка, нито граници, в които да попада лечебното заведение, за да бъде получено одобрение, като остава неясно по какъв начин ще бъде оценявано съответствието на лечебното заведение. Следва да бъдат детайлно разписани ясни и конкретни правила, методика и скала за оценка на лечебните заведения, в противен случай ще се стигне до опорочаване на процедурата.	Не се приема.	Мотивите са същите, както тези по предложението от становище № 2 относно чл. 13, ал. 5 от проекта на наредба.
--	--	---------------	---