

МОТИВИ

към проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения

Причините, които налагат приемането на проекта на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения са:

С Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения (Наредба № 3) се реализира законовото правомощие на министъра на здравеопазването да определи съответните критерии и ред за субсидиране на лечебните заведения в посочените от закона случаи, както и съответните медицински дейности, които по силата на чл. 82, ал. 1, т. 6а, 6в, 8 и 9 от Закона за здравето се предоставят на българските граждани извън задължителното здравно осигуряване, и за които Министерството на здравеопазването предоставя субсидии на лечебните заведения.

Съгласно чл. 106а, ал. 6 от Закона за лечебните заведения, стойността на субсидиите за лечебните заведения е в рамките на бюджета на Министерството на здравеопазването за тези дейности за съответната календарна година. Бюджетът на ведомството за субсидираните дейности обуславя и размера на субсидията за всяка отделна дейност, определен с наредбата. При определянето на субсидиите се отчитат актуалните нива на средния разход за съответните дейности, съобразно рамката на бюджета на министерството.

В средносрочната бюджетна прогноза за периода 2022 - 2024 г. са планирани средства за субсидиране на дейностите по наредбата, както през 2021 г., а също и допълнителни средства в размер на 5 000 000 лв. за дейността по оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение и за оказване на консултативна помощ на спешни пациенти по искане на дежурните екипи в центровете за спешна медицинска помощ.

За целите на преразпределението на допълнително предоставените финансови средства по бюджета на министерството за субсидирани дейности е анализирана информацията от лечебните заведения за осъществените дейности през 2020 г. и към деветмесечието на 2021 г., както и постъпвали в Министерството на здравеопазването предложения относно стойността на субсидиране по отделните дейности. Извършен е отново преглед и на Икономическия анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в България в периода 2010 – 2017 г. (изд. 2018 г.), Икономическия анализ на отделенията в многопрофилните болници за активно лечение за периода 2010 – 2016 г. (изд. 2017 г.) и данните от формата

за разделно отчитане на разходите, която лечебните заведения предоставят ежегодно в Националния център за общественото здраве и анализи.

Установена е трайна тенденция на увеличение на разходите, в т.ч. разходите за електроенергия, разходите за персонал, разходите за лекарствени продукти, както и оперативните разходи. Това от своя страна води до нарастване на стойността на един преминал болен, средния разход на едно легло и средния разход на леглоден.

На тази база са определени нивата на увеличение на субсидирането за дейностите, за които установените тенденции са най-силно изразени. Целта е актуализиране на стойността, която се заплаща на лечебните заведения за поддържане на капацитет за 24-часов непрекъснат режим на работа, с оглед интензивността на работа в тези структури, както и спецификата и отговорностите при осъществяване на организацията за поддържане на този режим на работа.

В резултат се предлагат някои промени в Приложение № 1 към чл. 15, ал. 2, чл. 40, ал. 1 и чл. 47, ал. 2, и чл. 47б, ал. 2 и чл. 47в, ал. 4, а именно в стойностите, които Министерство на здравеопазването заплаща за част от осъществяваните дейности, както следва:

1. В критериите за определяне на общ финансов ресурс по чл. 47, ал. 1, т. 1. за лечебните заведения за болнична помощ, които оказват спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения и нехоспитализирани в същото лечебно заведение за поддържане на капацитет за 24-часов непрекъснат режим на работа, се актуализират стойностите за средния месечен разход за 1 лекар в лекарски екип и средния месечен разход за 1 специалист по здравни грижи в екип от специалисти по здравни грижи. Предвижда се допълнителните средства да бъдат разпределени между 43 лечебни заведения за болнична помощ, които изпълняват критериите, определени с наредбата, в т.ч. 8 болници – със 100 на сто държавна собственост и 26 болници с над 50 на сто държавно участие в капитала. Това са лечебните заведения, които и към настоящия момент имат сключен договор с Министерството на здравеопазването за субсидиране за посочената дейност.

2. Увеличение на стойността за субсидиране на лечебни заведения за болнична помощ за извършените дейности по оказване на консултативна помощ на спешни пациенти по искане на дежурните екипи в центровете за спешна медицинска помощ. С увеличението на стойностите се цели съпоставимост с текущите стойности за същите дейности, закупувани от НЗОК по реда на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г. Предвижда се допълнителните средства да бъдат разпределени между 65 лечебни заведения за болнична помощ, в т.ч. 63 общински лечебни заведения. Това са лечебните заведения, които изпълняват критериите, определени с наредбата, сключили договор с Министерството на здравеопазването за субсидиране за посочените дейности.

3. Диференциране на стойността на медицинските дейности по чл. 45, а именно стойността, която Министерство на здравеопазването заплаща за извършените дейности по медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК, с доказано качество, в зависимост от вида експертиза. Предвижда се средствата да бъдат разпределени между съответстващите на критериите лечебни заведения, сключили договор с Министерството на здравеопазването за субсидиране за посочените дейности, при променен начин на

отчитане на тези дейности, пряко свързан с качеството на осъществяваната медицинска експертиза на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане (ТНР/ВСУ).

Съществената промяна във финансирането на дейностите по медицинска експертиза на ТНР/ВСУ, осъществявани от ТЕЛК, е определянето на нови критерии при формиране на стойността, а именно за влязло в сила експертно решение на ТЕЛК, а не както досега – за издадено и отчетено решение. Предвижда се заплащане на експертните решения, които не са обжалвани или след обжалване НЕЛК ги потвърждава, като в тези случаи е определена по-висока стойност – 40 лв., което е с 11 лева повече от настоящата стойност за единица дейност. Макар и с по-малка стойност, ще се заплащат и влезлите в сила решения на ТЕЛК, след еднократно отменяне и връщане с указания от НЕЛК, съгласно чл. 51, т. 3 от Правилника или когато решенията са потвърдени от НЕЛК след повторното им обжалване. В тези случаи се предвижда заплащане по 25 лева за експертно решение, което е с 4 лева по-малко от настоящата стойност за единица дейност.

Диференцирането на стойността при двете гореспоменати категории се въвежда в съответствие на различното ниво на качество на медицинската експертиза на ТНР/ВСУ, в зависимост от това дали решението на ТЕЛК не се обжалва или ако се обжалва то се потвърждава от НЕЛК, или при първоначално обжалване на решението на ТЕЛК по-висшестоящия орган – НЕЛК установява пропуски и грешки, които в последствие се отстраняват от ТЕЛК.

Не се предвижда заплащане когато след горните случаи следват нови обжалвания и произнасяния на ТЕЛК в рамките на една и съща процедура по освидетелстване/преосвидетелстване, започнала с подаване на конкретно заявление – декларация. Това определя още една съществена разлика с настоящия ред за субсидиране, при който се заплаща всяко отчетено експертно решение на ТЕЛК, независимо какъв е техният брой в рамките на една процедура.

Причината за тази промяна и въвеждането на диференцирана стойност според посочените критерии е съществуващата порочна практика - при многократни обжалвания на решенията на ТЕЛК за ТНР/ВСУ в една процедура, при които НЕЛК отменя решенията и ги връща за ново разглеждане с указания, ТЕЛК да не ги съобразяват и да следва поредното обжалване на новоиздадено решение от ТЕЛК, притежаващо същите пороци като първоначалното решение. В някои от случаите, сигнализирани в министерството, този процес продължава с години, от което потърпевши са лицата с увреждания, които не могат да ползват полагащото им се социално и друго подпомагане, поради липса на влязло в сила решение.

Диференцира се и още една категория решения, а именно издадено и отчетено решение на ТЕЛК по реда на чл. 5а от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника).

Предложението е свързано с Постановление № 267 на Министерския съвет от 22 октомври 2019 г. за изменение и допълнение на Правилника, относно процедурата по освидетелстване за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане на лица, живеещи извън пределите на Република България, които имат осигурителен стаж в нашата страна. Цитираната нормативна промяна е в сила от 01.07.2020 г. (ДВ, бр. 84 от 2019 г.) и касае новия чл. 5а от Правилника, съгласно който постъпилите в Националния осигурителен институт медицински документи от държава, с която се прилага

международен договор за социална сигурност или европейски регламенти за координация на системите за социална сигурност, свързани с извършването на оценка на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, се изпращат на Регионалната картотека на медицинската експертиза (РКМЕ) в Столичната регионална здравна инспекция (СРЗИ). В тези случаи освидетелстването/преосвидетелстването на лицата се извършва по реда на Правилника. С процедурите по освидетелстване по реда на чл. 5а са ангажирани само ТЕЛК на територията на гр. София, на които РКМЕ към СРЗИ изпраща медицинските досиета на лицата, живеещи в чужбина, с осигурителен стаж в България.

До приемането на тази нормативна промяна процесът изцяло е осъществяван от Националния осигурителен институт, определен като контактна точка съгласно Регламент № 883/2004 на Европейския парламент и на съвета от 29 април 2004 година за координация на системите за социална сигурност.

Предвид новия ред, който се осъществява съгласно разпоредбите на Правилника, след постановяване на експертното решение, то се изпраща с препоръчана международна кореспонденция на заинтересованото лице от ТЕЛК, която е издала решението. Това се явява нов, допълнителен разход за лечебните заведения от гр. София, към които СРЗИ насочва за експертиза медицинската документация на лицата от чужбина.

Това води до необходимостта да се определи отделна стойност на субсидията за издадено и отчетено експертно решение на ТЕЛК на лице, живеещо в чужбина, във връзка със задължението за изпращане на решението с препоръчана международна кореспонденция, с оглед законосъобразното му съобщаване. Тази стойност на субсидията съответства на извършените дейности за издаване и отчитане на експертно решение от ТЕЛК, като включва и допълнителните разходи на лечебните заведения по връчването на тези решения на живеещите извън страната лица.

По данни на НОИ, във връзка с цитираната промяна на Правилника през 2019 година, броят на преминалите на освидетелстване/преосвидетелстване лица, живеещи в чужбина, за второто полугодие на 2020 г. е около 150 души.

Важно уточнение в проекта е, че единственият допустим източник на информация за броя на експертните решения на ТЕЛК за ТНР/ВСУ е Информационната база данни за всички лица, преминали през ТЕЛК/НЕЛК за установяване на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане по чл. 108а от Закона за здравето. Уточнено е също така, че информацията за единица дейност по медицинската експертиза на ТНР/ВСУ, съответства на една процедура, започнала с подаването на молба-декларация по чл. 56 от Правилника или с изпращане на медицинската документация с писмо от НОИ към СРЗИ съгласно чл. 5а от Правилника, независимо какъв брой експертни решения са издадени от ТЕЛК в рамките на тази процедура.

Предвид обстоятелството, че не всички регионални здравни инспекции, респ. ТЕЛК в страната работят с Информационната база данни за всички лица, преминали през ТЕЛК/НЕЛК за установяване на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане по чл. 108а от Закона за здравето, с цел отстраняване на този пропуск, се допуска отчитането на дейностите, извършени от 1 януари 2022 г. до влизане на наредбата в сила, да може да се извърши едновременно с отчета за втория или третия отчетен месец, но не по-късно от 8 април 2022 г.

В отделна група остават решенията на ТЕЛК, свързани с експертизата на временната неработоспособност, като в случая се запазва критерият „издадено и

отчетено експертно решение“. Стойността на осъществената по този критерий дейност съответства на определената за влязло в сила решение на ТЕЛК за установяване на ТНР/ВСУ, което не е обжалвано пред НЕЛК или е потвърдено от НЕЛК след обжалване – 40 лева, като тази стойност също е с 11 лева повече от настоящата стойност на субсидията за единица дейност.

Предложенията за промени в стойностите на субсидиране за посочените дейности по медицинска експертиза се базира на оценката за ясно изразена разлика между настоящата субсидия, която се предоставя, и реално извършените разходи от лечебните заведения с разкрити ТЕЛК по осъществяването им, като в същото време се отчита, че това са дейности с висока обществена значимост, предвид вида и развитието на съответните заболявания и състояния.

От гледна точка на необходимия финансов ресурс за заплащане на така дефинираните дейности по медицинска експертиза, важно е да отбележим факта, че преобладаващият брой решения на ТЕЛК се обжалват пред НЕЛК (между 50 и 85% в различните области). От това следва, че при запазване на тенденцията за брой обжалвани експертни решения на ТЕЛК, немалка част от обжалванията ще доведат или до отпадане необходимостта от заплащане, или до заплащане на по-ниската от двете стойности, което на практика води до приблизително уравниване към средната стойност от 30 лева, близка до настоящата (29 лв.).

С проекта се предлага прецизиране на реда и критериите за определяне на финансовия ресурс за субсидиране на лечебни заведения по чл. 48, които извършват дейност на адрес в населено място в труднодостъпен и/или отдалечен район на страната. Предложените промени запазват по същество текущия механизъм за определяне на индивидуалните финансови ресурси, а целта е да се разпишат ясно критериите и коефициентите, които се прилагат при определянето на ресурса.

Очакваните резултати от прилагането на наредбата са свързани с целесъобразното и ефективно разпределение на допълнително предоставените средства по бюджета на Министерството на здравеопазването за субсидирани дейности, чрез актуализиране на стойността, която се заплаща на лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ. Също така очакван резултат е и целесъобразното и ефективно определяне и разпределение на бюджетния финансов ресурс за някои субсидирани дейности, за които правилата за това се променят поради констатирана тенденция за формиране на разлика между субсидията и реално извършваните разходи от лечебните заведения по тяхното предоставяне. Очакваният резултат в крайна сметка е и подобряване на достъпа до медицински услуги на уязвими групи от населението и решаване на здравни проблеми извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, както и създаване на възможност за лечебните заведения за подобряване на ефективността на здравното обслужване.

Финансови и други средства, необходими за прилагането на новата уредба:

Дейностите, за които Министерството на здравеопазването финансира лечебни заведения по реда на Наредба № 3 от 2019 г. и в частност дейностите по настоящия проект на наредба, не се финансират по друг ред, т.е. не са налице приходи от други източници за лечебните заведения, като Министерството на здравеопазването не

компенсира разликата между получените приходи и направените разходи от лечебните заведения за съответната дейност, а финансира изцяло осъществяването ѝ.

Допълнителните средства, необходими за реализирането на предложеното увеличение на стойностите на горепосочените дейности са планирани в средносрочната бюджетна прогноза за периода 2022 - 2024 г.

Критериите, определени в Наредба № 3 от 2019 г., на които трябва да отговарят лечебните заведения, за да бъдат субсидирани за съответните дейности са в съответствие с критериите на съответните действащи медицински стандарти, на които лечебните заведения трябва да отговарят, за да получат разрешение за лечебна дейност. Наличието на актуално разрешение за лечебна дейност е задължителен критерий за сключване на договор с лечебно заведение за субсидиране от Министерството на здравеопазването. Следователно лечебно заведение, което притежава разрешение, отговаря на изискванията на съответния действащ медицински стандарт и по този начин изпълнява критериите на Наредба № 3 от 2019 г. за субсидиране на съответната дейност. Тези критерии не се променят с настоящия проект.

Що се отнася до стойността на субсидията за всяка от дейностите, същата се съдържа в проекта, което дава възможност на лечебните заведения да разчетат дейността си предварително и да анализират и оценят своя интерес от по-нататъшно прилагане на сключения договор за субсидиране.

Анализ за съответствие с правото на Европейския съюз:

След извършена преценка за съответствие с европейското право се установи, че обществените отношения, предмет на проекта на тази наредба, не са регламентирани в европейското законодателство. Уредбата на обществените отношения, предмет на проекта на наредба, е въпрос на национално решение и е от компетентността на отделните държави-членки. Това произтича от разпоредбата на чл. 168, пар. 7 от Договора за функциониране на Европейския съюз, която предвижда изключителна компетентност на държавите-членки по определяне на здравната им политика и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи.