



# НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ОБЩИНИТЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

София 1111, ул. Голаш 23, тел/факс: +359 2 9434 467, 9434 468, факс: 9434 431 e-mail: [namrb@namrb.org](mailto:namrb@namrb.org)  
web site: [www.namrb.org](http://www.namrb.org)

НСОРБ  
ул. "Голаш" 23  
Изм. № И-832(2)  
18.06.15г.

ДО  
Г-Н НАЙДЕН ЗЕЛЕНОГОРСКИ  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
КОМИСИЯТА ПО РЕГИОНАЛНА  
ПОЛИТИКА, БЛАГОУСТРОЙСТВО И  
МЕСТНО САМОУПРАВЛЕНИЕ  
43-ТО НАРОДНО СЪБРАНИЕ

*Относно: Становище по проект за Закон за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения, сигн.№ 502-01-47, с вносител Министерски съвет (Ваш изх.№ КРП-553-04-22/15.06.2015 г.)*

**УВАЖАЕМИ Г-Н ЗЕЛЕНОГОРСКИ,**

Предложеният проект не е съгласуван с НСОБРБ по установения ред преди одобряването му от Министерски съвет. Предвиждат се важни реформи в сектор „Здравеопазване“ без предварително съгласуване с местните власти, а общинските здравни заведения са важен, а в редица случаи и единствен, доставчик на уникални за системата услуги. Процедурата по изготвяне на проекта е в противоречие и с правилата за взаимодействие, залегнали в Споразумението за сътрудничество между Министерски съвет и НСОБРБ от 3 декември 2014 г., които изискват:

- ✓ Своевременно предоставяне на информация за подготвяни бъдещи нормативни промени, касаещи дейностите на общините,
- ✓ Прилагане на съгласувана процедура по проекти на нормативни актове, вкл. подзаконови, касаещи правомощия и ресурси на общините, съдържаща оценка на финансовото въздействие, предварително съгласуване и информираност за становището на общините.

Целта на договорените правила е именно да правят средата предвидима, а същностни промени, като тази в здравеопазването, да се подготвят от най-ранен етап с участието на всички заинтересовани страни.

## **I. Принципи бележки**

1. Управителния съвет на НСОБРБ категорично не приема намеренията за **централизирано вливане на общинските центрове (за психично здраве, за кожно-венерически заболявания и комплексните онкологични центрове) към съответните МБАЛ или участието им в обединения.**

Подобен силов подход за реструктуриране на системата ограничава правомощията на общините като собственици на тези лечебни заведения, затруднява обслужването на пациентите и ще доведе до финансови санкции, вследствие неизпълнение на ангажиментите за осигуряване на устойчивост на извършените от Оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013 г. инвестиции в тези лечебни заведения. Изразяваме съмнения и относно очакванията за реализиране на икономии на публичен ресурс след тази промяна.

Според нас във фокуса на реформата трябва да бъдат поставени грижите за пациента и правото на гражданите на достъпно и качествено здравеопазване. В тази връзка считаме, че спрямо предоставянето на здравни услуги от общинските центрове може да бъде въведено само изискване за задължителна акредитация, при запазване на юридическата им

самостоятелност. Всички останали допълнителни изисквания и условия относно тяхната дейност следва да отпаднат като нецелесъобразни и ограничаващи свободната конкуренция на пазара на здравни услуги.

2. Не възразяваме срещу отпадането на общинските лечебни заведения от „забранителния“ списък към Закона за приватизацията и следприватизационния контрол (ЗПСПК), но сме **категорично против въвеждането на специални правила за приватизацията им**. Нецелесъобразно е връщането към вече отхвърлени още през 2002 г. практики и отчетени пропуски и недостатъци на приватизацията като цяло. Със ЗПСПК, цялата уредба на процеса е консолидирана в един нормативен акт с цел яснота, осигуряване на публичност и ефективност на приватизационния процес, премахване на привилегиите за отделни субекти и равнопоставеност на всички физически и юридически лица. Освен това от 2014 г. е в сила нов Закон за публичните финанси, където в чл. 127, ал.3 е предвидено, че постъпленията от приватизация се разходват само за придобиване и основен ремонт на дълготрайни активи, за разходи свързани с приватизационния процес, както и за погасяване на ползвани заеми за финансиране на проекти на социалната и техническата инфраструктура. В този смисъл постъпленията от приватизация на лечебни заведения няма да могат да се използват законосъобразно за развитие на здравните услуги и политики.

3. Категорично възразяваме срещу липсата на гаранции за **компенсиране на стойността на апортираната от общините собственост при учредяването на областните МБАЛ-АД** при евентуална приватизация и срещу преференциалните условия, които се въвеждат за определени лица. Считаме, че възниква противоречие с чл. 17, ал. 5 от Конституцията на Република България и в този смисъл са мотивите на Решение № 11 от 21.05.2001 г. на КС на РБ по конст. д. № 18/2000 г. Според нас законът следва да осигури равнопоставено участие и на миноритарните собственици.

4. **Предлаганите промени в Глава девета „Акредитация“ следва да бъдат допълнително конкретизирани и развити с участието на заинтересованите страни, вкл. общинските лечебни заведения**, с цел преодоляване на несъответствията в закона – от една страна тя да е доброволна, а от друга – наличието на положителна акредитационна оценка да бъде задължително условие за сключване на договор с НЗОК. В тази връзка и с оглед натрупания опит от предходни години, вкл. и недобри практики при прилагането на методиките за оценка на качеството, считаме че в закона следва да се уредят всички изисквания за извършване на акредитация (критерии, показатели и методика за акредитация).

5. Възразяваме срещу **делегирането на правомощия на министъра на здравеопазването за издаване на множество наредби**. Считаме, че това неминуемо ще доведе до силно централизирано управление на системата на здравеопазването извън основния финансиращ орган.

6. Не възразяваме срещу идеята за **създаване от държавата на центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания**, но считаме, че има нужда от допълнително обсъждане със заинтересованите страни на множеството неуточнени въпроси, свързани с осигуряване правата на децата, съгласно Закона за закрила на детето (ЗЗД) и Конвенцията за правата на детето.

В тази връзка предложените текстове в проектозакона не регулират в достатъчна степен изискванията относно приложимите „най-високи достижими стандарти на здравословно състояние (чл. 24 от Конвенцията) и „контрола върху провежданото лечение“ (чл. 25 от Конвенцията). Считаме за целесъобразно, по аналогия на критериите и стандартите за социалните услуги, да бъдат определени подобни регламенти и за съответните услуги, предоставяни в новите центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания.

Предлагаме да се обсъдят и възможностите за разширяване правомощията на министъра на здравеопазването по ЗЗД като орган за закрила. Необходимо е допълнително да бъдат включени конкретни текстове за изменение и допълнение в Закона за социално подпомагане с оглед недопускане на дублиране на дейности, по които вече са разкрити и се предоставят социални услуги от общините и от НПО-сектора.

7. По принцип подкрепяме **развитието на нови интегрирани здравно-социални услуги**, но при ясна регламентация на правния статут на юридическите лица, чрез които същите ще бъдат предоставяни, както и на ангажиментите за финансирането им от страна на държавата и от потребителите.

Не става ясно по какъв начин ще се гарантира координацията на политиките и финансирането, които различните институции разработват и прилагат спрямо едни и същи целеви групи потребители.

## **II. Конкретни предложения**

### **1. По § 11**

#### **1.1. Предлагаме следната редакция на т. 3:**

„(3) В болницата за активно лечение могат да се предоставят комплексни медицински грижи за болни и за деца с увреждания и хронични заболявания.“

#### **1.2. Предлагаме следната редакция на т. 4, относно ал. 5:**

„(5) Комплексните грижи за болни включват необходимите дейности по тяхното наблюдение и лечение, определени с наредба на Министерски съвет.“

**Мотиви:** *Считаме, че с така предложени текстове се създават условия за размиване на отговорността по издирването, диагностицирането, лечението и периодичното наблюдение на болните със социално-значими заболявания (психични, кожно-венерически и онкологични) между МБАЛ и центровете за комплексни грижи (бившите диспансери). Не е представен анализ как и доколко МБАЛ разполагат или могат да осигурят в бъдеще необходимите обзавеждане, оборудване и специалисти, за да отговорят на потребностите на пациентите с подобни заболявания. Считаме, че Законът следва да гарантира правото на пациентите, като ясно определя единен подход при осигуряването на достъпа им до здравни грижи.*

### **2. По § 17**

#### **Предлагаме § 17, т. 2 да отпадне.**

**Мотиви:** *С проекта се предлага отпадане на възможността за долекуване, продължително лечение, рехабилитация и палиативни грижи за онкоболните от обхвата на извършваните от комплексните онкологични центрове дейности. Не се предлага алтернативата за тези дейности. Считаме, че законът следва да дава гаранции за обхвата на грижите към тези пациенти, а вида и начините на заплащане при осъществяването им да се определят от съответните финансиращи органи.*

### **3. По § 18**

#### **Предлагаме следната редакция на чл. 26в:**

„Чл. 26в. Медицинските дейности в центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания и комплексните онкологични центрове се осъществяват в съответствие с утвърдените медицински стандарти по чл. 6, ал. 1.“

**Мотиви:** *Предложението цели унифициране с предлаганите принципни промени за приоритизиране на изискванията спрямо медицинските дейности, а не както се предлага да бъде въведено изключение само спрямо бившите диспансери - съобразно вида на лечебните заведения. Още повече, че нивото на компетентност на съответните структури се определя по друг ред - в разрешението за осъществяване на дейността на лечебното заведение, съгласно чл. 48 от ЗЛЗ.*

#### 4. По § 25

**Предлагаме в чл.32 да се създаде нова ал. 5 със следното съдържание:**

„Чл. 32 (5) При отклонение на конкретните потребности в мотивираното становище по ал. 2 с повече от 10 сто, областната комисия може да направи мотивирано предложение до Министъра на здравеопазване за промяна на предварително изчисления брой легла и заповедта по чл. 30, ал. 4 и ал. 5, по ред и условия, определени в Наредбата по чл. 31, ал. 3.“

**Мотиви:** Предложеният модел за разработване на областните и националната здравни карти изцяло се основава на изчисления и разчети, които ще бъдат изготвени от Националния център за общественото здраве и анализи и не създава възможности на областно ниво и при обективни основания да се „ревизират“ тези централни разчети. На местно ниво съществуват редица специфики, които не е възможно да бъдат предварително обхванати и описани изчерпателно. Предложението ни цели да бъде създадена правна възможност областните комисии да имат право да искат преразглеждане на централно определените показатели.

#### 5. По § 28

**Предлагаме § 28 да отпадне.**

**Мотиви:** Договорянето между лечебните заведения и НЗОК въз основа на Националната здравна карта, т.е. използването ѝ не само като инструмент за планиране на лечебните заведения (на базата на статистически и стойностни величини), но и като административен и финансов регулатор на дейността на лечебните заведения, допълнително ще ограничи достъпа на гражданите до здравни услуги.

#### 6. По § 56

**Предлагаме чл. 109, чл. 110 и чл. 111 да отпадат.**

**Мотиви:** В съответствие с т.2 от изложените по-горе принципни бележки, предлаганата уредба противоречи на конституционния принцип за равнопоставеност на различните видове право на собственост и нарушава свободната конкуренция, принципите за прозрачност, публичност и защита на обществения интерес. Разпоредбите на ЗПСПК и ТЗ дават достатъчно възможности за защита интересите на всички собственици, вкл. и на държавата, без да се налага въвеждане на изключения от обичая ред.

#### 7. По § 62 от Преходни и заключителни разпоредби

**7.1.Предлагаме чл. 125б, ал. 3 да отпадне.**

**Мотиви:** Считаме, че предложението за уведомяване на РЗИ ще затрудни и ограничи въвеждането на подобни услуги от вписаните вече в регистъра на АСП лица и общините, и противоречи на Закона за електронното управление и АПК относно комплексното административно обслужване.

**7.2. Предлагаме чл. 125в, ал. 2 и ал. 3 да придобият следната редакция:**

„Чл. 125в (2) Интегрираните здравно-социални услуги, които се финансират от държавния бюджет и се предоставят без заплащане на такси от лицата по чл. 125б, ал. 1, се определят с акт на Министерския съвет.“

„Чл. 125в (3) Интегрираните здравно-социални услуги, извън случаите по ал. 2 се извършват срещу заплащане на такси или по договаряне с лицата, които ги ползват.“

**Мотиви:** И към момента няма пречка за осъществяване по отделно на съответните здравни и социални услуги за сметка на определените източници за финансиране. Предлагаме ангажиментите на държавата, вкл. и облекченията, които ще бъдат въведени да се регламентират с акт на Министерския съвет, а във всички останали

случаи - да се прилага общата разпоредба за разходоориентиран размер на таксите и цените на услугите.

**8. По § 63 от Преходни и заключителни разпоредби**  
**Предлагаме §63, т. 4 да отпадне.**

**Мотиви:** Предопределя се, че НЗОК няма да сключва договори с бившите диспансери, за които комисията по чл. 33, ал. 1 от Закона за лечебните заведения е изразила отрицателно становище. Въпреки, че Законът не въвежда ограничителни условия, се създават възможности за субективна преценка на комисия, която не е административен орган и нейните решения не могат да бъдат обжалвани по АПК. По-подробно, виж. т.10.

**9. По § 64 от Преходни и заключителни разпоредби**  
**Предлагаме §64 да отпадне.**

**Мотиви:** В съответствие с аргументите по т. 1 от принципните бележки, считаме, че уредбата не съответства на Конституцията и Закона за публичните финанси. Въпреки, че се въвеждат изисквания за запазване на дейността след приватизация, съществува риск за формално изпълнение на този ангажимент - при обективна невъзможност дейността да бъде осъществявана, поради отказ на Касата да сключи договор. Няма заложена гаранция в закона, че сградите и имуществото на приватизираните лечебни заведения, които са основен актив, ще се използват за здравни дейности, както например това е уредено в ЗНП спрямо сградите на закритите училища. При евентуална приватизация, без подобна защита на обществения интерес, достъпът на гражданите до здравни услуги ще се окаже допълнително затруднен.

**10. По § 65, § 66, § 67 и § 68 от Преходни и заключителни разпоредби**  
**Предлагаме § 65, § 66, § 67 и § 68 да отпаднат.**

**Мотиви:** В продължение на изложените по-горе аргументи по т. 1 от принципните ни бележки, предложението за вливане или участие в обединение на общинските центрове (за психично здраве, за кожно-венерически заболявания и комплексните онкологични центрове) към съответните МБАЛ не е икономически обосновано и аргументирано и не осигурява защита правата на пациентите. При прилагането на едната от посочените форми (вливане) обновените центрове ще загубят правосубектността си. Съгласно Европейските правила общините и лечебните заведения са поели задължение да не променят собствеността и дейността на обновените заведения за срок не по-малко от 5 години. А при останалите форми не се отчита, че централите са общинска собственост и единствено в правомощията на общинските съвети е да преценят доколко същите могат да участват в обединения. С оглед липсата на ясна визия относно цялостния статут на централите и модела за профилактика и лечение на тези социално-значими заболявания, подобни промени няма как да бъдат подкрепени на местно ниво, дори напротив очакваме поредна вълна на обществено недоволство.

Като се надяваме, че предложенията ни ще бъдат взети под внимание, оставам

С уважение:

Изпълнителен директор

