



НАРОДНО СЪБРАНИЕ
Бх. № 13-803-03-1
дата 05.06.2018

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министър на здравеопазването

Изх. № 20-00-356/05.06.2018

ДО
Д-Р ДАНИЕЛА ДАРИТКОВА
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯТА
ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КЪМ
44-ТО НАРОДНО СЪБРАНИЕ

Относно: концепция за стабилизиране, оздравяване и развитие на общинските лечебни заведения за болнична помощ

УВАЖАЕМА Д-Р ДАРИТКОВА,

Както вече Ви информирах, с писмо №20-00-356 от 29.02.2018 г., в Министерството на здравеопазването се работи активно по варианти за промяна на модела за управление на здравния сектор. Концепцията за стабилизиране, оздравяване и развитие на общинските лечебни заведения за болнична медицинска помощ ще бъде част от новия модел за болничната помощ, който предстои да бъде представен за публично обсъждане, тъй като проблемите на общинските болници са комплексни и са част от общото състояние на здравната система.

Проблемите на общинските лечебни заведения за болнична помощ са резултат от натрупаните с годините обективни и субективни фактори, многогодишни палиативни решения за тяхното развитие, критично променена демографска картина в малките населени места, дефицит на медицински специалисти и липса на адекватни управленски решения в някои от лечебните заведения.

В изпълнение на т. 2 от Решение на Народното събрание от 02.02.2018 г., Ви представям предприетите досега действия по отношение на процеса на стабилизиране, оздравяване и развитие на общинските лечебни заведения за болнична помощ:

Общинските лечебни заведения и към настоящия момент продължават да осигуряват онази част от медицинска помощ, която е базова и затова е жизненоважна за масовата обръщаемост на населението към болничните лечебни заведения. Особено значими в това отношение са болниците в по-малките градове, където обичайно няма друга алтернатива за хората. Общинските болници осигуряват изцяло базовите потребности на определена територия и се явяват почти единствената възможност при усложнени зимни условия. Към споменатите обстоятелства трябва да добавим и факта, че за една значителна част от населението, социално-икономическият статус предопределя невъзможност да търси болнична медицинска помощ на по-голямо разстояние и срещу заплащане. Не на последно място е обхватът, който имат тези лечебни заведения – те покриват базовите потребности от болнична помощ за една съществена част от населението и следователно имат значителен дял в стационарната медицинска помощ в нашата страна. Заболяванията, които се лекуват в общинските болници са най-масовите сред населението и в голямата си част са социално значими.

Като етап от работата в насока на стабилизиране и оздравяване на общинските лечебни заведения за болнична медицинска помощ, представям на Вашето внимание информация за осъществените до този момент конкретни действия за подобряване на организацията и финансирането на общинските болници:

- **Национален рамков договор за 2018 г.**

С Националния рамков договор за 2018 г. се създадоха възможности на общинските болници да сключват договори за изпълнение на клинични пътеки при облекчени условия, без от това да се влошава качеството на медицинската помощ.

Поради системния дефицит на медицински специалисти - лекари и медицински сестри в някои общини чрез Националния рамков договор за 2018 г. се въведе пакет от мерки, насочени към осигуряване на населението с необходимата медицинска помощ с гарантиране на своевременност, равнопоставеност, достъп и качество на здравните услуги.

Целта е създаване на стандартни условия за договаряне и осъществяване на медицински дейности, съобразени с конкретната ситуация в повечето общински болници. Предложенията очертават пакет от дейности, които биха могли да се извършват при съответните облекчени условия за посочените болници, без от това да страда качеството на медицинските грижи.

Системата за подобряване на достъпа до общински болници се отнася само до многопрофилни болници за активно лечение в общини, при които на територията на населеното място няма други лечебни заведения. Тази система не се отнася до специализирани болници за активно лечение, или такива за рехабилитация и продължително лечение, а също и за активно лечение на онкологични заболявания, пневмофтизиатрични и кожни заболявания.

Считаме, че с тези мерки ще се гарантира реално пакета със здравни услуги за населението в дадена община и осигуряването на всички базови дейности, които решават здравния проблем на пациента на територията на населеното място, разбира се, съобразно

диагностично-лечебните възможности на лечебното заведение за болнична помощ и наличието на съответните медицински специалисти.

Конкретните примери за пакета от мерки са следните:

За определени клинични пътеки (КП), които се изпълняват на второ ниво на компетентност, се допуска отделение I ниво на компетентност да ги изпълнява, в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за персонал, отговарящи на I ниво на компетентност. Такива са:

- КП № 62 „Епилепсия и епилептични пристъпи“;
- КП № 67 „Паркинсонова болест“;
- КП № 071 „Заболяване на тънкото и дебелото черво“;
- КП № 039 „Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст“;
- КП № 040.2 „Бронхиална астма: средно тежък и тежък пристъп при лица под 18 годишна възраст“;
- КП № 219 „Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност“;
- КП № 222 „Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс горния крайник“;
- КП № 160 „Нерадикално отстраняване на матката“;
- КП № 163 „Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женски полови органи“;
- КП № 164 „Корекция на тазова (перинеална) статистика и/или на незадържане на урината при жената“;
- КП № 165 „Диагностични процедури и консервативно лечение на токсо - инфекциозен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход“;
- КП № 098 „Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром, при лица под 18 години“;
- КП № 262 „Физикална терапия и рехабилитация на болести на централната нервна система“.

Освен това за посочените клинични пътеки, вместо изискване за разкрито Отделение по анестезия и интензивно лечение (ОАИЛ) с II ниво на компетентност, се допуска наличието на легла за интензивно лечение към съответните структури (отделение/клиника) в лечебните заведения за болнична помощ. Разбира се описаните по-горе забележки се отнасят за болници, на които в разрешенията за дейност са вписани съответните медицински дейности.

За други клинични пътеки в областта на медицинската специалност „Хирургия“ в условията на спешност се допуска отделение I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности, в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за персонал, отговарящи на I ниво на компетентност.

Такива клинични пътеки и медицински дейности са:

- КП № 173 „Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица над 18 години“;

- КП № 175 „Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица над 18 години“;
- КП № 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация“;
- КП № 191 „Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години“;
- КП № 195 „Оперативно лечение при остър перитонит“;
- КП № 196 „Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси“;
- КП №198 „Животозастрашаващи инфекции на меките тъкани- хирургично лечение“;
- КП № 180 „Хирургични интервенции за затваряне на стомаха“;
- КП № 184 „Конвенционална холецистектомия“;
- КП № 185 „Лапароскопска холецистектомия“.

По една от често прилаганите **КП № 039** „Диагностично лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 години“ изпълнител може да бъде и отделение по вътрешни болести (за кодове J15.8 и J15.9 – може да работи специалист със специалност по вътрешни болести с 5 години стаж по специалността ако на територията на общината липсва лечебно заведение, което да изпълнява тази клинична пътека.

Друго облекчение за общинските лечебни заведения се допуска когато за изпълнение на съответна дейност липсват специалисти по анестезия и интензивно лечение. В тези случаи могат да се сключват договори за осъществяване на дейност при наличие на специалисти със специалност по анестезия и интензивно лечение, като единият от тях е назначен на пълен работен ден в същото лечебно заведение, а дейността на втори специалист може да се осигури от други двама лекари-специалисти, назначени по трудов договор на ½ работен ден.

В случаите, при които в населеното място няма инфекциозно отделение/клиника, пациентите, които следва да се отчитат по **КП № 098** „Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром, при лица под 18 години могат да се хоспитализират в отделение по детски болести с разкрит сектор за инфекциозно болни с режим на изолация.

• **Медицински стандарти и Национална здравна карта**

По отношение на медицинските стандарти са предвидени промени, които също са съобразени с недостига на човешки ресурси в общинските лечебни заведения за болнична медицинска помощ. В първо ниво на компетентност на медицинските стандарти, което е преобладаващото ниво за общинските болници, се включват минимални изисквания по отношение на брой лекари и брой лекари с придобита специалност, такива които да осигурят базово осъществяваната дейност, като дадат възможност за екипност в работата, там където това е необходимо и заменяемост в случаите на отсъствие от работа. Това изискване в медицинските стандарти, една част от които са в процес на утвърждаване на промяна или изцяло нова редакция, е едно от най-дискутираните в процедурите на общественото обсъждане на техните проекти и се ползва със специалното внимание на екипите, работещи по изготвянето на стандартите, в които участват националните консултанти и председателите на научните дружества по отделните медицински специалности.

Създадена е и възможност дейностите по отделни медицински специалности с еднаква медицинска насоченост (терапевтична, хирургична) да бъдат изпълнявани в рамките на обща структура (отделение, клиника), което води и до оптимизиране на работния процес, до пълноценно използване на наличния в болниците човешки ресурс (лекари, медицински сестри, акушерки и др.), без да се засяга качеството на изпълняваните медицински дейности и като краен резултат – оптимизиране на разходите на лечебните заведения за болнична помощ. Така например, допусната е възможността в отделенията по вътрешни болести, дейности по отделни медицински специалности с терапевтична насоченост (ендокринология, гастроентерология, пулмология и др.) да бъдат изпълнявани при наличието в състава на отделението на съответните лекари-специалисти (ендокринолог, гастроентеролог, пулмолог и др.).

Регламентираният в медицинските стандарти обхват на медицинската дейност, съответстващ на I ниво на компетентност, е съобразен с професионалните възможности на това ниво и същевременно гарантира на населението необходимото ниво на достъп. Така например в утвърдения медицинския стандарт по „Ортопедия и травматология“ определени оперативни интервенции, които се изпълняват на II ниво на компетентност, в условията на спешност могат да се извършват и на I ниво. Такива са:

- Други инцизии на кости без разделяне, фаланги на ръка;
- Клиповидна остеотомия, карпални и метакарпални кости;
- Прилагане на външно фиксиращо устройство – хумерус, радиус и улна;
- Външна фиксация – бедрена кост, тибия и фибула, тарзални и метатарзални;
- Вътрешна фиксация на кост без наместване на фрактура - скапула, клавикула, хумерус, радиус и улна, фемур, патела, тибия и фибула, тарзални и метатарзални;
- Отстраняване от костта на имплантирани уреди - скапула, клавикула, хумерус, радиус и улна, фемур, патела, тибия и фибула, тазови кости. ;
- Закрито наместване на фрактура без вътрешна фиксация – бедро, тибия и фибула, тазови кости, фемур, тибия и фибула;
- Открито наместване на фрактура без вътрешна фиксация, хумерус – фрактура на дистален хумерус, на радиус и улна – изолирана фрактура на улна, изолирана фрактура на радиус и фрактура на радиус и улна, тибия и фибула, тарзални кости,
- Открито наместване на фрактура с вътрешна фиксация - карпални и метакарпални, тарзални и метатарзални, патела;
- Закрито наместване на отделена епифиза - хумерус, радиус и улна, фемур, тибия и фибула, друга уточнена кост;
- Открито наместване на отделена епифиза, радиус и улна, карпални и метакарпални, фаланги на ръка, тибия и фибула;
- Дебридман на мястото на отворена фрактура – фемур, тибия и фибула, патела;
- Закрито наместване на дислокация на тазобедрена става, коляно, патела;
- Шев на капсула или лигамент на горен крайник;
- Екцизия на лезия на сухожилно влагалище на длан, включително ганглионектомия от сухожилно влагалище (китка);
- Шев на сухожилно влагалище на длан;
- Друго разсичане на мека тъкан;
- Друга тенонектомия;
- Друг шев на сухожилие, включително ахилорафия, апоневрорафия, шев на собствено пателарно сухожилие, шев на муск. квадрицепс феморис;

- Ампутация на пръст на стъпало, включително ампутация през метатарзофалангеална става, ампутация през метатарзална глава, ампутация на стъпало по Ray;

- Ампутация през стъпало, включително ампутация на предната част на стъпало, ампутация през средата на стъпало, ампутация по Chopart, средна тарзална ампутация, трансметатарзална ампутация (ампутация на предната част на стъпалото, включваща всичките пръсти);

- Дезартрикулация на глезен;

- Ампутация на глезен през малеолите на тибия и фибула.

Равномерното разпределение на ресурсите в болничното здравеопазване и удовлетворяването на потребностите на цялото население в страната от болнично здравеопазване, са вторият фактор, който е от изключителна важност за осигуряване най-вече на равнопоставеност по отношение на достъпа на населението до медицински услуги.

Такъв инструмент, чрез който се регулира равномерното разпределение на болничните ресурси е Националната здравна карта, приета с Решение № 361 от 29.05.2018 г. на Министерския съвет. Тя включва както Областните здравни карти, представляващи реалната карта на наличните ресурси и тяхната използваемост във връзка с реализирана медицинска дейност в отделните административни области, така и потребностите от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ, определени и планирани на териториален принцип.

В синхрон с медицинските стандарти в Националната здравна карта изрично е посочено, че планираните потребности от медицински дейности, осъществявани на легла по вътрешни болести са планирани в рамките на леглата за медицински дейности по определени други медицински специалности (кардиология, ендокринология, пневмология и фтизиатрия и др.) и могат да се осъществяват в структурни по медицинската специалност вътрешни болести или структури по съответната друга медицинска специалност. В този смисъл няма проблем отделенията по вътрешни болести, които функционират най-вече в общинските болници, да продължат да функционират в настоящия вид.

- **Методика за субсидиране на лечебните заведения**

Финансирането на дейности от Министерство на здравеопазването извън обхвата на задължителното здравно осигуряване е друг механизъм, чрез който се подпомагат финансово лечебните заведения, включително и общинските. През 2018 г. по Методиката за субсидиране на лечебните заведения са сключени договори с 97 общински лечебни заведения, 69 от които са многопрофилни болници за активно лечение.

С Методиката се определят критериите и редът за субсидиране на общински лечебни заведения за болнична помощ, които се намират в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната за осъществяване на дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (поддържане на капацитета и осигуряване на диагностика и лечение на болни, в т.ч. продължително лечение на пациенти със сърдечно-съдови, неврологични и белодробни заболявания).

За субсидирането на общински лечебни заведения в труднодостъпни и/или отдалечени райони по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2018 г. е разчетен ресурс в размер на 7,6 млн. лв., което е с 1,5 млн. лв. повече от усвоените средства за 2017 г. Разпределението на средствата е съгласно Методиката за всички 66 общински лечебни заведения, на които по списък предложен от Националното сдружение на общините в Република България, в съответствие с определените критерии се предоставя такъв вид субсидия.

Останалите дейности, за които се субсидират този вид лечебни заведения са:

- за оказване на консултативна медицинска помощ на спешни пациенти по искане на дежурните екипи в центровете за спешна медицинска помощ – 64 болници;
- за дейности по медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК – 15 болници;
- лечение на пациенти с психични заболявания на стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой, вкл. за дейности по рехабилитация чрез трудотерапия – 5 болници;
- за прилагане на медицински изделия (изкуствени стави и остеосинтезни материали) на ветерани от войните, военноинвалиди и военнопострадали при оперативни процедури в условията на спешност – 3 болници.

В заключение, бих желал да Ви уверя, че с новия модел за управление на здравния сектор, който ще бъде представен в края на месец юни и ще бъде подложен на широко обществено и професионално обсъждане, ще бъде положена основата на дългосрочно и устойчиво решение на проблемите на държавните и общински болници, както и насоките за тяхното развитие в бъдеще. Убеден съм, че само със съвместните усилия на всички, които имат отношение към проблемите в здравния сектор, ще бъде намерен широк и удовлетворяващ обществото консенсус по необходимите промени в сега съществуващия модел на здравеопазването.

С уважение,

КИРИЛ АНАНИЕВ

Министър на здравеопазването

