"За по-добро обществено управление: институционализиране на процеса по оценка на въздействието в държавната администрация съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз", по: II. обособена позиция: "Извършване на практически оценки на въздействието на законодателство и политики"

Предварителна оценка на въздействието Законопроект за изменение и допълнение на Закон за лечебните заведени

Your partner in development

Съдържание

Използвани съкращения 3
Резюме 4
Увод: цел, методика и организация на работата по последващата оценка на ЗЛЗ 4
I. Проблеми, на които законопроектът търси решение 9
Основен проблем 9
Източници на проблема 9
II. Цели на ЗИД на Закона за лечебните заведения 12
III. Очаквани въздействия и алтернативни решения 15
1.Регулаторните режими 15
2. Финансиране и управление на лечебните заведения 30
3. Управление на човешките ресурси 36
3.1. Оценка на въздействията 36
3.2. Алтернативи 36
4. Управление на качеството 40
IV. Количествен анализ на очакваните въздействия 45
1. Оценка на въздействието на промените в режима на регистрация/разрешение 45
2. Оценка на въздействието на промените в областта на финансирането на ЛЗ 47
3. Оценка на въздействието в областта на човешките ресурси 49
4. Оценка на въздействието в управление на качеството. 51
5. Мулктикритериен анализ на опциите 52
Резултати от консултациите със заинтересованите лица 59
Показатели за последваща оценка на действителния ефект от законодателните промени 64
Приложения 70

Използвани съкращения

АГ	Акушерство и гинекология
АПК	Административно процесуален кодекс
БАЛ	Болница за активно лечение
БЛС	Български Лекарски Съюз
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ЗЗ	Закон за здравето
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ЗОАРАКСД	Закон за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност
ЛЗ	Лечебни заведения
ЛЗБП	Лечебни заведения за болнична помощ
ЛЗИП	Лечебни заведения за извънболнична помощ
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ	Министерство на здравеопазването
НЗК	Национална здравна карта
НЗОК	Национална здравно-осигурителна каса
НРД	Национален рамков договор
ОМ	Обща медицина
ОПЛ	Общо практикуващ лекар
РИОКОЗ	Регионална инспекция за опазване и контрол на общественото здраве
РЦЗ	Регионален център по здравеопазване
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СБАЛ	Специализирана болница за активно лечение
ТЗ	Търговски закон
ЦСМП	Центрове за спешна медицинска помощ

Резюме

Настоящата предварителна оценка на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) се фокусира върху проблеми, на които законопроектът търси решение - въпроси на достъпа до и на качеството на здравната помощ, свързани с организацията и управлението на лечебните заведения (ЛЗ). Към момента ЗЛЗ регламентира два регулаторни режима за установяване на ЛЗ: регистрационен режим за лечебните заведения от извънболничната помощ и хосписите (ЛЗИП) и разрешителен режим за лечебните заведения от болничната помощ (ЛЗБП), диспансерите, домовете за медико-социални грижи – с изключение на тези за медико-социални грижи за деца – и диализните центрове. Анализът на болничната помощ в страната обаче разкрива неефективен текущ контрол на качеството и на спазването на нормативните изисквания от страна на ЛЗ поради което по-голямата част от разглежданите промени са насочени към оптимизиране на режима на стартиране и провеждане на лечебна дейност, което е и същността на ЗЛЗ.

Достъпът до здравна помощ и нейното качество в голяма степен зависят от регулаторните ограничения пред установяването на лечебни заведения. Колкото по-малки са тези ограничения, толкова по-голямо е предлагането на здравни услуги. Тези ограничения обаче имат за цел да защитят правата на пациента и да осигурят определени минимални стандарти на здравни грижи. Промените в Закона имат за цел да облекчат доколкото е възможно режима на стартиране на лечебна дейност без това да е за сметка на защитата на пациентите и гаранциите за качеството на здравната помощ. Облекчаването на бариерите на входа на здравния сектор е в идентифицираните в предишната част няколко основни мерки:

1. Отмяна на ограничението индивидуални практики за първична и специализирана медицинска помощ да се установят като еднолични търговски дружества
2. Отмяна на изискването кандидатите за регистрация или разрешение да представят документи от други органи от системата на здравеопазването за изпълнение на предвидените в закона изисквания, като тези документи стават изискуеми по служебен път
3. Отмяна на ограниченията за дейности на специализирани болници за активно лечение (СБАЛ) само по една основна специалност, което ги лишава от възможността от по-пълна специализирана помощ за пациентите. Така отпада и необходимостта някои болници да се регистрират като многопрофилни и да поддържат капацитет, за който няма реална потребност. В новите условия ще могат действат като СБАЛ.

Една съществена част от предвидените мерки обаче действат в обратната посока: те увеличават разходите и издигат допълнителни ограничения пред стартирането на медицински дейности:

1. Въвеждане на държавни такси за регистрация и разрешение за лечебна дейност;
2. Въвеждане на строго разграничение на профилите на лабораториите по специалности;
3. Въвеждане на допълнителен разрешителен режим за създаване на лечебно заведение, ако то ще ползва финансиране от бюджета или Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК).

Тези допълнителни разходи и ограничения имат различни причини. Чрез тях вносителите се опитват да решат реални проблеми. Таксите имат за цел да покрият разходите по управлението на регулаторните режими и поддържането на регистрите. Профилирането на лабораториите има за цел да улесни пациентите и да подпомогне тяхното специализиране. Разрешението от МЗ за създаване на нова болница пък има за цел да подпомогне по-равномерното разпределение на ЛЗ в съответствие със Здравната карта. Тези ползи обаче имат своята цена за обществото. В този контекст най-скъпо ще струва на обществото въвеждането на допълнителна бариера на входа на болничната помощ под формата на съгласие на Министъра за създаване на лечебно заведение, ако то ще ползва публични фондове. Поправката предвижда това разрешение да се дава въз основа на оценка на потребностите на населението от медицинска помощ според Националната здравна карта. Критериите обаче за тази оценка не са уточнени. Така един по своя характер лицензионен режим за създаване на лечебни заведения ще бъде въведен без задължителните според Закона за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност (ЗОАРАКСД) изчерпателно разписани условия за даването на такова съгласие и може да бъде атакуван по съдебен ред. Не може да се гарантира и спазването на нормативно определени критерии за издаване на лицензия.

Препратката към Националната здравна карта също повдига редица въпроси. Целта на националната здравна карта е да гарантира определени минимални равнища на достъп до медицински услуги, вместо да определи тавани на тези услуги. Според Здравната стратегия, отговорността на държавата е да гарантира равномерно минимално покритие на територията на страната. Оттам нататък би трябвало да отвори вратите за конкуренцията между лечебните заведения, вкл. за конкуренция за финансиране от НЗОК, за да може да има реален избор на пациента. Здравната стратегия и Плана за действие предвиждат законодателни промени, вкл. в ЗЛЗ, за въвеждане на конкурентното начало в системата на финансиране на здравеопазването (Стратегическа цел 8, дейност 1.1 от Плана за действие). Предвижда се също финансирането да бъде обвързано с резултатите от акредитацията. Тези задачи в приетата Здравна стратегия и План за изпълнение не съответстват на идеята Министърът да решава кой има право на публични средства на входа на системата. Вероятно е тази разпоредба да влезе в противоречие с редица други закони и дори с основния закон. Здравната карта не регулира също и броя на разкритите легла по специалности, капацитета по видове дейности и области, а само броя на болниците и общия брой легла. Потребностите на населението едва ли се определят в брой многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ) и СБАЛ, а по-скоро в медицински дейности по видове: за една дейност може да има потребност, за друга не. Ако целта е да се преструктурира болничния сектор в съответствие с нуждите на пациентите би трябвало разрешението да е за дейностите, а не за ЛЗ изобщо. Но тогава то може да бъде лесно заобиколено, като се открие СБАЛ и после се разшири дейността. При положение, че законодателството предвижда забрана за ограничаване на правото на избор на пациента на лечебно заведение на географски или административни основания (чл. 4, ал. 2 от ЗЗО), търсенето именно на административно основание за спиране на навлизането на частен капитал в болничното здравеопазване, водещо до ограничаване на конкуренцията едва ли ще доведе до по-ефективно усвояване на бюджетни средства и по-качествено здравеопазване. Не на последно място, болницата може да декларира, че няма намерение да се финансира с обществени средства, а впоследствие като получи

разрешение и акредитация, да поиска да сключи договор с НЗОК. Възниква въпросът дали тогава министърът ще й отнеме разрешението, или ще забрани на Касата да сключва договор. И на какво правно основание? Още повече че основен принцип на задължителното здравно осигуряване е равнопоставеността на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договор с РЗОК.

Предвидените в ЗИД на ЗЛЗ мерки в областта на финансиране и управление на лечебните заведения са насочени към:

1. Разтоварване на ЛЗ от неприсъщите и финансови отговорности в сферата на съдебномедицинската експертиза и медико-социалните дейности и пренасочването на разходите към съответните потребители и програми
2. Създаване на условия за привличане на допълнителни обществена подкрепа, вкл. финансова чрез болнични настоятелства за психиатричните стационари които досега
3. По-голяма самостоятелност в плащанията от Министерство на здравеопазването към ЛЗ по утвърдени национални и регионални програми без съгласуване с МФ

Анализът показа, че мерките във финансовата сфера са частични и не предполагат съществени положителни ефекти. Като цяло, те не са насочени към създаване на стимули за подобряване на финансовото управление на болниците. Не се търси решение на въпроса с болничната задлъжнялост. Напротив, една от основните промени е насочена към защита на болниците от процедура по неплатежоспособност по Търговския закон, което на практика е защита на неефективното финансово управление. При това, в желанието си да защити болниците от банкрут промените по същество отменят задължението управителят на дружеството да информира Общото събрание за натрупването на загуби. Така го лишават от възможността да предприеме своевременни мерки по оздравяването на дружеството. При това подобна мярка е още по-необоснована когато е в сила и за частните болници. Аргументите против подобен подход са, че той стимулира лошото и безотговорно финансово управление на ЛЗ и в края на краищата поддържа лошо качество на здравната помощ. Неплатежоспособна болница едва ли може да предоставя качествена здравна помощ. Подобни промени явно имат за цел да узаконят наложилата се практика дълговете на болниците да се изчистват всяка година от бюджета. Това създава условия за неравностойно третиране на болниците, за стимулиране на губещите и дестимулиране на тези, които се опитват да не трупат дългове.

Липсата на ясна политика по отношение на финансирането на лечебните заведения е свързано със смесването на съображения за икономическа ефективност и социална защита. Нормално е социалните отговорности за достъп до здравна помощ се поемат от държавата, а болничните управи да поемат отговорността за икономическата ефективност на болниците. Но това трябва да става по ясни и еднакви за всички правила. В противен случай бюджетните ресурси ще се насочват към най-неефективните болници, от което обществото като цяло губи. В интерес на пациентите е законът да осигури условия за качествени здравни услуги, които едва ли могат да бъдат предоставяни от неплатежоспособни болници.

Като цяло, законът издига допълнителни бариери на входа на сектора на здравеопазването и допълнителни пречки на изхода. От гледна точка на икономическата ефективност би трябвало да е обратното: по-лесен достъп на инвеститорите до сектора на болничната помощ и отказ от политиката да се поддържат изкуствено всички губещи. За някои, където дейностите са нерентабилни, държавата трябва да поеме отговорността си

или чрез пряко бюджетно финансиране или чрез корекции в стойностите на съответните пътеки. Такъв подход повече отговаря на провъзгласените в Националната здравна стратегия принципи и цели на конкуренция и избор на пациента.
Разнопосочни са и промените по отношение на конкурсното начало и атестирането. От една страна Законът предвижда разширяване на системата за атестиране да обхване и директорите. Центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП). Предвижда се атестиране на веднъж на три години, въпреки че предложението е било за ежегодно атестиране. Целесъобразно би било атестацията да се прилага към всички ЛЗ по чл.5, ал.1 от ЗЛЗ с изключение на ведомствените болници. От друга страна, управителите на общинските болници отстъпва от принципите на конкурсното начало, като се оставя на Общото събрание изборът дали да провежда конкурс.

Изследвани бяха и рисковете от спиране на конкуренцията в болничното здравеопазване и от неконтролируема декапитализация на болниците. Твърдението е, че разкриването на нови лечебни заведения, когато те ще се финансират с публични средства, трябва да става само с разрешението на Министъра на здравеопазването, след оценка на потребностите на населението. Това се аргументира с трудностите, които поражда допускането на финансиране на медицински услуги на ново лечебно заведение, когато те вече се извършват и финансират с публични средства в даден регион и капацитетът вече е достатъчен за адресиране на потребностите на населението. Анализът показва обаче, че въвеждането на тази мярка ще възпрепятства навлизането на частни капитали в болничният сектор - доколкото новите лечебни заведения са единствено частни, като затвърди статуквото на неефективните държавни и общински структури. Това от своя страна ще ограничи избора на пациента и достъпа му до лечение, ще елеминира конкуренцията като движещ фактор за постигане на по-добро качество на услугите при по-нисък разход и индиректно ще съдейства за влошаване на финансовото състояние на болниците и качеството на оказаната помощ. На практика предложената регулацията признава неспособността на финансиращите институции (Министерство на здравеопазването и НЗОК) да управляват и регулират ефективно договорните си взаимоотношения с болниците, въпреки че законодателят им е делегирал всички права и инструменти за това – определяне на алгоритъми надейностите, медицински стандарти, санкции, контрол по изпълнението, акредитация, избор на система на заплащане, цени и др. (на практика договорното начало с БЛС отпадна), поради което се нуждаят от регулация на входа. Същността на предложената мярка е подмяна на визията за реформа в здравеопазването, игнориране на избора на пациента и конкурентното начало между болниците. Несъмнено тази опция е изключително атрактивна за държавната адмистрация, защото в краткосрочен план позволява лесно управление на бюджетни разходи. В дългосрочен план отсъствието на конкуренция води до неефективно разходване на средства, лавинообразно натрупване на дългове от държавните болници, каквато е практиката и сега, като тези дългове са за сметка на данъкоплатеца, докато дълговете на частните болници, които няма да бъдат допуснати до пазара биха били за сметка на инвеститорите. В законопроекта е налице явна колизия на целите, от една страна сремеж за подобряване на качеството на услугите и достъпа до тях на пациентите, а от друга страна не допускане на лечение на населението за сметка на бюджета до нови, модерни, акредитирани болнични лечебни заведения; защита от несъстоятелност на зле функциониращи държавни болници срещу недопускане на тяхно място на частни такива, при които рискът от неплатежоспособност се носи от собствениците.

Увод

1.1 Оценка на въздействието на ЗИД на ЗЛЗ

Настоящата оценка на въздействието е част от дейностите по проект "За по-добро обществено управление: институционализиране на процеса по оценка на въздействието в държавната администрация", по ОП „Административен капацитет" (ОПАК). Бенефициент по ОПАК и възложител на проекта е Администрацията на Министерския съвет на Република България. Изпълнителят е обединение Корпорейт енд Публик Мениджмънт Кънсалтинг Груп – Ню Ай. В рамките на Обособена позиция 2 „Извършване на практически оценки на въздействието на законодателството и политиките" изпълнителят има за задача да изготви съвместно с вносителите седем предварителни и седем последващи оценки на въздействието.

Оценката на въздействието на Закона за лечебните заведения е една от седемте последващи оценки. Тя е изработена от работна група с представители на МЗ и експерти на изпълнителя, и отразява проведените консултации със засегнатите и заинтересованите страни. Целта на експертния екип е посредством оценката да се решат приоритетни проблеми, на които законопроектът търси решение на въпроси на достъпа и качеството на здравната помощ, свързани с организацията и управлението на лечебните заведения, като ги постави на основата на съвременните стандарти и добри практики в ЕС за по-добро регулиране. Друга цел на оценката е да предостави показатели, които да се използват от експертите в правителствения и неправителствения сектор в бъдеще за извършване на оценка на въздействието. В процеса на практическата съвместна дейност с представителите на МЗ беше изграден съответния капацитет за оценка на въздействието, като администрацията беше подготвена за превръщането й в неотменна част от нормотворческия процес.

1.2 Методика на оценката и работа на екипа

Методиката за последваща оценка на въздействието бе разработена от експертния екип на изпълнителя и съгласувана с Възложителя. Работната група по последващата оценка на въздействието на ЗЛЗ започна своята работа на 02.04.2009 година и приключи редовните си срещи на 15.05.2009 година. Основното институционално участие е осигурено от страна на Министерство на здравеопазването. С цел постигане на по–добра оценка на въздействието в работните групи бе включен и експерт по ЗЛЗ.

Срещите на работните групи преминаха под формата на обучение в процеса на реалното изпълнение на програмата (Learning by doing). В процеса на преминаване през отделните етапи и стъпки на оценката на въздействието участниците бяха запознавани с целите и методиката на всяка фаза от процеса и алтернативните начини на решение. В този контекст бяха обсъждани конкретните предизвикателства. Експертите на МЗ предоставиха навреме квалифицирана експертиза, както и наличната информация, необходима за извършване на анализа и оценката. Като цяло беше постигната много добра степен на сработване и работа в екип.

I. Проблеми, на които законопроектът търси решение

Основен проблем

Нерешени въпроси с *достъпа до* и *качеството на* здравната помощ, свързани с организацията и управлението на лечебните заведения

Източници на проблема

1. В регистрационния и разрешителен режим за установяване на ЛЗ са налице:
   а. ненужни регулаторни и административни ограничения;
   б. неясноти и противоречия

   - В действащото законодателство не е предвидена възможност индивидуални практики за първична и специализирана медицинска помощ да се регистрира като еднолично търговско дружество. Ненужно е ограничен изборът на правната форма индивидуална практика в извънболничната помощ само като физическо лице или ЕТ.

   - Налице са ненужни регулаторни тежести при регистрацията и разрешението за дейности на ЛЗ, свързани с изискването кандидатите да представят документи от други административни звена от системата на здравеопазването, което противоречи на императивни разпоредби на ЗОАРАКСД

   - Ненужни ограничения в обхвата и вида на лечебните дейности свързани с профилирането и специализирането на болниците
     - ✓ ЛЗБП се делят на районни, областни, между-областни и национални – в зависимост от териториалния обхват на обслужваното население, въпреки че това деление не съответства на принципа на свободния достъп на пациентите до медицинска помощ (чл. 4 от ЗЗО)
     - ✓ Отпадането на разделянето на специалностите на основни и профилни (чл. 181 от ЗЗ), доведе до несъответствие в изискванията към многопрофилните и специализирани болници
     - ✓ Изискването за минимум четири отделения или клиники по различни основни медицински специалности за МБАЛ води до откриване на ненужни отделения и свръх-предлагане/отчитане на съответните медицински услуги
     - ✓ Ограничени са възможностите на СБАЛ да откриват отделения с повече от една основна специалност и отделения по анестезиология и интензивно лечение при действащия текст, което се отразява на качеството на обслужването там.

2. Недостиг на капацитет за долекуване, рехабилитация и продължително лечение

Анализът на болничната помощ в страната показва недостиг на структури за долекуване, продължително лечение и рехабилитация, както и недостиг на здравните грижи за хронично болните. Предвиждаше се да се даде възможност болниците за активно лечение да отделят легла и за тези дейности, но този текст отпадна без да бъде заменен с друга мярка за решаване на проблема

3. Неравномерно разпределение на капацитета на ЛЗБП: свръх-капацитет в определени райони и недостиг в други
   а. Няма стандарти за достъп до здравна помощ (критерии) за изработване на НЗК (напр. колко е минималният брой легла на жител за дадено отстояние от ЛЗ) по видове
   б. Няма показатели за максималния брой легла за активно лечение (и разпределението им по видове – за интензивно лечение, терапевтични, хирургични, АГ, и педиатрични), както и легла за долекуване, рехабилитация и продължително лечение, за които НЗОК сключва договори с ЛЗ.
   в. Няма ефективен механизъм за постигане на показателите на Националната здравна карта.
   г. Непълно използване на капацитета на операционните блокове (средният брой операции е два три пъти по нисък от съответните показатели в европейските болници)
   д. Прекалено натоварване на ЛЗБП с дейности и здравни грижи, които могат ефективно да се предлагат в извънболничната помощ. Липсват изработени критерии за хоспитализация.

4. Медицинските дейности в лечебните заведения са изолирани от свързаните с тях социални дейности, като възможностите в тази насока на ЛЗ не се използват
5. Проблеми с финансирането на лечебните заведения
   а. Хронична задлъжнялост на болниците, въпреки че финансирането по клинични пътеки расте
   б. ЛЗ изпълняват функции, които не са свързани с лечебната дейност и би трябвало да се финансират от други бюджетни източници: съдебномедицинска експертиза; социални по своя характер дейности
   в. Не напълно се използват възможностите на гражданското общество и ПЧП за финансова подкрепа на болниците

6. Слабости в образованието и професионалната квалификация на медицинските работници, както и в системата на избор и атестиране на управленските кадри УЧР и материалните стимули за заетите в системата на здравеопазването
   а. В подготовката на студентите за практиката, в практическото им обучение в ЛЗ
   б. В професионалното обучение и специализация на ОПЛ: забавяне на процеса на придобиване на специалност по ОМ (към момента на изтичане на гратисния период от 10 г. за придобиване на специалност над 40% от ОПЛ са без специалност и не са зачислени. Този дефицит на специалисти сред ОПЛ е далече по-остър в някои региони, където достига до 70%.)
   в. В приложението на конкурсното начало при назначаване на директори на Общинските болници

г. Системата на атестиране и кариерно развитие в ЛЗ

7. Неефективен текущ контрол на качеството и на спазването на нормативните изисквания от страна на ЛЗ

   а. Действащият закон не предвижда прекратяване на регистрацията при установено нарушение на нормативно въведените условия и изисквания за получаване на разрешение, медицинските стандарти и здравните изисквания

   б. Действащият закон не предвижда като правно основание за отнемане на разрешението нарушения на медицинските стандарти и несъответствие с изискванията за издаване на разрешение

   в. Неефективно използване на системата за акредитация за гарантиране на минимални стандарти за качеството на обслужването. Досега резултатите от акредитацията не кореспондират пряко и не водят до корекции и промени (в това число до прекратяване) на регистрацията

   г. Вменяване на ЛЗ на дейности, които не са лечебни по своята същност и водят до неефективно разходване на средства (ЦСМП са ангажирани с транспорта на болните на хемодиализа)

II. Цели на ЗИД на Закона за лечебните заведения

Предложените промени *не могат* и *нямат за цел* да решат всички идентифицирани в предходната част проблеми на здравеопазването свързани, с организацията на ЛЗ. Избрани са приоритетните най-спешни проблеми, предвид на интензивната законодателна програма и обичайните трудности, на които се натъква законодателния процес непосредствено преди парламентарните избори (кампанийност, прекалено политизиране, рискове от отлагане за следващия мандат и т.н.). С предложените промени е търсен разумен компромис между необходимото и възможното. Целите са групирани в шест групи, като за всяка група са представени съответните инструменти и мерки предвидени в оценявания ЗИД на ЗЛЗ.

I. Оптимизиране и облекчаване на регулаторните режими за установяване и провеждане на лечебна дейност

Инструменти/Мерки	**Текст**
I.1. Отмяна на ограничението индивидуални практики за първична и специализирана медицинска помощ да се установят като еднолични търговски дружества	§1: чл. 3 ал. 2 §7: чл. 36
I.2. Въвеждане на искане по служебен път от РЦЗ към РИОКОЗ и ИАТ на установяване на изпълнение на изискванията от кандидатите за регистрация	§ 9: чл. 40
I.3. Въвеждане на искане по служебен път от МЗ към РЦЗ, РИОКОЗ и ИАТ на установяване на изпълнение на изискванията от кандидатите за получаване на разрешение за лечебна дейност	§14: чл. 47
I.4. Отпада ограничението СБАЛ да има само една основна специалност и една или повече профилни специалности, производни от основната, което дава възможност на МБАЛ да се пререгистрират в СБАЛ. Понастоящем, за да се регистрира, МБАЛ трябва да има най-малко 4 отделения, които на места се откриват единствено за да отговорят на това изискване, без да е налице реална потребност, а често и капацитет.	§4: чл. 23
II. Оптимизиране на покритието на лечебните заведения	
II.1. Изискване за разрешение на министъра за създаване на ЛЗ, ако то ще се финансира с обществени средства след оценка на потребността на населението на основа на Националната здравна карта. Досега това се изисква от общините (без наличие на правно основание), а занапред ще се изисква и от физическите и юридическите лица	§8: чл. 37

III. Даване на възможност на ЛЗ да осъществяват социални услуги по реда на Закона за социалното осигуряване

III.1. държавни психиатрични болници	
III.2. домовете за медико-социални грижи за деца	§2: чл. 5

III.3.	домовете за медико-социални грижи	§2: чл. 5
III.4.	хосписите	§5: чл. 27 §6: чл. 28

IV. Мерки за оптимизиране на финансовото управление на лечебните заведения

IV.1.	Облекчаване на неприсъщите финансови отговорности на ЛЗ чрез пренасочване на разходите към съответните потребители и бюджети:	
IV.1.1.	Дейностите на отделенията по съдебномедицински експертизи и по съдебно-психиатрични експертизи да бъдат финансирани чрез определяне от съда на разноски, заплащани съответно от страните (потребителите (възложителите) на тези услуги)	§30: чл. 99а §34: чл. 403 ЗСВ
IV.1.2.	Финансиране на някои социални по характера си дейности, осъществявани от ЛЗ, определяни като медико-социални дейности, със средства от бюджета и програми за социално подпомагане (в това число мерките по Закона за социално подпомагане) (вж. цел IV)	§2: чл. 5 §5: чл. 27
IV.2.	Създаване на условия за привличане на допълнителни обществени средства за психиатричните заведения чрез премахване на ограничението за болнични настоятелства за ЛЗ по чл. 5 ал 1 (специализираните ЛЗ, създадени от държавата)	§26: чл. 82
IV.3.	По-голяма самостоятелност на МЗ при финансовото управление на годишните бюджети по национални програми	§31: чл. 106
IV.4.	Защита на губещите и неефективни болници от фалит и от предприемане на оздравителни мерки чрез дерогиране действието на императивните разпоредби на търговския закон (касаещи както ООД, респ. ЕООД, така и АД, респ. ЕАД) по отношение на свикване на Общото събрание при декапитализиране на ЛЗ и по отношение на прекратяване на дружеството при наличие на горните хипотези	§19: чл. 54

V. Мерки за развитие на човешкия капитал на ЛЗ

V.1.	Повишаване на изискванията към ЛЗ, в които се обучават студенти да имат оценка от акредитацията над средна	§29: чл. 90
V.2.	Следдипломното обучение на сестрите	
V.3.	Стимули за специализация	
V.3.1.	Времето за обучението за придобиване на специалност да се зачита за трудов и осигурителен стаж	§32: чл. 180 ЗЗ §35: чл. 4 КСО §38
V.4.	Облекчаване на изискванията за придобиване на специалност по обща медицина за ОПЛ	

V.4.1. Удължаване с 6 години на 10 годишния преходен период за придобиване на специалност	§36
V.4.2. Отпада изискването за специалност по ОМ за ОПЛ със специалности по вътрешни болести, детски болести, хирурзи и АГ	§37
V.5. Разширяване на обхвата на системата за атестиране на директорите	§22: чл. 65
V.6. По-голяма самостоятелност на общините по отношение на конкурсите за управители и директори (на практика възможност да назначават без конкурс)	§21: чл. 63

- **Повишаване на ефективността на контрола върху качеството на медицинската помощ и спазването на медицинските стандарти и изисквания от ЛЗ**

V.7. Допълване на основанията за заличаване на регистрацията на лечебното заведение при нарушение на регистрацията, медицинските стандарти и здравни изисквания и лоша или липсваща оценка от акредитацията	§12: чл. 45 §15: чл. 48
V.8. Уточняване и допълване на основанията за отнемане на разрешение при повторно нарушение на стандартите, незадоволителна оценка от акредитацията или липса на процедура по акредитация	§18: чл. 51
V.9. Разширяване на обхвата на акредитацията чрез включване на ЦСМП	§27: чл. 86

III. Очаквани въздействия и алтернативни решения

1.Регулаторните режими

По-голямата част от промените са насочени към оптимизиране на режима на стартиране и провеждане на лечебна дейност, което е и същността на ЗЛЗ.

ЗЛЗ регламентира два регулаторни режима за установяване на ЛЗ: регистрационен режим за лечебните заведения от извънболничната помощ и хосписите (ЛЗИП) и разрешителен режим за лечебните заведения от болничната помощ (ЛЗБП), диспансерите, домовете за медико-социални грижи – с изключение на тези за медико-социални грижи за деца – и диализните центрове. По смисъла на ЗОАРАКСД, вторият има характер на лицензионен режим и е вписан като такъв в т. 16 на Приложение към чл. 9, ал. 1, т. 2 на ЗОАРАКСД, където е представен изчерпателен списък на дейностите за които се допуска лицензионен режим.[1] Съгласно ЗОАРАКСД, диализните центрове не се характеризират като лечебни заведения, за които съответно е допустим лицензионен режим.[2] Следователно, за да се избегне колизия на правни норми, е необходимо или да се допълни т. 16 на Приложение към чл. 9 ал. 1 т. 2 на ЗОАРАКСД, или да се внесе поправка в ЗЛЗ. Освен това принципът на ЗОАРАКСД е, че лиценз се дава за дейност, докато разрешение се дава за отделна сделка или действие. За да бъде приведен ЗЛЗ в съответствие със ЗОАРАКСД, дейността на ЛЗБП би трябвало да подлежи на лицензиране, а не на разрешение за дейност.

Достъпът до здравна помощ и нейното качество в голяма степен зависят от регулаторните ограничения пред установяването на лечебни заведения. Колкото по-малки са тези ограничения, толкова по-голямо е предлагането на здравни услуги. Тези ограничения обаче имат за цел да защитят правата на пациента и да осигурят определени минимални стандарти на здравни грижи. Промените в Закона имат за цел да облекчат доколкото е възможно режима на стартиране на лечебна дейност без това да е за сметка на защитата на пациентите и гаранциите за качеството на здравната помощ.

Облекчаването на бариерите на входа на здравния сектор е в идентифицираните в предишната част няколко основни мерки:

1. Отмяна на ограничението индивидуални практики за първична и специализирана медицинска помощ да се установят като еднолични търговски дружества
2. Отмяна на изискването кандидатите за регистрация или разрешение да представят документи от други органи от системата на здравеопазването за изпълнение на предвидените в закона изисквания, като тези документи стават изискуеми по служебен път

[1] Приложение към чл. 9, ал. 1, т. 2 „Списък на стопанските дейности, за които може да се установява лицензионен режим", т. 16. Извършване на дейност на лечебни заведения за болнична помощ, диспансери и домове за медико-социални грижи

[2] Диализните центрове са самостоятелни ЛЗ по чл. 28а ЗЛЗ и подлежат на лицензиране, докато диализните отделения и клиники са в състава на ЛЗБП

3. Отмяна на ограниченията за дейности на СБАЛ само по една основна специалност, което ги лишава от възможността от по-пълна специализирана помощ за пациентите. Така отпада и необходимостта някои болници да се регистрират като многопрофилни и да поддържат капацитет, за който няма реална потребност. В новите условия ще могат действат като СБАЛ.

Очакваните ползи и разходи, възможните проблеми и рискове са представени в Таблица 1. Работната група идентифицира и възможни варианти на регулаторна намеса, които са представени в последната колонка на таблицата.

Една съществена част от предвидените мерки обаче действат в обратната посока: те увеличават разходите и издигат допълнителни ограничения пред стартирането на медицински дейности:

1. Въвеждане на държавни такси за регистрация и разрешение за лечебна дейност;
2. Въвеждане на строго разграничение на профилите на лабораториите по специалности
3. Въвеждане на допълнителен разрешителен режим за създаване на лечебно заведение, ако то ще ползва финансиране от бюджета или НЗОК.

Тези допълнителни разходи и ограничения имат различни причини. Чрез тях вносителите се опитват да решат реални проблеми. Таксите имат за цел да покрият разходите по управлението на регулаторните режими и поддържането на регистрите. Профилирането на лабораториите има за цел да улесни пациентите и да подпомогне тяхното специализиране. Разрешението от МЗ за създаване на нова болница пък има за цел да подпомогне по-равномерното разпределение на ЛЗ в съответствие със Здравната карта. Тези ползи обаче имат своята цена за обществото, която не можем да пренебрегнем при оценката на въздействието на регулациите. Положителните и отрицателните последици, както и възможните алтернативни решения са представени в таблица 1.

В този контекст най-скъпо ще струва на обществото **въвеждането на допълнителна бариера на входа на болничната помощ под формата на съгласие на Министъра за създаване на лечебно заведение, ако то ще ползва публични фондове.** Поправката предвижда това разрешение да се дава въз основа на оценка на потребностите на населението от медицинска помощ според Националната здравна карта. Критериите обаче за тази оценка не са уточнени. Така един по своя характер лицензионен режим за създаване на лечебни заведения ще бъде въведен без задължителните според ЗОАРАКСД изчерпателно разписани условия за даването на такова съгласие и може да бъде атакуван по съдебен ред. Не може да се гарантира и спазването на нормативно определени критерии за издаване на лицензa.

Второ, препратката към Националната здравна карта повдига редица въпроси. Целта на националната здравна карта е да гарантира определени минимални равнища на достъп до медицински услуги, вместо да определи тавани на тези услуги. Според Здравната стратегия, отговорността на държавата е да гарантира равномерно минимално покритие на територията на страната. Оттам нататък би трябвало да отвори вратите за

конкуренцията между лечебните заведения вкл. за конкуренция за финансиране от НЗОК, за да може да има реален избор на пациента. Здравната стратегия и Плана за действие предвиждат законодателни промени, вкл. в ЗЛЗ, за въвеждане на конкурентното начало в системата на финансиране на здравеопазването (Стратегическа цел 8, дейност 1.1 от Плана за действие). Предвижда се също финансирането да бъде обвързано с резултатите от акредитацията. Тези задачи в приетата Здравна стратегия и План за изпълнение не съответстват на идеята Министърът да решава кой има право на публични средства на входа на системата. Вероятно е тази разпоредба да влезе в противоречие с редица други закони и дори с основния закон (вж. таблица 1 т. 7: предимства и недостатъци).

Трето: Здравната карта не регулира броя на разкритите легла по специалности, капацитета по видове дейности и области, а само броя на болниците (МБАЛ или СБАЛ) и общия брой легла. Потребностите на населението едва ли се определят в брой МБАЛ и СБАЛ, а по-скоро в медицински дейности по видове: за една дейност може да има потребност, за друга не. Ако целта е да се преструктурира болничния сектор в съответствие с нуждите на пациентите би трябвало разрешението да е за дейностите, а не за ЛЗ изобщо. Но тогава то може да бъде лесно заобиколено, като се открие СБАЛ и после се разшири дейността. При положение, че законодателството предвижда забрана за ограничаване на правото на избор на пациента на лечебно заведение на географски или административни основания (чл. 4, ал. 2 от ЗЗО), търсенето именно на административно основание за спиране на навлизането на частен капитал в болничното здравеопазване, водещо до ограничаване на конкуренцията едва ли ще доведе до по-ефективно усвояване на бюджетни средства и по-качествено здравеопазване.

Не на последно място, болницата може да декларира, че няма намерение да се финансира с обществени средства, а впоследствие като получи разрешение и акредитация, да поиска да сключи договор с НЗОК. Възниква въпросът дали тогава министърът ще й отнеме разрешението, или ще забрани на Касата да сключва договор. И на какво правно основание? Още повече че основен принцип на задължителното здравно осигуряване е равнопоставеността на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договор с РЗОК (чл.5, т.6 от ЗЗО).

Като цяло, тази разпоредба едва ли реално ще допринесе за оптимизиране на разпределението на болничния капацитет, но със сигурност ще издигне нови неясни бариери пред разкриване на ЛЗ.

По-добра алтернатива би било да се търсят механизми, основани на заложените в Националната здравна стратегия принципи на конкурентното начало и избора на пациента. Това би означавало да има по-малко бариери на входа и ясни правила за достъп до договори с Касата на базата на резултатите от акредитацията, както и на показателите, заложени в Здравната карта.

Таблица I. Промени в режима на регистрация на ЛЗ: Предимства, недостатъци и алтернативни решения

Източници на проблема: Защо го правим?	**Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?**	**Инструменти: Как?**	**Текстове в ЗИД**	**Оценка: предимства и недостатъци**	**Опции**
1. Ненужни регулаторни и административни ограничения или неясноти в режима на регистрация на лечебните заведения	Оптимизиране и облекчаване на режима на започване на лечебна дейност при запазване на гаранциите за качеството на медицинските услуги и защита на пациентите.	Разширяване на възможностите за стартиране на индивидуални практики на ОПЛ и специалисти като еднолични търговски дружества	§ 1. В чл. 3, ал. 2 накрая се добавя "както и от учредени от тях еднолични търговски дружества. В случаите, когато лечебното заведение се учредява като еднолично търговско дружество, едноличният собственик управлява и представлява лечебното заведение." § 7. В чл. 36 се правят следните изменения и допълнения: 1. В ал. 1 думите "извън тези по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "а" и т. 2, буква "а" се заличават.	**Очаквани ползи:** стимулиране на разкриването на индивидуални практики на ОПЛ и специалисти **Разходи:** по пререгистрация, но доколкото това не е изискване, а предоставена от Закона нова възможност, всеки ще може да направи своя избор на основа на собствената преценка за индивидуалните си разходи и ползи	
2. Ненужни регулаторни тежести при регистрацията и разрешението за дейности на ЛЗ, свързани с изискването кандидатите да представят документи от други административни звена от системата на здравеопазването, което противоречи на ЗОАРАКСД	Да се облекчат лечебните заведения в процедурата по регистрация при запазване на съществуващите срокове	Въвеждане на искане по служебен път от РЦЗ към РИОКОЗ и ИАТ на установяване на изпълнение на изискванията от кандидатите за регистрация	§ 9. В чл. 40 се правят следните изменения и допълнения: 1. В ал. 1, т. 8 и т. 9 се заличават, а т. 11 се изменя: „11. документ за платена държавна такса." 2. Създават се нови ал. 3, 4, 5 и 6: „(3) В деня на постъпването на заявлението за регистрация по ал. 1 Регионалният център по здравеопазване изпраща по служебен път искане до съответната Регионална инспекция за опазване и контрол на общественото здраве за извършване на проверка относно спазването на здравните изисквания от лечебното заведение. (4) В 14-дневен срок от постъпване на искането Регионалната инспекция за	**Ползи:** + Намаляват се разходите по регистрация и разрешение за дейност на ЛЗ + регистрационният и разрешителен режим се приближават до изискванията на ЗОАРАКСД + По добра защита на пациентите, тъй като досега липсата на съответствие с изискванията не е условие за отказ от регистрация. Тя може да бъде извършена и при представен документ с предписания за отстраняване на констатирани нарушения на хигиенните изисквания **Отрицателни последици и рискове** – Възможно е определеният срок за отстраняване на пропуските и недостатъците да е прекалено кратък, за да бъде спазен. В този случай процедурата би следвало да започне отначало. От друга страна е създадена предпоставка, в случай, че пропуските се отстранят преди поставения срок	

Източници на проблема: Защо го правим?	Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?	Инструменти: Как?	Текстове в ЗИД	Оценка: предимства и недостатъци	Опции
			опазване и контрол на общественото здраве издава хигиенно заключение за обекта. В заключението се посочва дали обектът съответства на здравните изисквания, а при несъответствие дава предписания и се определя срок за отстраняването им. (5) В случаите, когато лечебното заведение ще извършва вземане и присаждане на тъкани и клетки Регионалният център по здравеопазване в деня на постъпване на заявлението изпраща по служебен път искане до Изпълнителната агенция по трансплантация за извършване на проверка относно спазването на утвърдените медицински стандарти от лечебното заведение. (6) В 14-дневен срок от постъпване на искането Изпълнителната агенция по трансплантация издава удостоверение. В удостоверението се посочва дали лечебното заведение може да извършва вземане и присаждане на тъкани и клетки в съответствие с утвърдените медицински стандарти, а при несъответствие дава предписания и се определя срок за отстраняването им.” 3. Досегашната ал. 3 става ал. 7 и се изменя: „(7) При непълнота на представените	(срокът е прекалено дълъг) разрешението за дейността да се получи по-рано).	

Източници на проблема: Защо го правим?	Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?	Инструменти: Как?	Текстове в ЗИД	Оценка: предимства и недостатъци	Опции
			документи по ал. 1 и 2 директорът на Регионалния център по здравеопазване в 14 -дневен срок уведомява писмено лицето за това и определя срок за отстраняването им.” 4. Досегашната ал. 4 става ал. 8 и се изменя: „(8) В 14-дневен срок от получаване документите по ал. 4 и 6 и отстраняване на непълнотите по ал. 7 директорът на Регионалния център по здравеопазване издава удостоверение за регистрация на лечебното заведение или удостоверение за извършване на лечебната дейност по чл. 2а”		
		Въвеждане на искане по служебен път от МЗ към РЦЗ, РИОКОЗ и ИАТ на установяване на изпълнение на изискванията от кандидатите за разрешение за лечебна дейност	§ 14. В чл. 47 се правят следните изменения и допълнения: 1. Досегашният текст става ал. 1 и в нея: а) Точки 3 и 9 се заличават. б) Точка 12 се изменя: „12. документ за платена държавна такса”. 2. Създават се ал. 2 - 7: „(2) В деня на постъпването на заявлението Министерството на здравеопазването изпраща по служебен път искане до Регионалния център по здравеопазване и Регионалната инспекция за опазване и контрол на общественото здраве за извършване на съвместна проверка	**Ползи:** + Намаляват се разходите по разрешение за дейност на ЛЗ + разрешителен режим се приближават до изискванията на ЗОАРАКСД + По добра защита на пациентите, тъй като досега липсата на съответствие с изискванията на наредбата по чл. 46, ал. 3, правилника по чл. 28а, ал. 3 и медицинските стандарти не е условие за отказ от разрешение. Тя може да бъде извършена и при представен документ с предписания за отстраняване на констатираните несъответствия	

Източници на проблема: Защо го правим?	Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?	Инструменти: Как?	Текстове в ЗИД	Оценка: предимства и недостатъци	Опции
			относно спазването на изискванията на наредбата по чл. 46, ал. 3, правилника по чл. 28а, ал. 3 и медицинските стандарти. (3) В 30-дневен срок от постъпване на искането Регионалният център по здравеопазване и Регионалната инспекция за опазване и контрол на общественото здраве издават удостоверение за съответствие с наредбата по чл. 46, ал. 3, правилника по чл. 28а, ал. 3 и медицинските стандарти, а при несъответствие дават предписания и се определят срок за отстраняването им. (4) В случаите, когато лечебното заведение ще извършва вземане и присаждане на органи, тъкани и клетки Министерството на здравеопазването в деня на постъпване на заявлението изпраща по служебен път искане до Изпълнителната агенция по трансплантация за извършване на проверка относно спазването на утвърдените медицински стандарти в областта на трансплантацията от лечебното заведение. (5) В 30-дневен срок от постъпване на искането Изпълнителната агенция по трансплантация издава удостоверение. В удостоверението се посочва дали лечебното заведение може да		

Източници на проблема: Защо го правим?	**Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?**	**Инструменти: Как?**	**Текстове в ЗИД**	**Оценка: предимства и недостатъци**	**Опции**
			извършва вземане и присаждане на органи, тъкани и клетки в съответствие с утвърдените медицински стандарти, а при несъответствие дава предписания и се определя срок за отстраняването им.” (6) При непълнота на представените документи по ал. 1 министърът на здравеопазването или оправомощено от него длъжностно лице в 30 - дневен срок уведомява писмено лицето за това и определя срок за отстраняването им. (7) При необходимост длъжностни лица, определени от министъра на здравеопазването могат да извършат проверка на обстоятелствата по ал. 2”		
3. Основанията за отказ от разрешение за дейност не са изчерпателно регламентирани в Закона, което създава възможност за субективизъм			§ 15. В чл. 48 се правят следните изменения и допълнения: 1. В ал. 1 след думата “здравеопазването” се добавя “или оправомощеният от него заместник - министър”. 2. Създава се нова ал. 2: „(2) Министърът на здравеопазването издава мотивиран отказ: 1. при непълнота на представените документи по чл. 47 и неотстраняването й в определения срок; 2. когато се констатира несъответствия със здравните	**Ползи** + Ограничаване на дискрецията на лицензиращия орган при отказ на разрешение + По-висока степен на защита на пациентите **Рискове:** Някои от новите медицински стандарти да изискват привеждане на дейността в съответствие, което няма да може да бъде веднага изпълнено	

Източници на проблема: Защо го правим?	Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?	Инструменти: Как?	Текстове в ЗИД	Оценка: предимства и недостатъци	Опции
			изисквания, медицинските стандарти, наредбата по чл. 46, ал. 3 и правилника по чл. 28а, ал. 3, които не са отстранени в определения срок." 3. Досегашната ал. 2 става ал. 3.		
4. Сегашното разделение в болничната помощ принуждава някои СБАЛ да пращат пациентите в други болници тъй като нямат право да откриват отделения по специалности които са свързани с лечението. Обратно, някои болници са принудени да създават капацитет за болнични услуги, за които няма търсене за да могат да се регистрират като МБАЛ	Да се създаде възможност за гъвкавост при определяне на вида на болницата като МБАЛ или СБАЛ, като водещо е не регулаторното ограничение, а грижата за пациента и необходимостта от съответното лечение.	Отпада регулацията на набор от специалности, по профила, от които се изисква да има разкрити отделения. Въвежда се опция за избор между всички специалности - терапевтични и хирургични, без да се изисква да са различни	§ 4. Член 23 се изменя: "Чл. 23. (1) Многопрофилна е болница, в която има най-малко четири отделения или клиники по медицински специалности с преобладаваща терапевтична и с преобладаваща хирургична насоченост. (2) Специализирана е болница, в която има отделения или клиники по една или по повече от една медицинска или дентална специалност само с преобладаваща терапевтична или хирургична насоченост. (3) В многопрофилна и в специализирана болница могат да се разкриват структури и по специалности с преобладаваща клинико-диагностична или друга насоченост и по анестезиология и интензивно лечение. (4) Специалностите по ал. 1 -3 и тяхната насоченост се определят по реда на чл. 181, ал. 1 от Закона за здравето." § 39 от ПЗР: Многопрофилните и специализирани болници за активно лечение, които не отговарят на изискванията на чл. 23 от Закона за	**Ползи:** + СБАЛ ще могат да решат конкретен здравен проблем, в рамките на една болница без да препращат пациентите в други болници поради липса на отделение (по анестезиология например). + Някои МБАЛ ще могат да се пререгистрират като СБАЛ и да оптимизират броя и вида на отделенията с цел по-адекватно да отговорят на търсенето от съответните услуги + Възможност за преструктуриране на отделенията от една специалност към друга, съобразно нуждите на пациентите, без това да зависи от вида на разрешителното на болницата **Отрицателни последици, рискове** - Необходимост от пререгистриране на болниците, което вече ще бъде с такса. Тук следва да се има предвид, че пр наличие на задължителна пререгистрация, изискуема от закона (ЗЛЗ), не следва да се събира държавна такса, а пререгистрацията би трябвало да се извърши служебно. Волята на законодателя е основание за пререгистрацията, а не волята на лицето, което в случая не търси тази услуга. При неизпълнение на задължението за пререгистрация се търпят неблагоприятни последици, които допълнително утежняват положението на лицето, което преди вече е било регистрирано. В допълнение, при изискването за представяне на	Предложения на РГ 1: Да остане изискването за 4 отделения по **различни** специалности за МБАЛ Алтернатива: Изобщо да отпадне разделянето на болниците на специализирани и многопрофилни? 2. Да не се събират такси за пререгистрацията при положение че тя е свързана с промяна в закона, а не с избор на болницата

Източници на проблема: Защо го правим?	Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?	Инструменти: Как?	Текстове в ЗИД	Оценка: предимства и недостатъци	Опции
			лечебните заведения, привеждат дейността си в съответствие с този закон и подават документи за промяна на издадените разрешения за лечебна дейност до министъра на здравеопазването в едногодишен срок от влизането на закона в сила	документи е възможно същите да се издават само след събиране на съответна държавна такса, което също противоречи на ЗОАРАКСД, особено когато се касае за административни звена от една и съща система на изпълнителната власт - Преструктурирането на досегашните сектори в СБАЛ в отделения е свързано с необходимост от разкриване на допълнителни легла и капацитет - Отпада изискването разкритите в МБАЛ поне четири отделения да са от **различни** специалности, това създава възможност за регистрация като МБАЛ на болница с 3 еднакви хирургични отделения и едно терапевтично. - Така предложеният текст не дава възможност болница с едно терапевтично и едно хирургично отделение да продължи да осъществява дейността си като специализирана, независимо, че е предназначена за лечение на заболявания от една и съща група и тя трябва да разкрие още поне едно отделение, за да може да продължи да осъществява дейност вече като МБАЛ (третото отделение би било ОАИЛ), което означава да разкрие поне още 10 легла, - значителна инвестиция във вероятно ненужен капацитет. Една част от специализираните болници ще трябва да се пререгистрират. - - необходимост от преакретитация, което е свързано със значителни разходи	

Източници на проблема: Защо го правим?	**Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?**	**Инструменти: Как?**	**Текстове в ЗИД**	**Оценка: предимства и недостатъци**	**Опции**
5. Празнота в правната уредба: изборът на директор на лаборатория е в зависимост от профила на лабораторията, а той не е правно уреден.		Профилиране на лабораториите	§ 3. В чл. 18 се създава ал. 6: „(6) Профилът на лабораториите по ал. 1 и 2 и видовете дейности, които те извършват, се определят с наредба на министъра на здравеопазването.”	**Ползи:** + Премахване на неясноти в уредбата по отношение на изискванията към директорите + по добро ориентиране на пациента **Отрицателни последици,** - Ще се наложи пререгистрация на всички - Профилирането и обхватът на дейността на лабораториите (същността на този регулаторен режим) се предвижда да бъде регламентирано с подзаконов нормативен акт (наредба). В този смисъл значителни инвестиции, вложени в лабораторни дейности, са поставени в зависимост от лесно променяща се подзаконова регулация, което би могло да създаде несигурност в инвеститорите; **Рискове** - Профилирането може да породи ограничения пред развитието и разширяването им. Това би било в зависимост от това дали наредбата ще предвиди и възможност за многопрофилни лаборатории и ще регламентира реда за разширяване на дейностите	1. Тази функция да бъде изпълнена чрез прилагането на медицинския стандарт за съответните дейности. 2. Да се промени изискването към квалификацията на ръководителя на лабораторията в смисъл да бъде ръководена от лекар със специалност, която да отговаря на дейността на лабораторията 3. Безплатна служебна пререгистрация, но остават разходите за РЦЗ
6. Нарастващи разходи на публичния сектор за регистрации и разрешения за дейност на ЛЗ и поддържане на регистъра	Споделянето им с кандидатите Ограничаване на прекалено честите промени в регистрациите	Въвеждане на такси за регистрация и такси за разрешение за дейност	§ 9. В чл. 40 се правят следните изменения и допълнения: 1. В ал. 1, т. 8 и т. 9 се заличават, а т. 11 се изменя: „11. документ за платена държавна такса.” § 10. В чл. 41, ал. 3 се изменя: „(3) Министерският съвет определя с наредба реда за водене на регистъра по	**Ползи** + Генериране на приходи от такси за РЦЗ и МЗ за финансиране на дейностите и ДМС на служителите + Ограничаване на ненужните и чести промени в регистрацията **Отрицателни последици, рискове** - Допълнителни разходи за ЛЗ за регистрация и разрешение за дейност. Това е оправдано, доколкото някои стопански субекти се ангажират	Възможна опция е въвеждането на такса единствено за лечебните заведения - издаване на разрешително, регистрация и вписване на промени, годишен абонамент и

Източници на проблема: Защо го правим?	Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?	Инструменти: Как?	Текстове в ЗИД	Оценка: предимства и недостатъци	Опции
			ал. 1 и утвърждава тарифа за таксите за издаване на удостоверение за регистрация на лечебно заведение, удостоверение за извършване на лечебна дейност по чл. 2а и за използване на регистъра.” § 14. В чл. 47 се правят следните изменения и допълнения: 1. Досегашният текст става ал. 1 и в нея: а) Точки 3 и 9 се заличават. б) Точка 12 се изменя: „12. документ за платена държавна такса”. § 16. В чл. 49 се правят следните изменения и допълнения: 1. Алинея 3 се изменя: „(3) Министерският съвет определя с наредба реда за водене на регистъра по ал. 1 и утвърждава тарифа за таксите за издаване на разрешение за лечебна дейност и за използване на регистъра.” 2. Създава се ал. 4: „(4) Средствата по ал. 3 се разходват за създаване, поддържане и водене на регистъра по ал. 1, както и за допълнително материално стимулиране и обучение на служителите от централната администрация на Министерството на здравеопазването в размер до 10 на сто при условия и по ред, определени с вътрешни правила на министъра на здравеопазването.”	да се занимават с лечебна дейност за собствена сметка и на собствен риск, тоест – регистрацията и разрешението за тази дейност, извършвани, съответно – издавани от администрацията не са публични услуги по отношение на всички, а само по отношение на заявителите. В този случай, държавните такси са уместни с оглед на разходно-покривния принцип за предоставяне на публичните услуги, като тук се вземат предвид квалификацията на персонала, извършващ регистрацията, съответно – разрешението; времето, необходимо за приключване на тези дейности; необходимата апаратура; консумативи и финансови средства. - Таксата за ползване на регистъра ограничава обществения достъп до информация за ЛЗ. Съгласно чл.41, ал.1 и чл. 49, ал.1 регистрите са общодостъпни. Означава ли това, че при спешно възникнал проблем пациентът няма да има възможност за непосредствен достъп до информация къде точно се извършва необходимата дейност за решаване на здравния му проблем, както и лекуващият го лекар няма да може да му предостави тази информация, тъй като преди това трябва да я заяви и да заплати за нея. И на този етап е предвидена законова възможност за определяне на тарифи и събиране на такси в чл.41, ал. 3 и чл. 49, ал. 3. Добре е да се отговори на въпроса защо тази норма не функционира. В Закона за държавните такси трябва да се определи как се разходват събраните такси. Това не би трябвало	др. като размерът и съответства на необходимите средства за финансиране на дейността. Да отпадне обвързването на таксите с ДМС, като ДМС се регламентира в подзаконов акт

Източници на проблема: Защо го правим?	Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?	Инструменти: Как?	Текстове в ЗИД	Оценка: предимства и недостатъци	Опции
				да е материя, която се урежда в специален закон (ЗЛЗ), включително и относно допълнителното материално стимулиране на служителите; Препоръката тук е в самия Закон за държавните такси, съгласувано със Закона за държавния служител, да се определят взаимните зависимости между месечното възнаграждение и изпълнението на задачите, по отношение на допълнителното материално стимулиране. Следва да се има предвид и че и при простите, и при пропорционалните такси (и при разходнопокривния, и при пазарния принцип) основата на държавните такси е "услуга срещу стойност", т.е. тук може да бъде включен САМО като част от компонентите на определяне на цената - разход за персонал и квалификацията му, НО НЕ И МАТЕРАЛНОТО СТИМУЛИРАНЕ само по себе си. По друг начин казано - въз основа на ВЕЧЕ НАПРАВЕНИТЕ РАЗХОДИ, но не и на бъдещи такива.	
		Въвеждане на ограничение за промени в регистрацията веднъж на шест месеца	§ 17. В чл. 50 се създава ал. 3: „(3) Промени по ал. 2 могат да се правят не по рано от шест месеца от издаване на разрешението за лечебна дейност или от последните промени в разрешените лечебни дейности.”	**Ползи:** + Стимулира се по-дългосрочната визия за развитието на ЛЗ, избягва се хаотичните промени, които водят до повече разходи и за ЛЗ + пестят се средства на публичния сектор **Недостатъци и рискове:** - Ограничаването на развитието и конкуренцията между ЛЗ - Често промените се налагат защото НЗОК променя изискванията за сключване на договорите	**Опция** Би могло да се намалят честите промени в условията за финансиране в НРД
7. Няма ефективен механизъм за	Затягане на режима на стартиране на лечебна	Министърът да решава дали има	§ 8. В чл. 37 се правят следните изменения и допълнения:	**Ползи** + Инструмент за прилагане на Здравната карта и	Не е необходима допълнителна бариера

Източници на проблема: Защо го правим?	**Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?**	**Инструменти: Как?**	**Текстове в ЗИД**	**Оценка: предимства и недостатъци**	**Опции**
прилагане на Здравната карта и оптимизиране на разпределението на ЛЗ. Получава се свръхпредлагане на болнични легла по определени специалности, което води до ненужни хоспитализации и преразход на бюджетни средства	дейност и на определяне на номенклатурата от здравни услуги, предлагани от лечебното заведение	нужда от ЛЗ въз основа на Здравната карта	1. Създава се нова ал. 6: „(6) Физическите и юридическите лица създават лечебни заведения за болнична помощ след съгласието на министъра на здравеопазването, ако лечебните заведения ще се финансират със средства от републиканския бюджет или от бюджета на НЗОК. Съгласието на министъра на здравеопазването се дава след оценка на потребностите на населението от медицинска помощ въз основа на Националната здравна карта.” 2. Досегашната ал. 6 става ал. 7.	оптимизиране на разпределението на ЛЗ: подобряване на достъпа до здравна помощ и оптимизиране на разходите **Отрицателни последици, рискове** - На практика се въвежда допълнителен регулаторен режим: разрешение за създаване на ЛЗ преди да се кандидатства за разрешение за дейност на ЛЗ. При това условията за това съгласие не са определени. - На практика здравната карта не регулира броя на разкритите легла по специалности, дейности и области, а само броя на болниците (МБАЛ или СБАЛ) и общия брой легла по области . От друга страна е налице законова забрана за ограничение на достъпа до лечение на териториален и административен принцип в чл.4, ал.2 от ЗЗО, което по същество не кореспондира с наличие на административна териториална регулация на разпределението на финансираните с бюджетни средства болници. Потребностите на населението едва ли се определят в брой МБАЛ и СБАЛ (чл.33, ал.3, т. 3 и 5 от ЗЛЗ), а по-скоро в точно определени по вид и обем медицински дейности: за една дейност може да има потребност за друга да няма. Това право, може ли да бъде дадено за една дейност (например обща хирургия), а не за друга (АГ). - Основен принцип на задължителното здравно осигуряване в страната е принципа на равнопоставеност на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договор (чл.5, т.6 от ЗЗО), Предвиденото разрешението на	на входа на болничната помощ при това толкова неопределена и която ще бъде оспорвана от гледна точка на Конституцията, ТЗ, ЗОАРАКСД, ЗЗО Икономически по-ефективно би било всички да имат равни шансове на входа и да се състезават за бюджетно финансиране а не министърът на старта да определя победителите.

Източници на проблема: Защо го правим?	Цел на регулаторната намеса: Какво искаме да постигнем?	Инструменти: Как?	Текстове в ЗИД	Оценка: предимства и недостатъци	Опции
				министъра за финансиране с бюджетни средства, би означавало нарушение на равнопоставеността, без това да е предвидено в законопроекта. - В случай че се издаде разрешение за болнична помощ без право на бюджетно финансиране, то това право може ли да бъде променяно с времето. - Когато вече получила разрешение за създаване болница разкрива нови отделения, получава право за извършване на нови дейности и разкрива нови легла (разширява дейността си) следва ли да има съгласие за финансиране на новия капацитет? Как това кореспондира със ЗЗО, който е либерален за договорите за финансиране. - Каква е кореспонденцията с антитръстовото законодателство? - Чл. 19 на Конституцията постановява изискване законът да гарантира еднакви правни условия за всички. Съществува сериозен риск тази норма да бъде отменена и да не се стигне до ефективно регулиране на процеса. - Не е предвидена възможност за оспорване на решението на Министъра.	

2. Финансиране и управление на лечебните заведения

Предвидените в ЗИД на ЗЛЗ мерки в тази област са насочени към:

1. Разтоварване на ЛЗ от неприсъщите и финансови отговорности в сферата на съдебномедицинската експертиза и медико-социалните дейности и пренасочването на разходите към съответните потребители и програми
2. Създаване на условия за привличане на допълнителни обществена подкрепа, вкл. финансова чрез болнични настоятелства за психиатричните стационари които досега
3. По-голяма самостоятелност в плащанията от МЗ към ЛЗ по утвърдени национални и регионални програми без съгласуване с МФ

Мерките във финансовата сфера са частични и не предполагат съществени положителни ефекти. Като цяло те не са насочени към създаване на стимули за подобряване на финансовото управление на болниците. Не се търси решение на въпроса с болничната задлъжнялост. Напротив, една от основните промени е насочена към защита на болниците от процедура по неплатежоспособност по ТЗ, което на практика е защита на неефективното финансово управление. При това, в желанието си да защити болниците от банкрут промените по същество отменят задължението управителят на дружеството да информира Общото събрание за натрупването на загуби. Така го лишават от възможността да предприеме своевременни мерки по оздравяването на дружеството. При това подобна мярка е още по-необоснована когато е в сила и за частните болници.

Аргументите в подкрепа на подобна специална защита са, че ЛЗ имат други цели, не търговската печалба, и нямат стопанските възможности на останалите търговски дружества. Затова те трябва да имат и специален режим на защита срещу фалити, тъй като социалната цена на фалита на болница е висока. Накратко, според вносителите на това предложение болницата не може да работи на печалба, в повечето случаи работи на загуба, поради което не може да отговаря на изискванията на ТЗ. За да се осигури достъп до здравна помощ, болниците трябва да бъдат защитени от фалити.

Аргументите против подобен подход са, че той стимулира лошото и безотговорно финансово управление на ЛЗ и в края на краищата поддържа лошо качество на здравната помощ. Неплатежоспособна болница едва ли може да предоставя качествена здравна помощ. Подобни промени явно имат за цел да узаконят наложилата се практика дълговете на болниците да се изчистват всяка година от бюджета. Това създава условия за неравностойно третиране на болниците, за стимулиране на губещите и дестимулиране на тези, които се опитват да не трупат дългове.

Алтернатива: Ако болниците не могат без субсидии от държавата, то субсидирането би трябвало да бъде регламентирано в строги и ясни правила и да бъде обвързано със резултатите на болницата и здравните приоритети на правителството.

Липсата на ясна политика по отношение на финансирането на лечебните заведения е свързано със смесването на съображения за икономическа ефективност и социална защита. Нормално е социалните отговорности за достъп до здравна помощ се поемат от държавата, а болничните управи да поемат отговорността за икономическата ефективност на болниците. Но това трябва да става по ясни и еднакви за всички правила. В противен случай бюджетните ресурси ще се насочват към най-неефективните болници, от което обществото като цяло губи. В интерес на пациентите е законът да осигури условия за качествени здравни услуги, които едва ли могат да бъдат предоставяни от неплатежоспособни болници.

Като цяло законът издига допълнителни бариери на входа на сектора на здравеопазването и допълнителни пречки на изхода. От гледна точка на икономическата ефективност би трябвало да е обратното: по-лесен достъп на инвеститорите до сектора на болничната помощ и отказ от политиката да се поддържат изкуствено **всички** губещи. За някои, където дейностите са нерентабилни, държавата трябва да поеме отговорността си или чрез пряко бюджетно финансиране или чрез корекции в стойностите на съответните пътеки. Такъв подход повече отговаря на провъзгласените в Националната здравна стратегия принципи и цели на конкуренция и избор на пациента.

Таблица II. Финансиране и управление на ЛЗ: Предимства, недостатъци, алтернативи

Източници на проблема Защо го правим?	Цели на регулаторната намеса Какво искаме да постигнем?	Инструменти Как?	**Текстове в ЗИД**	**Предимства недостатъци рискове**	**Опции/Въпроси**
Изкуствено изолиране на лечебната дейност от социалните дейности. Натоварване на МЗ с разходи за социални по своя характер дейности	Част от средствата да се предоставят от по социални програми и дейности финансирани от бюджета на МТСП, както и от ЕСФ	Даване на възможност ЛЗ да предлагат и социални услуги по реда на Закона за социално подпомагане	§ 2. В чл. 5 се правят следните изменения и допълнения: 1. В ал. 1 думата „психична" се заменя с „психиатрична". 2. Създава се ал. 4: „(4) Лечебните заведения по ал. 1 за стационарна психиатрична помощ и домовете за медикосоциални грижи за деца могат да предоставят социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане." § 5. В чл. 27 се създава ал. 4: „(4) Домовете за медикосоциални грижи могат да предоставят социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане." „(4) Хосписите могат да предоставят социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане."	**Ползи:** + Допълване между медицинските и социални дейности в полза на грижата за пациента + Допълнителни източници на финансиране на държавните психиатрични болници, домовете за медико-социални грижи и домовете за медико-социални грижи за деца и на хосписите по реда на Закона за социално подпомагане, по социални програми и Структурните фондове на ЕС. В момента тези дейности се финансират от бюджета на МЗ. **Разходи** - По регистрирането на 32 дома за МСГ за деца - 12 психо-диспансера по ЗСП	Що се отнася до необходимостта от евентуални промени в Закона за социално подпомагане, такива не са необходими освен, ако не се разкриват нов вид социални услуги, които ще бъдат предлагани в лечебните заведения, но не са регламентирани в гл.трета, чл.36 от ППЗСП, където би трябвало да бъдат добавени.
Натоварване на ЛЗ с неприсъщи за тях финансови отговорности дейностите по съдебно-медицински експертизи.	Пренасочване на разходите към потребителите на тези услуги	Въвеждане на заплащане от възложителя на експертизата за покриване на разходите на ЛЗ	§ 30. Създава се чл. 99а: „Чл. 99а. (1) Разходите на лечебните заведения за болнична помощ за извършване на съдебномедицински експертизи се заплащат със средства от бюджета на съдебната власт по реда на чл. 403, ал. 1, т. 4 от Закона за	**Ползи** + На този етап заплащането е на експертите, извършили експертизите, като разходите на лечебното заведение не се покриват. Болниците имат задължение без то да е финансово осигурено и не	**Опции** 1. Тарифа за таксите за извършваните съдебно медицински експертизи 2. Цени определяни от МЗ съгласувано с МП, 3. Цени определяни от съответните болници в договори със съдебната власт Възможно е тези отношения да се уреждат с експерта извършил и договорил експертизата с органите на съдебната власт на съответната болница, чиято база е ползвана за извършване на

			съдебната власт." § 34. В чл. 403, ал. 1 от Закона за съдебната власт (обн. ДВ. бр.64 от 2007г., изм., ДВ, бр. 69 от 2008 г.) се създава т. 4: „4. условията и реда за заплащане на разходите на лечебните заведения при извършване на съдебномедицински експертизи."	го изпълняват. Разкрити са общо 12 държавни психиатрични болници. **Рискове** В отменения Закон за съдебната власт в чл. 200л , ал.2 и 3 беше предвидена наредба, която да определя условията и редът за определяне и заплащане на разходите на лечебните заведения при извършване на съдебни експертизи. Но не е била реализирана на практика	експертизата. Да се добавят съдебно психиатричните и съдебно психологичните експертизи, които също натоварват финансово ЛЗ
Забавяне на финансиране на ЛЗ по национални и регионални програми поради необходимост от съгласуване на отделни доплащания с МФ	По-висока степен на независимост при усвояването на бюджетни средства от страна на МЗ и общините	Отмяна на необходимостта от съгласуване на образеца на договорите за финансиране на ЛЗ с министъра на финансите	§ 31. В чл. 106, ал. 2, изречение второ думите "съгласувано с министъра на финансите" се заличават	**Ползи:** намаляват се ненужни административни разходи и се пести време, които на практика не водят до повишаване на финансовия контрол	
Невъзможност за учредяване на настоятелства към бюджетните лечебни заведения	Възможност за участие на обществото в управлението и оказване на съдействие	Учредяване на настоятелства	§ 26. В чл. 82 думите „извън тези по чл. 5, ал. 1" се заличават	Рискове: - Гражданското общество да не откликне на тази възможност - Финансовия ефект да е незначителен	

Лошо финансово състояние на лечебните заведения. Декапитализация на дружествата	Защита на губещите и неефективни болници от фалит и от предприемане на оздравителни мерки	Отпадане на задължението за информиране на собственика за лошото финансово състояние, абдикиране от законоустановена отговорност за предотвратяване на фалит и взимане на своевременни мерки, както от страна на оперативното управление, така и от страна на собственика	§ 19. В чл. 54 се правят следните изменения и допълнения: 1. Създава се нова ал. 2: „(2) Членове 138, ал. 3, 222, ал. 3 и 252, ал. 1, т. 5 от Търговския закон не се прилагат за лечебните заведения – търговски дружества.” 2. Досегашните ал. 2 и 3 стават съответно ал. 3 и 4.	**Ползи:** + Социални: Гарантиран достъп до здравна помощ дори при неплатежоспособност на ЛЗ **Отрицателни последици, рискове:** - Стимулиране на лошо финансово управление. - Лошо качество на услугите - Обезсмисляне на търговската регистрация и предвидените там многостепенни системи на управление. Липса на отговорност и ангажимент за вземане на решения. Предвижда се собственикът да не бъде информиран за загубите и декапитализацията на собствеността си. Това по никакъв начин няма да доведе до намаляване на задълженията, до ограничаване на загубите и до защита на интересите на собствениците. Това правило важи за всички дружества в т.ч. тези с частни капитали. Как това	Защитата от банкрут на болниците да не води до скриване на фактите Защитата от банкрут да не бъде безусловна, а да бъде обвързана с разпределение на отговорността между ЛЗ и МЗ и с определени оздравителни мерки Истинската грижа за пациента би означавала не да се поддържа фалирала болница, а да се осигурят качествени услуги

				стимулира частната инициатива - Не на последно място, това, че няма да информират ОС означава ли че предотвратяват процедура по несъстоятелност. Кредиторите могат да я започнат независимо от тези промени в ЗЛЗ.	

3. Управление на човешките ресурси

Проблемите тук бяха идентифицирани в първа част. Те са в сферата на подготовката на студентите за практиката, на професионалната квалификация на ОПЛ, на ефективното прилагане на конкурсното начало, на атестацията и кариерното развитие на управленските кадри. Техните решения чрез оценявания тук ЗИД на ЗЛЗ съответно техните положителни и отрицателни въздействия и изведените на тази основа от работната група алтернативни решения са представени в Таблица III.

3.1. Оценка на въздействията

Предвидените в ЗИД на ЗЛЗ мерки също страдат от известна непоследователност. Така например по отношение на специализацията на ОПЛ от една страна Законът предвижда признаване на времето за обучение за трудов и осигурителен стаж. Но това едва ли е сериозен положителен стимул. Главният проблем за специализантите освен че губят трудов и осигурителен стаж е че губят пациентите си и заплатите си. Цената на специализацията за тях е висока. Те губят много повече ако се специализират отколкото ако продължат да работят без специалност. Мерките в областта на осигурителния стаж едва ли ще променят този отрицателен баланс на стимулите, който прави специализацията на ОПЛ нереалистична цел.

В този контекст удължаването с още 6 години на първоначалния период от 10 г. не е решение, а негласно признаване на заварено положение за семейните лекари без специалност. Изискването за специалност на практика важи само за новите ОПЛ. Подобен ефект има и отпадането на изискването за специалност за ОПЛ със специалности по вътрешни болести, детски болести, хирурзи и АГ. То също е компромис с изискването за специалност по ОМ с цел по-добър достъп до първична медицинска помощ. Накратко, тъй строгото прилагане на изискването за квалификация ще бъде за сметка на достъпа и покритието на първичната помощ, ЗЛЗ на практика се отказва от него за заварените случаи.

Разнопосочни са и промените по отношение на конкурсното начало и атестирането. От една страна Законът предвижда разширяване на системата за атестиране да обхване и директорите на ЦСМП. Предвижда се атестиране на веднъж на три години, въпреки че предложението е било за ежегодно атестиране. Целесъобразно би било атестацията да се прилага към всички Лз по чл.5, ал.1 от ЗЛЗ с изключение на ведомствените болници. От друга страна, управителите на общинските болници отстъпва от принципите на конкурсното начало, като се оставя на ОбС изборът дали да провежда конкурс.

3.2. Алтернативи

1. Въпросът е да се постигне баланс между достъп и квалификация, която гарантира приемливо качество на първичната здравна помощ. Тъй като професионалният капацитет на личните лекари е също толкова важен колкото и тяхното оптимално разпределение, системата на първична медицинска помощ се нуждае от по-действени стимули за придобиване на специалност. Тези стимули трябва да обхващат адекватни компенсации по време на обучението, както и

механизми за запазване/връщане на клиентите. Би трябвало да се прилага диференцирано: за ОПЛ на които остават примерно до 10 години за пенсия, придобиването на специалност едва ли ще се изплати. За тези, на които остават повече от 10 години, ако не могат да бъдат накарани да вземат специалност с директна регулация би могло да се опита с икономически стимули: например специалността да води до по-високо заплащане на пациент.

2. Не са ясни ползите от отмяна на изискването за конкурси за директори/управители на общински болници: какъв точно проблем решава тази промяна и как това е в интерес на пациента. Аргументът е неприложимост на изискването. Узаконява се фактическото положение тъй като сега голяма част от директорите са назначени без конкурс временно („до провеждане на конкурс"). Но се създава неравнопоставеност между Да остане изискването за конкурс за ръководителя на общинските болници

3. Първото атестиране да става още след първата година и според резултата да се определи срокът за следващото. Така няма да има нужда да се чака три години за новия директор за да му се даде оценка, а от друга страна ще се спестят средства за ежегодно атестиране.

Таблица III. Развитие на човешките и управленски ресурси в ЛЗ: Предимства, недостатъци, алтернативи

Източници на проблема Защо го правим?	Цели на регулаторната намеса Какво искаме да постигнем?	Инструменти Как?	**Текстове в ЗИД**	**Предимства недостатъци рискове**	**Опции/Въпроси**
Проблеми с качеството на практическото обучение на медицинските кадри	Повишаване на изискванията към ЛЗ в които се обучават студенти	Въвеждане на изискване за оценка от акредитацията над средна		По-добро качество на практическото обучение	
Проблеми с придобиването на специалност по ОМ от ОПЛ	Засилване на стимулите за специализация	Зачитане на обучението за придобиване на специалност за трудов и осигурителен стаж			
	Облекчаване на изискванията за практикуване само със специалност по ОМ	Удължаване с 6 г. на изтичащия 10 год. период за придобиване на специалност по ОМ от ОПЛ Отмяна на изискването за специалност по ОМ за специалисти по вътрешни болести, детски болести, хирурзи и АГ		**Ползи:** +Гарантиран достъп до първична медицинска помощ, който иначе би пострадал ако се приложат стриктно разпоредбите на закона **Отрицателни последици** – Проблема с достъпа се решава за сметка на компромис с качеството и професионалната експертиза на ОПЛ	Стимули (по-високо заплащане на глава) за ОПЛ със специалност
Проблеми със следдипломната квалификация на сестрите					
Проблеми: неизяснени (конкурсното начало практически не работи в общините?)	Отмяна на задължителността на конкурса	Отпада изискването за конкурс за ръководители на общински болници и ДКЦ	§ 21. В чл. 63 се правят следните изменения и допълнения: 1. В ал. 3 думите „и общински” се заличават. 2. Създава се ал. 6: „(6) Управителите, съответно изпълнителните директори, на	Ползи: неясни Отрицателни последици: По-голяма свобода за общините да назначават без конкурс за сметка на	Не са ясни ползите от ограничаването на конкурсното начало и какъв проблем точно се решава с това, както и какъв е интереса на пациента от подобно

Източници на проблема Защо го правим?	Цели на регулаторната намеса Какво искаме да постигнем?	Инструменти Как?	**Текстове в ЗИД**	**Предимства недостатъци рискове**	**Опции/Въпроси**
			общинските лечебни заведения за болнична помощ и диагностично-консултативни центрове - еднолични търговски дружества, могат да се определят от собственика след конкурс за срок три години по реда на наредбата по ал. 3."	качеството и независимостта на управлението на болницата	отстъпление от конкурсното начало. Получава се и неравнопоставеност между общинските и държавните болници
Системата на периодично атестиране на ръководителите не обхваща важна част от ЛЗ	По-добро управление, по-добра отчетност и отговорност на ръководителите на важни ЛЗ създадени от държавата	Разширяване на обхвата на системата за атестиране с възможност за отстраняване от длъжност при отрицателен резултат	§ 22. В чл. 65 се създават ал. 3 и 4: "(3) Директорът на център за спешна медицинска помощ, на център за трансфузионна хематология, на лечебно заведение за стационарна психиатрична помощ, на дом медикосоциални грижи, в който се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца, се атестира на всеки три години от комисия, назначена от министъра на здравеопазването. Редът за провеждане на атестацията се определя в съответния правилник по чл. 35, ал. 3. (4) Трудовото правоотношение на директор на лечебно заведение по ал. 3, получил отрицателна атестация, може да се прекрати с предизвестие по чл. 328, ал. 1, т. 5 от Кодекса на труда."		За първата атестация да не се чака три години а една. Следващите да зависят от . оценката, но за не повече от три години.

4. Управление на качеството

Основните инструменти за управление на качеството на здравната помощ са контролът на входа при разрешението и регистрацията на дейността на ЛЗ, прилагането на медицинските стандарти и акредитацията на ЛЗ.

В това отношение законопроектът предвижда напред с въвеждането на пет-степенна скала на оценката за акредитация, разширяването на нейния обхват в посока на ЦСМП; и най-вече с **регламентирането на основание за прекратяване на регистрацията/разрешението на ЛЗ при лоша или липсваща оценка от акредитацията.** Основание за прекратяване става също така нарушение на условията на регистрацията, медицинските стандарти и здравни изисквания.

Предложените промени са важна крачка напред в използването на потенциала на акредитацията и регулаторните режими за гарантиране на определени минимални стандарти за качеството на здравната помощ. Има обаче един риск и един проблем, които работната група обсъди.

Рискът е свързан с това социалните съображения, свързани с гарантирането на достъп до здравна помощ независимо от нейното качество и съответствие с медицинските стандартите да попречи на реалното използване на акредитацията за контрол на качеството. При положение, че ЗИД предлага неплатежоспособни болници да се защитават от фалит поради социалната цена на оздравителните мерки, реално ли е да очакваме, че ще има лоши оценки от акредитация и отнети разрешения.

Още по-важно е, че тези мерки са ограничени и много плахи спрямо решенията по отношение на акредитацията залегнали в Националната здравна стратегия. Тя предвижда далеч по радикални промени в нормативната уредба на акредитацията и контрола на качеството:

- Нови критерии и показатели за акредитация на лечебните заведения, ориентирани към интересите на пациента
- Промени в нормативната уредба, свързани с възможността за извършване на акредитацията от независима организация извън администрацията на Министерството на здравеопазването.
- Обвързаност на акредитацията на лечебните заведения с финансирането на тяхната дейност
- Осъществяване на междинен вътрешен и външен одит на акредитираните лечебни заведения.
- Въвеждане на вътрешен и външен контрол на качеството.

Според Плана за действие към стратегията съществена част от тези мерки би трябвало да бъдат изпълнени през 2009 г. Предложените промени в ЗЛЗ като че ли нямат общо с тези цели, въпреки че въпросите на управление на качеството на ЛЗ е в неговата сфера на регулация.

Като цяло, това са необходими но недостатъчни промени за да могат механизмите за контрол на качеството: стандарти, здравни и устройствени изисквания и акредитация да дадат очаквания ефект.

Таблица IV. Управление на качеството на здравната помощ: Предимства, недостатъци, алтернативи

Източници на проблема Защо го правим?	Цели на регулаторната намеса Какво искаме да постигнем?	Инструменти Как?	**Текстове в ЗИД**	**Предимства недостатъци рискове**	**Опции/Въпроси**
Неефективно прилагане на акредитацията, медицинските стандарти, установените здравни изисквания за контрол на качеството на здравната помощ	Изрично обвързване на регистрацията на ЛЗИП и разрешението за дейност на ЛЗБП с изпълнението на медицинските стандарти, здравни изисквания и успешна акредитация, които досега отсъстваха	ЗИД на ЗЛЗ предвижда **заличаване на регистрацията** при нарушение на стандартите, здравните изисквания и лоша или липсваща оценка от акредитацията	§ 12. В чл. 45 се правят следните изменения и допълнения: 1. Алинея 1 се изменя: „ (1) Регистрацията на лечебно заведение се заличава: (….) 4. при осъществяване на дейности в нарушение на утвърдените медицински стандарти и здравни изисквания; 5. при лоша оценка от проведена акредитация или липса на присъдена оценка, когато лечебното заведение подлежи на задължителна акредитация; 6. при неосъществяване на дейност повече от 6 месеца;	**Ползи:** + По-активно използване на акредитацията за управление на качеството + повишаване на качеството на здравната помощ **Недостатъци рискове** - Да остане неприложено по социални съображения при които осигуряването на достъп е по-важно от осигуряване на минимално качество и изпълнение на стандартите. - Предвидените в ЗИД на ЗЛЗ промени не отговарят на задачите в Националната здравна стратегия и целите които са заложени в нейния план за действие за 2009-2010 г.	Финансирането от НЗОК да се обвърже с оценката по акредитацията в два варианта: Сключените договори с НЗОК да зависят от оценката Размерът на заплащането на пътека да зависи от оценката? Акредитацията да се повери на независим орган
		За пръв път се регламентират основанията за **мотивиран отказ за издаване на разрешение за дейност** при несъответствия със здравните изисквания, медицинските стандарти и	§ 15. В чл. 48 се правят следните изменения и допълнения: 1. В ал. 1 след думата "здравеопазването" се добавя "или оправомощеният от него заместник - министър". 2. Създава се нова ал. 2: „(2) Министърът на здравеопазването издава мотивиран отказ: 1. при непълнота на представените документи по чл. 47 и		

Източници на проблема Защо го правим?	Цели на регулаторната намеса Какво искаме да постигнем?	Инструменти Как?	**Текстове в ЗИД**	**Предимства недостатъци рискове**	**Опции/Въпроси**
		изискванията към устройството, дейността и вътрешния ред на ЛЗ	неотстраняването й в определения срок; 2. когато се констатира несъответствия със здравните изисквания, медицинските стандарти, наредбата по чл. 46, ал. 3 и правилника по чл. 28а, ал. 3, които не са отстранени в определения срок." 3. Досегашната ал. 2 става ал. 3.		
		Предвижда се отнемане на разрешението при повторно нарушение на медицинските стандарти и лоша или липсваща оценка от акредитация. При неспазване на стандартите разрешението се отнема за съответната дейност по медицинска специалност.	§ 18. В чл. 51 се правят следните изменения и допълнения: 1. В ал. 1: а) точка 3 се изменя: "3. се нарушава глава трета, раздел I, II и III и глава четвърта, раздел III и IV от Закона за здравето". б) създават се нови точки 4, 5 и 6: "4. при повторно установено нарушение на медицинските стандарти; 5. при лоша оценка от проведена акредитация или липса на присъдена оценка, когато лечебното заведение подлежи на задължителна акредитация; 6. при незапочване или спиране на извършването на лечебна дейност в продължение на шест месеца." 2. Създава се нова ал. 3: „(3) В случаите по ал. 1, т. 4 разрешението се отнема в частта за		

Източници на проблема Защо го правим?	Цели на регулаторната намеса Какво искаме да постигнем?	Инструменти Как?	**Текстове в ЗИД**	**Предимства недостатъци рискове**	**Опции/Въпроси**
			осъществяване на лечебна дейност по медицинската специалност, за която е установено нарушение на медицинския стандарт.”		
	Обвързване на срока на акредитацията с оценката от акредитацията като стимул за по-високо качество	Регламентиране в ЗЛЗ на петстепенна скала и обвързването ѝ със съответните срокове от 1 до 5 г.	§ 28. Член 89 се изменя: “Чл. 89. (1) Оценяването на лечебното заведение се извършва по петстепенна оценъчна скала, която включва положителни оценки - отлична, много добра, добра, средна и отрицателна оценка - лоша. (2) Положителните акредитационни оценки се определят за срок от една до пет години. (3) Акредитационната оценка се определя със заповед на министъра на здравеопазването по предложение на специализирания орган по акредитация към Министерството на здравеопазването (4) Заповедта подлежи на оспорване по реда на АПК	Рискове: да няма лоши оценки при наличие на основания за това	
	Разширяване на обхвата на акредитацията към ЦСМП		§ 27. В чл. 86, ал. 1 след думата „хематология” се добавя “центровете за спешна медицинска помощ”.	**Недостатъци, рискове** - Поради социалната им значимост малко е вероятно да не получат акредитация, т.е. при тях акредитацията едва ли ще повиши качеството и достъпа. - Не е много логично МЗ да акредитира свои поделения създадени и финансирани от	1. Акредитацията на ЛЗ по чл. 5 ал. 1 да отпадне, тъй като в голяма степен е формална. 2. Акредитацията

Източници на проблема Защо го правим?	Цели на регулаторната намеса Какво искаме да постигнем?	Инструменти Как?	**Текстове в ЗИД**	**Предимства недостатъци рискове**	**Опции/Въпроси**
				него (конфликт на интереси) - Ако не се извършва от независим орган акредитацията на държавните ЛЗ е в голяма степен формална и носи повече разходи отколкото ползи	да се повери на независима Агенция по акредитацията. Тогава вече би имало смисъл да се акредитират и държавните ЛЗ 3. Целесъобразно е да се предвиди гратисен период, през който да се отстранят слабостите, доколкото министърът е принципал на тези ЛЗ

IV. Количествен анализ на очакваните въздействия

1. Оценка на въздействието на промените в режима на регистрация/разрешение

Както вече бе посочено целта на съответните промени е да се подобри покритието и достъпа до здравна помощ чрез облекчаване на режима на регистрация и разрешение за лечебни дейности без това да е за сметка на качеството и защитата на пациентите.

Като цяло още преди да остойностим въздействията в тази част е очевидно, че мерките, които облекчават регулаторните бариери на входа на здравната система не могат да балансират мерките, които създават допълнителни регулаторни бариери. Към първата група спадат:

1. Възможност за индивидуалните практики на ОПЛ да се регистрират като ЕООД
2. Въвеждане на искане по служебен път между РЦЗ, РИОКОЗ и ИАТ, за удостоверяване на изпълнението на изискванията от кандидатите за регистрация/разрешение
3. Облекчаване на строгото разграничение и ограниченията за регистрация на една болница като специализирана или многопрофилна с цел по-голяма гъвкавост и свобода

Към втората група се нареждат редица мерки, които като цяло натежават над първите

1. Въвеждане на допълнителния режим на съгласуване с МЗ преди създаване на ЛЗБП, което ще ползва обществени средства
2. Въвеждане на такси за регистрация/разрешение на лечебна дейност
3. Въвеждане на ограничение за честите промени в регистрацията (веднъж на 6 месеца)
4. Промени в класификацията и профилирането на болниците и лабораториите, които могат да наложат тяхното преregистриране, а за някои и наложено от промените преструктуриране

Разбира се всички тези ограничения имат за цел или да защитят пациентите и да оптимизират качеството и/или достъпа до здравна помощ, или да намалят и оптимизират обществените разходи за здравеопазване. Затова отрицателните последици от всяко от тези ограничения бе претеглено спрямо очакваните ползи.

За преregистрацията и преструктурирането на болниците и лабораториите в резултата на промените в ЗЛЗ, въпросът е: До каква степен ще се наложи преregистрация и преструктуриране на ЛЗБП и лабораториите и колко ще струва то на ЛЗ, бюджета и пациентите. Отговорът на този въпрос изисква остойностяване на следните групи разходи.

Разходи за ЛЗ

1. Брой на болниците подлежащи на преregистриране

2. Разходи за пререгистриране
    a. във време на персонала
    б. такси и други директни плащания
3. Разходи за преструктуриране. Преструктурирането има своята цена. Когато то отразява съзнателния рационален и информиран избор на болницата цената ще бъде претеглена спрямо ползите от съответните болнични управи. Оценката на промените в закона се основава на презумпцията, че икономическите агенти се възползват от тях най-рационално и информирано. Оценяват се възможностите, които създават, а не риска някой да не ги използва в изгода на болницата. Затова тази цена не се включва в оценката. В оценката обаче включваме цената на наложеното от промените преструктуриране, което болниците не биха направили ако не са промените в Закона.
    a. Експертна оценка на наложеното преструктуриране на някои СБАЛ (тези с терапевтична и хирургична дейност трябва да се преструктурират в МБАЛ, т.е. да разкрият още две отделения, например анестезиология и още едно; например специализирана АГ болница ще трябва ли да се преструктурира в многопрофилна?)
    б. Тези, които сега се справят със сектори ще трябва ли да разкрият отделения?
    в. Преструктурирането ще наложи ли нова процедура по акредитация?

Разходи за бюджета:

1. Разходи по пререгистрацията, преиздаването на разрешенията,
2. Разходи по легализиране на наложените преструктурирания и свързаните с това установяване на съответствието на изискванията;
3. Разходи по акредитацията вследствие на преструктурирането

Разходи за пациентите:

1. Възможни загуби за пациентите от несъответствие между потребности и болнични услуги:
    a. От отпадането на изискване за различни специалности за регистриране на МБАЛ и възможно тясно специализиране на многопрофилните болници към по-рентабилните пътеки: (например три хирургични и една терапевтична)
    б. Оценка на загубите за обществото от гледна точка на достъп и покритие (Здравна карта)

Същата оценка е направена и за **лабораториите** и необходимостта от пререгистриране и преструктуриране във връзка с профилирането. За съжаление параметрите на профилирането са оставени за наредбата и не дават възможност за точна оценка.

1. Брой на подлежащите на пререгистрация лаборатории вследствие на профилирането
2. Средно време и разходи за пререгистриране
3. Брой на лабораториите, които ще подлежат на преструктуриране
4. Оценка на разходите по преструктурирането
5. Съпоставяне с ползите, свързани с по-ясни изисквания за квалификацията на директорите и ориентацията на пациентите

Алтернативни решения, които са оценени:

1. Нулева опция: не се променя уредбата на болниците и лабораториите
2. Другата крайност: отпада разделението на МБАЛ и СБАЛ
3. Намаляване на загубите в достъп и покритие: да остане изискването за различни специалности при МБАЛ
4. Намаляване на загубите от пререгистриране: Ако всички болници и лаборатории трябва да се пререгистрират заради промените в Закона, това да бъде извършено служебно за тези, които на практика не правят структурни промени, или промени в дейността им
5. Такси за регистрация/разрешение да бъдат въведени само за:
    - експресни процедури
    - промени в регистрацията преди изтичане на 6 месеца от последната регистрация

Критерии за оценка на алтернативите

1. Доколко се облекчава стартирането на лечебна дейност
2. Ефект върху достъпа и покритието
3. Ефект върху качеството на извънболничната и болничната помощ и защита на пациентите

2. Оценка на въздействието на промените в областта на финансирането на ЛЗ

Основната цел на промените в тази област е подобряване на финансовото състояние на лечебните заведения за болнична помощ, чрез необходимата законова предпоставка за постигне на съответствие между приходите и разходите за конкретни дейности, които до този момент се извършват без финансиране, както и по-толерантно третиране на тези дружества при декапитализация, с оглед социалната значимост на извършваната от тях дейности.

Съгласно резултата от извършената начална оценка, предложените мерки за постигане на поставените цели като цяло намаляват регулаторните бариери при финансирането и управлението на лечебните заведения, а именно:

1. Даване на възможност на ЛЗ да извършват и социални услуги по реда на ЗСП.

2. Осигуряване на финансиране за извършваната съдебно-експертизна дейност.

3. Възможност за създаване на болнични настоятелства и към ведомствените болници.

4. Отпадане на задължението за информиране на собствениците при декапитализация и големи загуби.

Не бива да забравяме, че прекалената либерализация на регулациите в част от предложените мерки, може да доведе до последващи ограничения с много по-висока цена, които като цяло значително да надхвърлят ползата от предложените мерки:

1. Не своевременната осведоменост на собственика за настъпило тежко финансово състояние, може да доведе до невземане на мерки по

оздравяване на болничните заведения, лавинообразно и безконтролно натрупване на дългове, които по същността си бидейки държавни ще бъдат заплатени на последващ етап от данъкоплатеца, но вече на по-висока цена, като едновременно с това би довело до влошаване на икономическо състояние и на кредиторите, застрашавайки както дейността им, така и качеството на оказваните в болниците услуги.

2. Разходи по регистрация на ЛЗ по ЗСП

Изброените преки и косвени ограничения целят защита на достъпа на потребителите на болнични и социални услуги, което изисква претеглянето на ползите от тяхното въвеждане спрямо очакваните разходи.

В частта на промените, касаеща интегрирането на социалните и здравни дейности въпросът е доколко разходите по регистрация на ЛЗ по ЗСП ще надхвърлят ползите. Оценката на промените на ТЗ - анулирането на задълженията на оперативното ръководство на болниците за информиране на собственика за настъпилото лошо финансово състояние ще оправдаят ли риска от непоемането на отговорност по своевременното решаване на въпроса и неговото евентуално задълбочаване. Отговорът на тези въпроси изисква остойностяване на следните групи показатели:

Разходи за ЛЗ

Предоставяне на социални услуги от лечебните заведения

1. Брой ЛЗ по видове, предоставящи социални услуги.

2. Стойност на разходите за тази дейност (сега покрити от бюджета на МЗ).

3. Разчетна стойност на очакваните приходи.

4. Разчетни разходи по регистрация на ЛЗ по ЗСП.

Ограничаване на случаите за обявяване на несъстоятелност

1. Данни за третираните от ТЗ случаи по икономически показатели в края на годината за последните 5 години (вкл. дългове).

2. Оценка на пациентите за качеството на лечение в задлъжнелите ЛЗ.

3. Съпоставка на основни показатели (леглоден, стойност на лечението по диагнози, КП и др.), свързани пряко с дейността на съпоставими болници с цел идентифициране на причините за декапитализацията – каква част е следствие от недофинансиране и каква от неефективно управление.

Алтернативни решения, които са оценени

1. Нулева опция – Запазване на действието на ТЗ по отношение на ЛЗ

Критерии за оценка на алтернативите

1. Доколко се гарантира финансовата стабилност на лечебните заведения и техните кредитори.

2. Ефект върху достъпа и покритието.

3. Ефект върху качеството на болничната и социална дейност и защита на пациентите.

3. Оценка на въздействието в областта на човешките ресурси

Основната цел на промените в тази област е подобряване на качеството на оказваната медицинска помощ и специализацията на кадрите в сферата на здравеопазването без това да ограничава достъпа на пациентите до здравни услуги.

Съгласно извършената начална оценка, част от предложените мерки за постигане на поставените цели като цяло намаляват поставени преди 10 години регулаторните бариери, които до този момент не са влезли в сила, което по същността си е ново отлагане във времето на нерешени до този момент въпроси по квалификацията на ОПЛ, а именно:

1. Удължаване с 6 г. на срока за придобиване на специалност по ОМ от ОПЛ.

2. Отмяна на изискването за придобиване на специалност от ОПЛ, с придобита друга специалност (вътрешни болести, педиатрия, хирургия и АГ).

3. Отмяна на изискването за назначаване на директорите на общинските БАЛ и ДКЦ след конкурс.

Предложената либералицазия на регулациите крие риск от влошаване на качеството на извършваната дейност, ето защо негативните ефекти от тези мерки са разгледани заедно с предложените допълнителни регулации, а именно:

1. Забрана за провеждане на обучение в бази с акредитационна оценка по-ниска от добра.

2. Въвеждане на задължителна атестация на три години за директорите на ЛЗ по 1л. 5 ал 1., която да бъде основание за уволнение при лоша оценка

3. Отлагане и отменяне на задължението за придобиване на ОМ може да доведе до некачествено обслужване в първичната помощ и последващо ненужно нарастване на разходите в специализираната и болнична помощ.

4. Отмяната на конкурсното начало при управлението на общинските болници и ДКЦ, може да има негативен ефект върху качеството на мениджмънта, респективно финансовия стабилитет на ЛЗ и качеството на извършваната помощ.

Отчитайки стремежът на всички тези ограничения да подобрят условията за по-ефективно управление на ЛЗ и подобрят качеството на дейността им, очакваните отрицателни последици от всяко от ограниченият са претеглени спрямо ползите, които те биха донесли.

За тази цел е идентифициран набор от необходими данни, който е представен в Приложение Х.

Претеглянето на разходите и ползите от въвеждане на ограничението за обучение на студенти изисква идентифициране на случаите на приложение на тази мярка – броят студенти по специалности, които биха преустановили обучението си в тези бази (до подобряване на акредитационната оценка), възможностите за продължаване на обучението в други бази.

Отговорът на поставени въпроси изисква оценка на стойностите на следните показатели:

Изискване за минимална акредитационна оценка добър, за обучение на студенти

1. Брой на акредитираните ЛЗ(отделения) с оценка под добър.

1.1. от тях брой на тези, които обучават студенти;

2. Брой на обучаваните студенти.

3. Стойност на разходите по акредитация (преди изтичане на срока на предходната).

Придобиване на специалност от ОПЛ

1. Брой на всички ОПЛ.

1.1. от тях брой с придобита специалност по вътрешни болести, педиатрия, хирургия или АГ;

1.2. от тях зачислени на специализация по ОМ;

1.3. от тях придобиващи право на пенсия до 2015 г.;

1.4. от тях брой на тези, които се очаква да придобият специалност до 2015 г.;

1.5. средногодишен брой придобили специалност до сега;

1.6. средногодишен брой на тези които се очаква да придобият специалност от 2010 до 1015 г.;

1.7. очакван брой на губещите правоспособност през 2015 и обслужваните от тях лица;

1.8. оценка на въздействието върху качеството на обслужване вследствие от отпадането на изискването за квалификация на част от ОПЛ.

Отпадане на задължението за избор на ръководството на общинските болници и ДКЦ след конкурс

1. Брой на тези лечебни заведения.

1.1. в колко от тях управляващите са назначени без конкурс (състояние към момента).

2. Стойност на експертната оценка на разходите по провеждане на конкурсите.

Въвеждане на атестация на директорите на ЦСМП като системата за въздействие върху качеството на управление с възможност за уволнение при неуспешна атестация

1. Брой и дял на неуспешните атестации в момента.

2. Оценка за административните разходи за процеса в дни.

Алтернативни решения, които са оценени

1. Нулева опция - не се променят изискванията за провеждане на обучение на студенти и специализанти.

2. Нулева опция - не се променят изискванията за провеждане на конкурс за управление на общински болници и ДКЦ.

3. Единствено удължаване на срока за придобиване на специалност по ОМ, но оставане на това задължение за всички ОПЛ, без оглед на налична друга специалност.

4. Въвеждане на финансов стимул вместо забрана: по-високо заплащане на глава за ОПЛ със специалност.

5. Въвеждане на атестация на ръководителите още първата година, като срокът й зависи от оценката

Критерии за оценка на алтернативите

1. Доколко се гарантира по-висок професионализъм на кадрите в сферата на здравеопазването.
2. Ефект върху достъпа и покритието на населението със здравни услуги.
3. Ефект върху качеството на лечението, обучението и управлението на визираните ЛЗ.

4. Оценка на въздействието в управление на качеството

Основната цел на промените в тази област е от една страна подобряване на качеството на оказваната медицинска помощ посредством разширяване на обхвата на ЛЗ, подлежащи на задължителна акредитация, от друга - посредством промяна в статута на акредитацията, а именно третирането на положителната акредитационна оценка и спазването на медицинските стандарти като задължително условие за извършване на дейност.

Като цяло предложените мерки за постигане на поставената цел по-скоро поставят регулаторни ограничения, които несъмнено изискват значителни ресурси.

Към регулаторните облекчения са отнесени следните аспекти на предложените мерки.

1. Задължителната акредитация и на ЦСМП, като възможност за независима оценка на дейността на лечебни заведения, бюджетни разпоредители.

2. Задължителна положителна акредитационна оценка за извършване на дейност от съответното ЛЗ или отделение/клиника като естествен завършек на процеса по акредитиране.

Посоченият по-долу аспект на предложената мярка, предполагат по-скоро регулаторни ограничения.

1. Забраната за извършване на дейност при лоша акредитационна оценка, без предварителен анализ на причините довели до нея, крие риск от невъзможност за нейното бързо поправяне, влошаване на достъпа до здравна помощ, освобождаване на работни места. Най-висок брой лоши оценки са поставени на отделенията по анестезиология и интензивно лечение, преустановяването на дейността им означава и преустановяване дейността на хирургичните отделения в тези болници. Причини за тези резултати биха могли да се крият във фактори извън компетентността на ЛЗ, а именно – поставени ненужно високи изисквания в медицински стандарт, липса на специалисти в резултат от несиметрично планиране на спецализациите, липса на скъпо

оборудване поради недостиг на бюджетни средства и недостатъчно адекватна инвестиционна програма.

Ето защо е необходима прецизна съпоставка между разходите и ползите от предложените мерки при отчитане на стремежът на всички тези ограничения да подобрят качеството на извършваните медицински дейности.

За тази цел е идентифициран набор от необходими данни, който е представен в Приложение X.

Отговорът на поставени въпроси изисква оценка на стойностите на следните показатели:

Акредитация и обвързване на резултатите от нея с правото за извършване на дейност.

1. Резултати от акредитацията. Брой и дял на отрицателните (липсващи) оценки по ЛЗ и специалности.

2. Разходи за акредитациата им.

2.1. Разходи на ЛЗ (за труд, за такси и за покриване на непокрити изисквания);

2.2. Разходи на акредитиращия орган.

Алтернативни решения, които са оценени

1. Нулева опция не се променят изискванията.

2. Въвеждане на преходен срок за получаване на положителна оценка от 18 месеца, след който, забраната за извършване на дейност при липса на положителна оценка влиза в сила.

Критерии за оценка на алтернативите

1. Доколко се гарантира стимул за развитие на лечебните заведения и поддържане на високо ниво на извършваната дейност.

2. Ефект върху достъпа и покритието на населението със здравни услуги.

3. Ефект върху качеството на лечението, обучението и управлението на визираните ЛЗ.

5. Мултикритериен анализ на опциите

Алтернативните регулаторни режими са оценени и сравнени въз основата на набор от по три критерия. Оценката на алтернативите, съобразно тези критерии е направена от 10 експерта и при следната оценъчна скала:

3 голям положителен ефект
2 среден положителен ефект
1 малък положителен ефект
0 няма ефект (или се неутрализират)
– 1 малък отрицателен ефект
– 2 среден отрицателен ефект
– 3 голям отрицателен ефект

Оценката на всеки експерт е претеглена, съобразно предварително дефинираното за всеки от критериите тегло, като е изчислена средна претеглена

оценка. Алтернативитете за всяка от регулациите са съпоставени, съобразно тази оценка.

5.1. Алтернативи при регулаторните режими

Оценката е извършена при следните критерии:

К1: Доколко се облекчава стартирането на лечебна дейност

К2: Ефект върху достъпа и покритието на здравната помощ

К3: Ефект върху качеството на здравната помощ и защитата на пациентите

1. Предварително съгласие на МЗ за създаване на болница – експертите оценяват общото въздействие на предложената регулация за искане на разрешение за разкриване на ЛЗБП от Министъра на здравеопазването, когато то ще се финансира с публични средства за за като цяло по-негативен вариант спрямо нулевата опция.Въпреки че икономическата теория счита изкуственото административно ограничаване на частната инициатива и конкуренцията, като ключови фактори ограничаващи качеството и предлагането, експертите консолидират мнение около спорната теза, че предложената регулация ще има по-позитивно въздействие върху, достъпа, покритието и качеството от нулевата опция.

2. Въвеждане на такси за регистрация и разрешение. Най-високо експертите са оценили опцията за въвеждане на такси за регистрация и разрешение само за експресни процедури и за промени преди изтичането на 6 м. от последната регистрация (0,46 или малък положителен ефект). Внесеното в законопроекта предложение за въвеждане на такса при всички регистрации и пререгистрации (-0,30) следва като алтернатива нулевата опция.

3. Пререгистриране на болниците поради промени в профилирането и изискванията за МБАЛ и СБАЛ. Възможността за отпадане на разделението на болниците като специализирани и многопрофилни е оценена от експертите като най-позитивна (1,64), като въздействието и върху качеството на здравната помощ и защитата на пациентите е оценено със среден положителен ефект (1,90). Експертите са приели, че предвидената в проекта регулация от нови критерии за разделяне на МБАЛ и СБАЛ, при запазване на изискването за 4 различни отделения (МБАЛ) би имало малък положителен ефект (0,56). Като най-негативна, с малък отрицателен ефект (-0,64) е оценена нулевата опция (действащато в момента регулация).

4. Пререгистриране на лаборатории поради уточняване на профилирането им. Най-висока е среднопретеглената оценка на алтернативната регулация (0,40), а именно без да се променя профила на лабораторията да се поставят изисквания за квалификацията на управляващите я.

Таблица. Мултикритериен анализ

Алтернативи при регулаторните режими	К1	К2	К3	Средно
1. Предварително съгласие на МЗ за създаване на болница	**0.20**	**0.40**	**0.40**	**1.00**
Нулева опция	2.10	-0.50	-0.20	0.14
Въвеждане на съгласие на МЗ за създаване на болница с финансиране от публични фондове	-1.50	0.50	0.10	-0.06
2. Въвеждане на такси за регистрация и разрешение	**0.20**	**0.40**	**0.40**	**1.00**
Въвеждане на такси за регистрация и разрешение само за експресни процедури и за промени преди изтичането на 6 м. от последната регистрация	0.50	0.50	0.40	0.46
Нулева опция	0.50	0.00	-0.10	0.06
Въвеждане на такси за регистрация и разрешение	-0.90	-0.30	0.00	-0.30
3. Пререгистриране на болниците поради промени в профилирането и изискванията за МБАЛ и СБАЛ	**0.20**	**0.40**	**0.40**	**1.00**
2. Отпада разделянето на болниците на многопрофилни и специализирани	1.80	1.30	1.90	1.64
3. Предложените промени но със запазване на изискването за четири различни специалности за МБАЛ	0.40	0.50	0.70	0.56
4. Предложените промени, но със служебна безплатна пре-регистрация за наложените от ЗИД промени в разрешенията	0.40	-0.20	-0.30	-0.12
1. Нулева опция: не се променя профилирането на болниците	-0.40	-0.60	-0.80	-0.64
4. Пререгистриране на лаборатории поради уточняване на профилирането им	**0.20**	**0.40**	**0.40**	**1.00**
2. Без да се регулира профила на лабораториите се променя изискването към квалификацията на ръководителя	-0.40	0.40	0.80	0.40
1. Нулева опция	0.30	0.00	0.00	0.06
4. Предложените промени, но със служебна безплатна пре-регистрация за наложените от ЗИД промени в разрешенията	0.00	-0.40	-0.40	-0.32

5.2. Алтернативи при финансирането

Оценката е извършена при следните критерии:

К1: Финансова дисциплина, контрол върху публичните разходи, и междуфирмените задължения

К2: Ефект върху достъпа и покритието на здравната помощ

К3: Ефект върху качеството на здравната помощ и защитата на пациентите

Алтернативи при финансирането	К1	К2	К3	Средно
1. Отмяна на действието на разпоредбите на ТЗ за информиране на ОС при декапитализиране на ЛЗ	**0.30**	**0.40**	**0.30**	**1.00**
Нулева опция	**0.50**	**0.20**	**0.20**	**0.29**
Отмяна на действието на разпоредбите на ТЗ за информиране на ОС при декапитализиране на ЛЗ	**-1.60**	**-0.70**	**-1.10**	**-1.09**

Анализираната регулация, касае предложението на законопроекта, относно отмяна действието на разборедби от ТЗ спрямо ЛЗБП (отмяна на задължението за информиране на ОС при декапитализация на дружеството). Експертите считат, че по всеки от поставените критерии тази норма би имала среден отрицателен ефект и запазването на действащите регулации е по-целесъобразно.

5.3. Алтернативи при управлението на човешките ресурси

Оценка на алтернативите по критерии

Оценката е извършена при следните критерии:

К1: Професионализъм

К2: Достъпа и покритие на здравната помощ

К3: Качество на здравната помощ и защитата на пациентите

Алтернативи при управлението на човешките ресурси	К1	К2	К3	Средно
1. Изискването за придобиване на специалност от ОПЛ	**0.40**	**0.30**	**0.30**	**1.00**
Предложените промени: директна забрана за практикуване без специалност след 6 г.	**2.20**	**-0.50**	**1.40**	**1.15**
Диференцирано заплащане	**0.70**	**0.60**	**1.20**	**0.82**
Нулева опция	**-0.80**	**0.10**	**-0.50**	**-0.44**
2. Отмяна на изискването за назначаване на директорите на общинските БАЛ и ДКЦ след конкурс	**0.40**	**0.30**	**0.30**	**1.00**
Нулева опция	**0.80**	**0.20**	**0.50**	**0.53**
Отмяна на изискването за назначаване на директорите на общинските БАЛ и ДКЦ след конкурс	**-1.50**	**-0.70**	**-1.10**	**-1.14**
3. Въвеждане на атестация на три години с възможност за прекратяване на договора за директори на ЛЗ по чл. 5 ал. 1	**0.40**	**0.30**	**0.30**	**1.00**
Предложените промени:	**1.60**	**1.00**	**1.70**	**1.45**

Първата атестация след първата година, като следващите периоди зависят от оценката.	**1.70**	**0.80**	**1.40**	**1.34**
Нулева опция	**-0.80**	**-0.20**	**-0.90**	**-0.65**

1. Изискването за придобиване на специалност от ОПЛ. Предложените промени, в частта касаеща забрана за практикуване като ОПЛ на лекари без специалност по ОМ с изтичане на преходния 6 годишен срок е оценена като най-целесъобразна алтернатива със среден положителен ефект (1,15). Експертите считат, че малък отрицателен ефект тази разпоредба би имала единствено спрямо достъпа и покриитието на здравната помощ. Ефектът от евентуално въвеждане на диференцирано заплащане на ОПЛ (със и без специалност по ОМ) е оценен като малко положителен, предимно поради позитивното му влияние върху достъпа и покритието. Най-ниско е оценен ефекта на текущата регулация (-0,44). Интересно е консолидираното мнение на експертите, които считат, че текущата регулация влия е по-скоро с позитивно влияние върху покритието, при положение, че 10 годишния преходен срок за придобиване на специалност изтече и голяма част от лекарите следва да загубят правоспособност като ОПЛ, респективно няма достатъчно квалифицирани лекари, които да покрият изискванията по ЗК.

2. Отмяна на изискването за назначаване на директорите на общинските БАЛ и ДКЦ след конкурс. Счита се, че влиянието на действащата регулация (прилагане на изискванията за конкурс и при общинските БАЛ и ДКЦ е с малък положителен ефект (0,53) върху всеки от изброените критерии за оценяване, докато предложението за отмяна на тази регулация е оценено по-скоро като негативно (-1,14), особено в частта на професионализма, където се счита, че отмяната на конкурсното начало ще има среден отрицателен ефект**.**

3. Въвеждане на атестация на три години с възможност за прекратяване на договора за директори на ЛЗ по чл. 5 ал. 1. Ефектът от предложените промени е оценен като средно положителен (1,45), като не се очаква да има отрицателно въздействие по никой от оценяваните критерии. Близка е оценката и на възможната опция за дефиниране на периода на оценяване съобразно поставената оценка (1,34). Ефектът от липсата на законова възможност за атестация (нулева опция) е оценен като малко отрицателен (-0,65) и по трите поставени критерии.

5.4. Алтернативи при управлението на човешките ресурси

Оценка на алтернативите по критерии

Оценката е извършена при следните критерии:

К1: Развитие и технологично обновяване на ЛЗ

К2: Достъпа и покритие на здравната помощ

К3: Качество на здравната помощ и защитата на пациентите

Алтернативи при управлението на качеството	К1	К2	К3	Средно
1. Прекратяване на разрешение и регистрация при лоша или липсваща акредитация	**0.30**	**0.20**	**0.50**	**1.00**
Предложените промени:	**2.00**	**0.90**	**2.20**	**1.88**
Период на изчакване, който да дава възможност за изпълнение на предписанията на акредитационната комисия преди окончателното прекратяване на регистрацията	**1.20**	**0.60**	**1.10**	**1.03**
Нулева опция	**-1.30**	**-0.80**	**-1.30**	**-1.20**
2. Акредитация на ЦСМП	**0.20**	**0.40**	**0.40**	**1.00**
Предложените промени:	**1.50**	**0.90**	**1.60**	**1.30**
Нулева опция	**-0.50**	**-0.20**	**-0.40**	**-0.34**
Премахване на акредитацията за ЛЗ по чл. 5 ал. 1	**-1.00**	**-0.50**	**-1.10**	**-0.84**

1. Прекратяване на разрешение и регистрация при лоша или липсваща акредитация. Експертите считат, че прекратяването на разрешението за дейност при лоша или отсъстваща акредитационна оценка без преходен срок би имало среден позитивен ефект като цяло (1,88), най вече върху развитието и технологичното обновяване на ЛЗ, както и върху качеството на извършваната пмощ (каквато е същността на законопроекта) спрямо действащата регулация.

2. Акредитация на ЦСМП. Ефектът от внесените със законопроекта регулационни механизми по задължителното акредитиране и на този вид ЛЗ е оценен като средно положителен (1,30). Евентуалното премахване на задължителната акредитация за всички ЛЗ, които са бюджетни разпоредители е оценено по-скоро като негативно, като ефектът му спряпо поставените критерии е счетен за отрицателен (-0,84). Нулевата опция (отсъствие на възможност за акредитация на ЦСМП) също е оценена като отрицателно въздействаща на развитието на ЦСМП, достъпа и качеството на услугите на ЛЗ (-0,34).

Резултати от консултациите със заинтересованите лица

В хода на изготвяне на оценката на въздействието на регулациите бяха проведени консултации със заинтересованите страни. За тази цел екипът изготви консултативен документ, който изпрати до определени като заинтересовани страни заедно с документа по началната оценка. В процеса по изготвяне на проекта на ЗИДЗЛЗ, МЗ е консултирало текстовете със заинтересованите институции, като съответно на визията си е отразило становищата им, поради което извършените от работната група консулттации, целяха гонсултиране на самата начална ОВ, поставяйки си следните основни цели:

1. Широко обсъждане на идентифицираните в ОВ основни проблеми, на които ЗИДЗЛЗ търси решение, техните източници и целите, които законът следва да достигне с акцент върху оценката на очакваните въздействия и идентифицираните алтернативи. Обсъждането цели консолидиране на гледните точки на всички заинтересовани страни, относно пълното и всеобхватно отразяване на интересите им, предложената оценка на възможните въздействия, както и алтернативните подходи за решаване на идентифицираните проблеми.
2. Подкрепа в процеса на подобряване на комуникациите между заинтересованите страни и изпълнителната власт с разбирането, че при казионното съгласуване на законопроекта, позицията на МЗ е с превес. Търсено е оптимално и безпристрасно отразяване на позицията на заинтересованите страни (пациентски организации, лечебни заведения, осигурители, други държавни институции) с цел ефективното им въвличане в процесите на взаимодействие по установяване, оценяване и мониториране на регулациите.

Текстът на консултационният документ, както и списъкът от заинтересовани страни, до които е изпратен са представени с настоящия доклад. Идентифицираните от нас като заинтересовани страни не показаха търсената от нас активност. Становище беше получено единствено от екипа на „Здравноосигурителен институт" АД и от проф. д-р Л. Иванов, дмн, Директор на НЦООЗ – приложено към настоящия. Следва да отбележим, че междувременно ПГ на КБ внесе друг законопроект за изменение и допълнение на ЗЛЗ, който по същество дублира част от предложените регулации, този факт вероятно е повлиял негативно върху активността на заинтересованите страни и е демотивирал участието им в процеса, тъй като оценявани регулации (общи за двата законопроекта) вече са приети на първо четене.

Получените становища и дискутираните въпроси на проведените консултации са консолидирани в следните важни спорни тези, свързани с предложената регулация на идентифицирани проблеми на регулацията на дейността, финансирането и управлението на лечебните заведения за болнична помощ.

1. Риск от замяна на една ненужна и неефективна регулация с друга такава

Теза: Като основен мотив за промяна на изискванията за създаване на многопрофилна или специализирана болница е посочена необходимостта от подобряване на грижите за пациента и необходимата с оглед за това по-широка регулация, позволяваща на болниците да определят спецификата на дейността

си (специалността, по която са разкрити отделения) динамично и съответно на търсеното лечение, а не на изкуствени регулаторни рамки, като класифициране на равнопоставени специалности като основни и профилни.

Контратеза: С действащия закон е приетата класификация на болниците с оглед структурата им и медицинските специалности, по които се оказва здравна помощ, при отчитане на влиянието на тези фактори върху качеството и всеобхватността на лечението. В случай, че 10 години след въвеждането на тази регулация се отчита превес на разходите от нейното въвеждане (създаване на ненужни болнични капацитети и неразкриване на необходим такив) над ползите (качествена и достъпна болнична помощ), то защо продължава търсенето на аналогичен регулатор (делене на болниците на МБАЛ и СБАЛ) с променени критерии, които класифицират като многопрофилни едновременно болници третиращи широк кръг заболявания от много системи (всички сега действащи МБАЛ) и такива които третират строго специфични здравни проблеми, но терапевтично и хирургично (тук попадат почти всички значими специализирани болници, като: всички АГ болници, които имат отделения по неонатология (терапевтична), "СБАЛ-АГ-Майчин дом" ЕАД и д-р., УНСБАЛ "Св. Екатерина" ЕАД, "СБАЛ за сърдечно-съдови заболявания" ЕАД (кардиология и кардиохирургия), "СБАЛ по ортопедия "Проф. Б. Бойчев" ЕАД, Горна Баня (ортопедия и физиотерапия), "СБАЛ по ендокринология "Акад. Ив. Пенчев" ЕАД (ендокринология и хирургия), специализирани болници с онкологична насоченост, като "СБАЛ по онкология" ЕАД, "СБАЛ хематологични заболявания" ЕАД, София, "СБАЛ на деца с онкохематологични заболявания-София" ЕООД (терапевтични отделения като лъчелечение и хематология и съответни хирургични такива).

В частта на МБАЛ предложената промяна разширява възможностите за регистрация под тази форма, т.е. няма да доведе до необходимост от промяна в регистрацията на сега действащите под тази форма болници, тогава защо я променяме? По отношение на новосформираните лечебни заведения, от една страна това ще облекчи регистрацията им, поради намалените изисквания към избора на специалности (остава само изискването да има и терапевтично и хирургично), но от друга страна остава изискването за минимален капацитет от 4 отделения или поне 40 легла. В случай, че в дадена област има необходимост от лечение на онкологични заболявания, в т.ч. лъчелечение и не повече от 15 легла (лъчелечението се извършва амбулаторно) е възможно да се разкрият въответните отделения към някоя съществуваща вече МБАЛ или да се разкрие СБАЛ, но без отделение по лъчелечение (то би попречило на регистрацията, тъй като е терапевтично), а със сектор по лъчелечение. От своя страна финансиращите лъчелечението могат с право да поставят изискване за наличие на акредитирано отделение по лъчелечение, което обаче се изключва от статута на болницата. В този случай са възможни следните хипотези – трансформиране в МБАЛ след разкриване на още едно отделение (инвестиции в ненужен капацитет), регистриране на нова СБАЛ само за лъчелечението (ненужни разходи, които оскъпяват лечението) или оттегляне от извършване на тази дейност (пациентите остават без лечение). На практика предложената регулация в значителна степен ненужно рестриктира специализираните болници със забраната за наличие на терапевтични и хирургични отделения, което не стимулира качеството и достъпа до медицинска помощ. Остава отворен въпросът - защо се въвежда тази регулация и защо една болница с едно

терапевтично и едно хирургично отделение не трябва да може да получи разрешение за дейност, а само ако разкрие още две отделения (дори от същата специалност), с какво това ще подобри качеството и достъпа до болнично лечение? Многопрофилността не предполага различни права за извършване на дейности спрямо статута на специализираност за отделенията с еднаква насоченост (отделенията по неврология в МБАЛ спрямо СБАЛ могат да имат еднакъв набор от разрешени дейности). Рестриктирането на създаването на специализирани структури индуцира разкриването на многопрофилни такива, които са с по-голям капацитет и неограничени възможности за неговото развитие, при положение че в страната основната болнична мрежа е налична и се твърди, че е налице дори свръх предлагане. В краткосрочен план промяната ще доведе до генериране на ненужни разходи по пререгистрации и преакредитации, разкриване на ненужни структури, трансформация на отделения в сектори и обратно (липсват ясни, точни и функционално обусловени критерии с оглед извършваната дейност диференциращи сектор от отделение и отделение от клиника), без в никаква степен да повлияе позитивно върху пациентите. Не бива да забравяме, че в по-голямата си част засегнатите болници са държавни и това ще се отрази на финансовото им състояние. В по-дългосрочен план, тя няма да спомогне за постигането на ефективно болнично здравеопазване, тъй като предхожда изготвянето на оценка на необходимостта от точно определен болничен капацитет по региони (по видове дейности, по специалности и по брой легла) и нейната съпоставка с наличните такива. Конкретните резултати от подобна оценка биха подсказали нужната регулация – колко, какъв и къде е локализиран свръхкапацитета, респективно недостига и едва тогава предложение за менажиране. Индуцираните ненужни разходи в най-голяма степен ще засегнат държавните и общински специализирани болници и индиректно ще бъдат платени от данъкоплатеца, доколкото генерираните дългове се финансират от държавната хазна, но най-силно ще се засегне частната инициатива и пациентите, тъй като именно те ще поемат разходите по тази неефективна регулация. Разумната алтернативе е след като отпада изискването за различност на 4 от разкритите отделения в МБАЛ, да отпадне и изискването отделенията да са поне четири, т.е. да може да се регистрира МБАЛ и с 2 отделения (терапевтично и хирургична).

2. Риск от спиране на конкуренцията в болничното здравеопазване.

Теза: Разкриването на нови лечебни заведения, когато те ще се финансират с публични средства трябва да става само с разрешението на Министъра на здравеопазването, след оценка на потребностите на населението. Това е необходимо за да не се допуска финансиране на медицински услуги на ново лечебно заведение, при положение, че те вече се извършват и финансират с публични средства в даден регион и капацитета е достатъчен за потребностите на населението.

Контратеза: Въвеждането на тази мярка ще възпрепятства навлизането на частни капитали в болничният сектор, доколкото новите лечебни заведения са единствено частни, като затвърди статуквото на неефективните държавни и общински структури. Това от своя страна ще ограничи избора на пациента и

достъпа му до лечение, ще елеминира конкуренцията като движещ фактор за постигане на по-добро качество на услугите при по-нисък разход и индиректно ще съдейства за влошаване на финансовото състояние на болниците и качеството на оказаната помощ. На практика предложената регулацията признава неспособността на финансиращите институции (МЗ и НЗОК) да управляват и регулират ефективно договорните си взаимоотношения с болниците, въпреки че законодателят им е делегирал всички права и инструменти за това – определяне на алгоритъми надейностите, медицински стандарти, санкции, контрол по изпълнението, акредитация, избор на система на заплащане, цени и д-р. (на практика договорното начало с БЛС отпасна), поради което се нуждаят от регулация на входа. Същността на предложената мярка е подмяна на визията за реформа в здравеопазването, игнориране на избора на пациента и конкурентното начало между болниците. Несъмнено тази опция е изключително атрактивна за държавната адмистрация, защото в краткосрочен план позволява лесно управление на бюджетни разходи. В дългосрочен план отсъствието на конкуренция води до неефективно разходване на средства, лавинообразно натрупване на дългове от държавните болници, каквато е практиката и сега, като тези дългове са за сметка на данъкоплатеца, докато дълговете на частните болници, които няма да бъдат допуснати до пазара биха били за сметка на инвеститорите. В занопроекта е налице явна колизия на целите, от една страна сремеж за подобряване на качеството на услугите и достъпа до тях на пациентите, а от друга страна не допускане на лечение на населението за сметка на бюджета до нови, модерни, акредитирани болнични лечебни заведения; защита от несъстоятелност на зле функциониращи държавни болници срещу недопускане на тяхно място на частни такива, при които рискът от неплатежоспособност се носи от собствениците.

2. Риск от неконтролируема декапитализация на болниците.

Теза: Промените в ТЗ са защитна мярка срещу обявяване в несъстоятелност на болничните лечебни заведение и гарантират достъпа на населението до болнични услуги, като разширяват времевия интервал за приемане на оздравителни програми.

Контратеза: Конкретните текстове, чието изменение е предвидено в законопроекта регламентират отмяна на задължението за свикване и провеждане на общо събрание, а именно в случаите в които загубите надхвърлят ½ (АД) или ¼ (ООД) от капитала, това напрактика елеминира задължението за информиране на собствениците (важи за държавата, общините и частните лица) и правото му да участва в управлението на собствеността си. Няма логика в игнорирането на тези права и задължения. Провеждането на общо събрание, информирането на собственика за икономическото състояние на инвестицията му, правото му да взема решения са управлението на притежаваните от него дялове и акции не означава фалит на болницата, а точно обратното цели оздравяване на предприятието. Предложената промяна поощрява липсата на отговорност и отчетност от страна на оперативното управление и от страна на собственитеците, когато това е държавата или общините. Не бива да се забравя, че те получават заплащане именно за да управляват ефективно държавната собственост. Провеждането на тези събрания би било по-скоро от полза, те не са свързани с повече разходи от страна на ЛЗ.

Тази мярка не стимулира частните инвестиции, тъй като е допълнителен рисков за частния капитал фактор.

Другата промяна касае неприлагането на основанието за прекратяване на акционерното дружество, а именно в случаите, когато разликата между активите и пасивите на дружеството спадне под размера на вписания капитал. На практика това означава или декапитализация на дружеството - задълженията (дългосрочни и краткосрочни) надхвърлят наличностите под формата на материални и нематериални активи – дълготрайни (сграда, оборудване и д-р.) и краткотрайни (нарични наличности, вземания, материални запаси и д-р.) или означава необходимост от регистрация на намалелия акционерен капитал (отразяване на претърпените през предходни периоди загуби) или преобразуване в ООД, форма при което няма изискване за прекратяване. Не случайно законът е предвидил едногодишен срок за предприемане на подобни мерки и едва в случай, че собственика не предприеме нищо (намаляване на капитала или преобразуване) се стига до прекратяване. Предложението за неприлагане на тази норма от ЛЗБП, предполага очакването за естественост на едно пасивно, безотговорно поведение от страна на собствиникът спрямо собствеността му при декапитализация – нежелание за намаляване на капитала, нежелание за пререгистрация под друга форма. Реално нормата на ТЗ изисква прекратяване на дейността на акционерното дружество само когато повече от година общото събрание реално абдикира от управлението на собствеността си, нежелаейки да впише в публичния регистър намалелия си капитал или да смени формата си на собственост. Предвидената в закона мярка е напълно естествена, доколкото подобно пасивно поведение поставя в риск всички кредитори, а от там и сектора като цяло. Нека не забравяме, че съществува правна възможност същото това акционерно дружество да е частна собственост и акциите му да се котират на борсата. Значи ли това, че трябва да се отменят и нормите, регулиращи фондовите пазари?

Показатели за последваща оценка на действителния ефект от законодателните промени

Мерки	Въздействия	Показатели	Изходни (базови) стойности	Източник Бележки
1.Регулаторни режими				
1.1 Разширяване на възможностите за стартиране на индивидуални практики на ОПЛ и специалисти като еднолични търговски дружества	**Очаквани ползи:** стимулиране на разкриването на индивидуални практики на ОПЛ и специалисти **Разходи:** по пререгистрация, но доколкото това не е изискване а дадена от Закона нова възможност, всеки ще може да направи своя избор на основа на индивидуалните си допълнителни разходи и ползи	▪ Брой пререгистрирани индивидуални практики като ЕООД за една година след влизането на промените в сила ▪ новорегистрирани индивидуални практики (брой и процент от съществуващите годишно) ▪ Дял на ЕООД в новорегистрираните практики ▪ Промени в структурата на регистрациите на индивидуалните практики на ОПЛ	2008/12 Около 4800 индивидуални практики? Структура на регистрациите на ОПЛ (свободни професии; ЕТ)	
1.2. Въвеждане на искане по служебен път от РЦЗ към РИОКОЗ и ИАТ на установяване на изпълнение на изискванията от кандидатите за регистрация	**Ползи:** + Намаляват се разходите по регистрация и разрешение за дейност на ЛЗ + По добра защита на пациентите: досега липсата на съответствие с изискванията не е условие за отказ от регистрация ако има документ за установяването му с предписания	▪ Средно време за регистрация на ЛЗИП ▪ Средно време за издаване на разрешение за дейност на ЛЗБП	С колко процента очакваме да намалим времето?	Анкета на новите ЛЗ
1.3. Отпада регулацията на набор от специалности, по профила, от които се изисква да има разкрити отделения. Въвежда се опция за избор между всички специалности - терапевтични и	**Ползи:** + СБАЛ ще могат да решат конкретен здравен проблем, в рамките на една болница без да препращат пациентите в други болници поради липса на отделение (по анестезиология например). + Някои МБАЛ ще могат да се регистрират като СБАЛ и да	▪ Брой ново-разкрити отделения в СБАЛ ▪ Брой преобразувани МБАЛ в СБАЛ при преиздаване на разрешението ▪ Колко са се пререгистрирали	Колко са СБАЛ в момента Колко са МБАЛ	

хирургични, без да се изисква да са различни	оптимизират броя и вида на отделенията с цел по-точно да отговорят на търсенето от съответните услуги + Възможност за преструктуриране на отделенията от една специалност към друга, съобразно нуждите на пациентите, без това да зависи от разрешителното на болницата **Отрицателни последици, рискове** - Необходимост от пререгистриране на болниците, което вече ще бъде с такса - Преструктурирането на досегашните сектори в СБАЛ в отделения е свързано с допълнителни легла и капацитет - Отпада изискването разкритите в МБАЛ поне четири отделения да са от **различни** специалности, това създава възможност за регистрация като МБАЛ на болница с 3 еднакви хирургични отделения и едно терапевтично. - Така предложеният текст не дава възможност болница с едно терапевтично и едно хирургично отделение да продължи да осъществява дейността си като специализирана, независимо, че е предназначена за лечение на заболявания от една и съща група и тя трябва да разкрие още поне едно отделение за да може да продължи да осъществява дейност вече като МБАЛ (третото	▪ Средно време за пререгистриране ▪ Средни разходи за пререгистриране ▪ Колко са се преструктурирали ✓ от МБАЛ в СБАЛ ✓ Колко МБАЛ са променили специализацията си ✓ Колко СБАЛ са открили второ отделение ▪ Оценка за намаляване на покритието с дадени специалности след преструктурирането?

	отделение би било ОАИЛ), което означава да разкрие поне още 10 легла, - значителна инвестиция във вероятно ненужен капацитет. Голямата част от специализираните болници ще трябва да се пререгистрират.След промените, раждане би могло да се извършва единствено в МБАЛ, доколкото неонатологията е терапевтична специалност, а АГ – хирургична.		
1.4. Профилиране на лабораториите с цел преодоляване на правни неясноти по отношение на назначаване на директорите им	**Ползи:** несъществени, свързани с яснота за квалификацията на директорите **Разходи:** съществени, ако трябва да се пререгистрират всички	▪ Брой на пререгистрираните лаборатории (Всички?) ▪ Средно време и разходи за пререгистриране ▪ Необходимост от преструктуриране ▪ Оценка на разходите по преструктурирането	Брой на лабораториите в момента по видове
1.5. Въвеждане на такси за регистрация и такси за разрешение за дейност Запазване на такси за ползване на регистъра	**Ползи:** подобряване на обслужването, ако част от тези такси се използва за ДМС **Разходи**: допълнителна регулаторна бариера на входа на извънболничната и болничната помощ	▪ Реализирани приходи от такси ▪ Реален ефект върху увеличаването на възнаграждението на служителите от системата на МЗ чрез ДМС ▪ Показателите за подобряване на обслужването са като за мярка 2 ▪ Тарифата ще покаже с колко се увеличават разходите за започване на медицинска дейност ▪ Показателите за реалния ефект на тази допълнителна регулаторна бариера са същите като тези за мярка 1	Приходи от такси за 2008
1.6. Въвеждане на ограничение за промени в регистрацията веднъж на шест месеца	**Ползи:** Намаляване на ненужните разходи на публичния сектор Стимулиране на по-дългосрочна визия	▪ Колко са в момента честите пререгистрации? Това такъв проблем ли е? Нали ще бъдат покрити от таксите? Защо им налагаме такси,	

	развитие на ЛЗ в съответствие с нуждите на пациентите	пък заедно с това ги забраняваме? Или икономически стимул или забрана?	
1.7. Въвежда се изискване за предварително съгласие на министъра за създаване на ЛЗБП с публично финансиране въз основа на Здравната карта	**Ползи:** Оптимизиране на разпределението на болничния капацитет и публични разходи за болнична помощ **Разходи:** допълнителен регулаторен режим на входа на болничната помощ без ясни и изчерпателно разписани условия Не е ясно как ще помогне за оптимизирането на капацитета, когато той се измерва в здравни услуги, а не в болници по източници на финансиране	▪ Имаме ли начална оценка на несъответствието на болничната помощ ▪ Брой/Дял болници, които не се финансират с обществени средства ▪ Брой откази ▪ Подобряване на достъпа и покритието на болничната помощ	Начална степен на изпълнение на здравната карта 2008 Брой(дял) на болници, които не се финансират с обществени средства
2. Финансиране и управление на лечебната дейност			
2.1 Даване на възможност ЛЗ да предлагат и социални услуги по реда на Закона за социално подпомагане	**Ползи:** Допълнителни приходи от социални дейности **Разходи:** по регистриране на ЛЗ по ЗСП?	▪ Брой на регистрираните ЛЗ по ЗСП ▪ Общ размер на приходите от социални услуги ▪ Стойност на финансиране по социални програми	Брой на ЛЗ, които предоставят социални услуги по смисъла на ЗСП (2008)
2.2. Въвеждане на заплащане от възложителя на съдебномедицински експертизи за покриване на разходите на ЛЗ		▪ Брой на ЛЗ, извършващи съдебномедицински експертизи ▪ Брой експертизи годишно ▪ Средни загуби на болниците на експертиза ▪ Промяна в броя на заведенията ▪ Промяна в броя на експертизите ▪ Приходи от експертизи	Брой на ЛЗ, извършващи съдебномедицински експертизи Стойност на непокритите разходи
2.3. Предвиждане на възможност за създаване на обществени настоятелства на държавните болници	**Ползи:** привличане на допълнителни обществени средства и граждански контрол върху управлението на държавните болници	▪ Брой учредени настоятелства ▪ Реален ефект: привлечени средства и реално участие в управлението на дружеството	Брой на болниците по чл. 5 ал 1 Експертна оценка колко от тях ще се възползват
2.4. Отпадане на задължението за	**Ползи:** социални - гарантиране на достъп до здравна помощ и при	▪ Промяна в задлъжнялостта на болниците	Стойност на дълга на болниците в края

информиране на собственика за лошото финансово състояние, абдикиране от законоустановена отговорност за предотвратяване на фалит и взимане на своевременни мерки, както от страна на оперативното управление, така и от страна на собственика	неплатежоспособност **Разходи:** икономически стимул към разхищение Административна дискреция при решаването на въпроса на кого и колко от дълговете да се изчистят	▪ Оценка от пациентите на качеството на услугите на неплатежоспособните болници	на годината 2004-08
3. Управление на човешките ресурси			
3.1. Подобряване на качеството на практическото обучение на медицинските кадри чрез въвеждане на изискване за минимална оценка от акредитацията добра 3.2. Удължаване с 6 г. на изтичащия 10 год. период за придобиване на специалност по ОМ от ОПЛ Отмяна на изискването за специалност по ОМ за специалисти по вътрешни болести, детски болести, хирурзи и АГ		▪ Брой на отказаните разрешения за обучение поради недобра оценка от акредитацията ▪ Оценка на студентите за качеството на обучението в ЛЗ ▪ Оценка на лекарите за професионалната подготовка на постъпващите на работа студенти ▪ Процент на ОПЛ със специалност по ОМ от всички ▪ Процент на тези, без специалност на които остават по-малко от 10 г. до пенсия ▪ Процент на тези със специалности по вътрешни болести, детски болести, хирурзи и АГ ▪ Промяна в дела на ОПЛ със специалност по една от предвидените 5	Брой на ЛЗ с оценка от акредитацията под добра От тях брой на извършващите обучения на студенти
3.3. Конкурсът за ръководител на общинска болница/ДКЦ	**Щети:** Отстъплението от конкурсното начало може да има негативно въздействие върху качеството и	▪ отношение на назначените без конкурс в общия брой управители на общински ЛЗ	брой на общинските болници

вече не е задължителен	самостоятелността на болничната управа	▪ Данни за удовлетвореността на пациентите от услугите на съответното общинско заведение	дял на директорите назначени без конкурс въпреки изискването на закона
3.4. Разширяване на обхвата на системата за атестиране с възможност за отстраняване от длъжност при отрицателен резултат		▪ Брой на отрицателните атестации	
4. Управление на качеството чрез акредитацията и прилагането на медицинските стандарти			
4.1. Въвежда се пет-степенна скала за акредитация като срокът за акредитация зависи от оценката. ЦСМП се включват в изискването за акредитация 4.2. Предвижда се отказ за издаване на разрешение при неизпълнение на медицинските стандарти, както и прекратяване на регистрация, или разрешение при нарушение на стандартите (повторно при болниците) и лоша или липсваща оценка от акредитацията	**Ползи:** Възможност за по-активно прилагане на акредитацията за управление на качеството **Разходи** Допълнителни разходи за акредитация само за ЦСМП за изпълнение на изискванията и за оценката на съответствието	▪ Резултати от акредитацията: относителен дял на оценките ▪ Съпоставка с резултатите от проучването на пациентската удовлетвореност ▪ Действителни разходи за акредитация на ЦСМП ▪ Брой лечебни заведения с прекратена регистрация/разрешение поради неуспешна акредитация	ЛЗ с лоша или липсваща оценка от акредитация в края на 2008

Приложения