



Изх. №7/22.02. 2017 г.

ДО:
Д-Р ИЛКО СЕМЕРДЖИЕВ
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

КОПИЕ ДО:
Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

ДО:
Д-Р ДИМИТЪР ПЕТРОВ
ПОДУПРАВИТЕЛ НА НЗОК

ДО:
Д-Р ВЕНЦИСЛАВ ГРОЗЕВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

ДО:
ЧЛЕНОВЕТЕ НА УС НА БЛС

ДО:
МЕДИИТЕ

Уважаеми колеги,

Във връзка с получения от нас Проект на НРД (вариант от 17.02.2017 г.), в който са посочени и *„Критериите за качество и достъпност на първичната извънболнична медицинска помощ“*, приети от двете страни и писмо на УС на БЛС от 20.02. 2017 Изх. № 94 заявяваме следното:

1. На 10. 12.2016 г. Бордът по Обща медицина проведе заседание, на което обсъди и прие предложения по НРД и критерии за качество (след предварително обсъждане в професионалната група на ОПЛ). В заседанието на борда участва и д-р Чобанова като представител на УС на БЛС. В протокола са разписани и предложените от нас критерии за качество в ПИМП, които бяха включени в Проекта на НРД от БЛС. (1-Приложение-Протокол Борд ОМ).
2. По време на преговорите на ниво представители на БЛС (борд по Обща медицина, представители на СИМП и УС на БЛС) с НЗОК не се постигна съгласие относно критериите за качество. НЗОК не приеха предложените от нас критерии и разглеждането им се отложи за по-късен етап. (2-Приложение –Извадка от протокол от 20.01.2017 г.).

3. На 16.02.2017 г. на електронния адрес на УС на БЛС бе изпратено писмо с коментари, които дават мотиви за отхвърлянето от страна на ОПЛ на предлаганите от НЗОК критерии за качество. Тези коментари са валидни и за предлаганите от НЗОК критерии за СИМП, които също не са приемливи. (3-Приложение- Е –Рисмо).
4. Пред борда по Обща медицина не са представени, за да бъдат обсъдени, предложения за критерии за качество от Националния консултант по обща медицина и Председател на Дружество на кардиолозите в България Проф. Постаджиян.
5. **Изготвените критерии и предвидените санкции, при тяхното еднократно нарушение, са в явно несъответствие с действащата в страната нормативна уредба.** Това създава предпоставки за правен хаос и проблеми при прилагането на нормите на НРД, в т.ч. при налагане на санкции, респективно основание за тяхното обжалване пред съдебните органи от страна на изпълнителите на медицинска помощ. Мотивите ни за това са следните:

Съгласно чл. 2, ал.3 от Закона за здравното осигуряване, Националната здравноосигурителна каса закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност, в съответствие с този закон.

Критериите за достъпност и качество на медицинските дейности са изрично посочени в чл. 59в. на ЗЗО (в сила от 01.01.2010 г.). Те са:

- „1. обезпеченост на лечебното заведение по чл. 9 от Закона за лечебните заведения с медицински специалисти на основен трудов договор;*
- 2. наличие на нормативно определената и технически изправна медицинска апаратура и техника на територията на съответното лечебно заведение;*
- 3. осигуряване от лечебното заведение по чл. 9 от Закона за лечебните заведения на непрекъснато 24-часово изпълнение на медицинска помощ при спешни състояния;*
- 4. предоставяне на медицинска помощ в съответствие с утвърдените медицински стандарти и Правила за добра медицинска практика.“*

Като се изключат критериите, които са специфични за лечебните заведения за болнична помощ, то **в първичната извънболнична медицинска помощ критериите за оценка на качеството и достъпността на медицинската помощ следва да са свързани само с наличие на нормативно определената, технически изправна медицинска апаратура и техника и с осъществяване на**

дейността в съответствие с утвърдените медицински стандарти и правила за добра медицинска практика.

Този текст е в унисон и с чл.46, ал.1 (Изм. - ДВ, бр. 107 от 2002 г.), съгласно който редът за предоставяне и изискванията към изпълнителите на отделните видове медицинска помощ се определят в НРД и в договорите между РЗОК и изпълнителите.

Съгласно ал.(2) и (3) на същия член, качеството на оказваната медицинска помощ, закупувана от НЗОК, трябва да отговаря на националните медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика, като същите следва да съдържат изисквания за своєвременност, достатъчност и качество на медицинската помощ.

Съгласно чл. 6, ал.1 от Закона за лечебните заведения, дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента, които се утвърждават с наредби на министъра на здравеопазването.

С Наредба № 41 от 21 декември 2005 г. за утвърждаване на "Медицински стандарти по Обща медицинска практика", издадена от Министерството на здравеопазването (Обн. ДВ. бр.1 от 3 Януари 2006 г., изм. ДВ. бр.101 от 28 Декември 2010 г., изм. ДВ. бр.49 от 28 Юни 2011 г.), са утвърдени медицински стандарти, които са ориентирани към качеството на индивидуалната работа на общопрактикуващите лекари и на условията за нейното извършване. **При тяхното създаване е използван утвърденият подход в медицинската квалитология - "структура - процес - резултат":**

Структурата включва стандартите за устройството, материалните ресурси, оборудването, персонала, професионалната компетентност и обхвата на услуги на ниво обща медицинска практика.

Процесът - стандартите за извършваните клинични и неклинични дейности при пациентите (консултации, изследвания, предлагано лечение, превантивни дейности, медицински скрининг, диспансеризация и др.)

Резултатите - стандартите за междинните и крайните ефекти върху здравето състояние и удовлетвореността на пациентите и общността от дейността в общата медицинска практика.

В Стандарта се посоча, че „повечето от стандартите са свързани със "структурата и процесите", като в следващите години ще бъдат добавени и стандарти за "резултатите", след като се натрупа съответният опит“.

Посочва се още, че поради сложното съдържание на общата медицинска практика, за осигуряване и измерване на качество на различните видове клинични (диагностика, лечение, рехабилитация), превантивни и медико-социални дейности, извършвани от общопрактикуващите лекари, ще трябва да се използват предварително разработени технологични схеми, указания (guidelines), протоколи и др., които са общи и за останалите медицински специалности, които обаче имат препоръчителен характер.

Т.е. утвърдените медицински стандарти по обща медицинска практика не съдържат критерии за оценка на индивидуалните резултати от лечението на пациентите, като тези, посочени в проекта на НРД.

Съгласно чл.5, от Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина Българският лекарски съюз и Българският зъболекарски съюз приемат Правила за добра медицинска практика, предлагат ги за утвърждаване от министъра на здравеопазването и упражняват контрол по спазването им. Т.е., съсловните организации са тези, които трябва да контролират качеството.

Прегледът на нормативната уредба не показва наличие на приети и утвърдени от министъра на здравеопазването правила за добра медицинска практика по отделните медицински специалности, в т.ч. и по обща медицина.

При това обстоятелство, критериите за качество и достъпност по смисъла на чл.59в, т.4 от ЗЗО за дейностите в първичната медицинска помощ могат да се позовават единствено и само на утвърдените медицински стандарти.

В този смисъл до приемане на правила за добра медицинска практика всички предлагани от НЗОК критерии, извън посочените в медицинския стандарт могат да имат единствено и само препоръчителен характер и не могат да бъдат основание за налагане на санкции.

6. Няма изградена цялостна система за оценка на качеството на медицинските дейности, което е резултат от оценка на структурата, процеса и резултата. НСОПЛБ подготви първоначален проект за такава оценка в ПИМП, който предстои да бъде подложен на широко обсъждане и валидиране.

7. **Предлаганите от НЗОК „критерии“** в голямата си част цитират идеалните прицелни стойности при определено лечение, което не е критерий за качество, а терапевтична цел.
8. Чрез предлаганите от НЗОК критерии се залага отново **задължителна продължителност на прегледите, която никъде в медицинската квалитология не се ползва като измерител на качеството и единствено може да обслужва желанието на НЗОК да създава условия за санкциониране.** Коментар по критериите е направен в 4-Приложение-съдържание на Е-Рисмо). В последният вариант от 17.02.2017г. има минимални промени, свързани, които по никакъв начин не променят становището ни.
9. Критериите за качество **не трябва да се използват за санкциониране, а за основа за анализ, който да служи за определяне и формиране на здравни политики, както и за въвеждане на стимули за постигналите по-добри резултати.**
10. Предлаганите от НЗОК критерии бяха една от причините за **организирания и проведен от НСОПЛБ ефективен протест през 2016г.,** в резултат на което бе постигнато съгласие за тяхната неприложимост до изготвянето на нови, прецизирани критерии.
11. Поставянето под условие на изпълнението на критериите за качество е необходимо по принцип, но не осмисля и не прави по-коректни, посочените от НЗОК критерии, както и не променя факта, че контролът на качеството, не е функция от дейността на НЗОК, а на съсловните организации и то на тясно-професионален принцип. Не променя също факта, че **критериите могат да имат само препоръчителен характер и не трябва да бъдат обект на санкции.** (Виж т.5).

Във връзка с гореизложеното ние настояваме да бъдат приети следните наши предложения:

1. **Настояваме ал. 1 и ал.2 на чл. 408 от НРД да отпаднат, като текста придобие следната редакция:**

Чл. 408. (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв., когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:

1. нарушаване на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. неудовлетвореност на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно

~~наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 330, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.~~

~~(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 150 до 250 лв.~~

~~(3) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 300 до 500 лв., когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:~~

~~1. системно нарушение по смисъла на § 1, т. 19 от допълнителните разпоредби на 330 на задължителните критерии за качество на медицинската помощ по чл.59в, т.2 и тези по чл.59в, т.4 на 330, съобразени с утвърдените медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика след тяхното приемане в съответствие със законовите изисквания, регламентирани в този НРД.~~

~~2. системна неудовлетвореност по смисъла на § 1, т. 19а от допълнителните разпоредби на 330 на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 330, и след оценка на задължителните критерии за качество на медицинската помощ по т.1, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.~~

~~(4) Заповедта за налагане на санкция подлежи на оспорване по реда на АПК.~~

Следва да подчертаем, че към момента, приемаме коригирания вариант на текста на ал.3 само в случаите, когато изрично се приеме, че той се прилага само по отношение на критериите за качество и достъпност, които имат задължителен характер, т.е. са свързани с изпълнението на критериите по чл.59в, т.2 и тези по чл.59в, т.4 на 330, съобразени с утвърдените медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика след тяхното приемане в съответствие със законовите изисквания. Всички останали критерии за качество и достъпност в НРД, които не са съобразени с действащите към момента на прилагането им медицински стандарти и правила за добра медицинска практика да има препоръчителен характер и да не са обект на санкции по реда на този член.

2. Настояваме да бъдат приети предложените от Борда по Обща медицина и преговарящите от страна на БЛС критерии за качество, като бъде добавен и четвъртият критерий, посочен в този документ, за които да се посочи, че имат препоръчителен характер.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ТЕКСТ В НРД ЗА КРИТЕРИИ ЗА КАЧЕСТВО И ДОСТЪПНОСТ В
ПИМП:

**Критериите за качество и достъпност на медицинската
помощ**

Чл. 168. (1) Изпълнителите на ПИМП оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ.

(2) Критериите за качество в ПИМП са:

1. Критерий: Обхващане на лица над 18-годишна възраст с непрекъснати здравноосигурителни права с профилактични прегледи. съгласно Наредба 8 на МЗ.

Индикатор: Степен на обхващане - не по-малко от 30% от подлежащите.

2. Критерий: Обхващане на лица до 18-годишна възраст със задължителни имунизации съгласно задължителния имунизационен календар на Р България.

Индикатор: Степен на обхващане - не по-малко от 75%

Бележка: При отчитането на този индикатор се изключват децата до 18-годишна възраст при които не е извършена дейността, поради отсъствие от известния на ОПЛ адрес, често боледуване (повече от 1 път месечно) или друга доказано независеща от лекаря причина.

3. Критерий: Дял на пациенти, диспансеризирани от ОПЛ с една или повече подлежащи на диспансерно наблюдение диагнози с реализирани $\geq 50\%$ от нормативно определените и осигурени от НЗОК диспансерни прегледи за една календарна година.

Индикатор: Степен на обхващане $\geq 75\%$ от пациентите, диспансеризирани при ОПЛ.

4. Критерий: *Постигнати прицелни стойности на артериалното налягане при лица над 18-годишна възраст съобразно препоръките на 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension и Ръководства за поведение на ОПЛ при артериална хипертония, трето обновено издание, 2014г.*

ПРЕПОРЪКИ	КЛАС	НИВО
<i>САН < 140mm Hg:</i>		
а) при пациенти с нисък-умерен СС риск;	I	B
а) пациенти със ЗД;	I	A
а) трябва да се има предвид при пациенти с преживян инсулт или ТИА;	IIa	B
а) трябва да се има предвид при пациенти с ИБС;	IIa	B
а) трябва да се има предвид при пациенти с ХБЗ, причинена от диабет или друго заболяване.	IIa	B
<i>При пациенти в напреднала възраст, <u>но < 80г и САН > 160mmHg</u>, има солидни доказателства да се препоръчва редукция на САН до стойности между 150 и 140mmHg.</i>	I	A
<i>При хора > 80г и първоначално измерено САН > 160mmHg се препоръчва редукция на САН до стойности между 150 и 140mmHg <u>при условие, че са в добра физическа и умствена кондиция.</u></i>	I	B
<i>Винаги е препоръчително ДАН < 90mmHg, освен при пациенти със ЗД, когато се препоръчва прицелна стойност < 85mmHg. Въпреки това, трябва да се прецени, че стойностите между 80 и 85mmHg са безопасни и добре толерирани.</i>	I	A

Индикатор: Степен на постигнати прицелни стойности при не по-малко от 60% от диспансерно наблюдаваните пациенти с Артериална хипертония.

(3) Оценката на качество по посочените критерии не се отнася за ЗОЛ, направили преизбор на ОПЛ през периода, подлежащ на оценка.

- 3. Предлагаме да започне законодателна инициатива, която да елиминира изцяло критериите за оценка на качество като инструмент за санкции от страна на НЗОК, тъй като, анализът им трябва да бъде основа за формиране на здравни политики и подобрени правила за работа и финансиране на системата на здравеопазване и контролът на**



НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ –
ЧЛЕН НА АСОЦИАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ ПО ОБЩА/ФАМИЛНА МЕДИЦИНА ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА
ЧЛЕН НА СЪЮЗА НА БЪЛГАРСКИТЕ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ
ЧЛЕН НА EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK (EGPRN)



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplb@gmail.com <http://www.nsoplb.com>

**качеството да е извън правомощията на здравноосигурителния фонд,
чиято задача е да закупува (финансира) медицински дейности.**

Следва да подчертаем, че в последния вариант на Проект на НРД 2017 има и други проблемни текстове, част от които сме посочили в 5-Приложение. Те са свързани с реда на предписване на частично или напълно платени от НЗОК медикаменти в ПИМП, съхранението на документацията, условия за обявяване на заместник в работния график и др., които трябва да намерят по-добро решение, като се вземат предвид направените в рамките на преговорния процес предложения.

За УС и НС на НСОПЛБ

Доц. д-р Любомир Киров, дм

(Председател на НСОПЛБ,

Председател на Борда по ОМ към БЛС)