

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
КОМИСИЯ ЗА ЗАЩИТА НА КОНКУРЕНЦИЯТА

РЕШЕНИЕ

№ 1193

София, 18.09.2013 г.

Комисията за защита на конкуренцията в състав:

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

Петко Николов

ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛ:

Ангелина Милева

ЧЛЕНОВЕ:

Александър Александров

Елена Димова

Зорница Иванова

Петя Велчева

при участието на секретар - протоколита Златимира Стайкова разгледа в закрито заседание, проведено на 18.09.2013г., преписка № КЗК- 701/2013 г. с наблюдаващ член г-жа Весела Андонова, докладвана от председателя на КЗК г-н Петко Николов.

В Комисията за защита на конкуренцията (КЗК), на основание чл. 38, ал. 1, т. 1 от Закона за защита на конкуренцията (ЗЗК), с Решение на КЗК № 698/12.06.2013 г., е образувано производство № КЗК-701/17.06.2013 г. за изготвяне на становище по чл. 28 от ЗЗК относно съответствието с правилата на конкуренцията на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) и свързаната с него нормативната уредба, формиращи правната рамка относно организацията и дейността на лечебните заведения в страната.

В решение на КЗК № 698/12.06.2013 г. за образуване на настоящото производство са посочени следните основни области на нормативна

регламентация, които следва да бъдат оценени за тяхното съответствие с правилата на конкуренцията, а именно:

1. Организация на лечебните заведения - създаване, лицензиране, финансиране;
2. Взаимоотношения с Национална здравно-осигурителна каса (НЗОК);
3. Реимбурсиране на разходи за предоставяне на медицински услуги.

Настоящото производство е образувано по собствена инициатива на КЗК в резултат на извършен от нея предварителен преглед на нормативната уредба в областта на здравеопазването, в резултат на който е установено, че в чл. 5, ал.1 от Закона за лечебните заведения¹ (ЗЛЗ) се съдържа изрична регламентация, че центрите за спешна медицинска помощ, центрите за трансфузионна хематология, домовете за медикосоциални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца, както и лечебните заведения към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията се създават само от държавата. В ЗЛЗ е посочено, че лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ могат да се създават и от други лица (чл. 5, ал.2 от ЗЛЗ), а домове за медико-социални грижи се създават от общините и други юридически лица (чл. 5, ал.3 от ЗЛЗ). В същото време в чл. 4, ал. 1 от ЗЛЗ е посочено, че лечебните заведения могат да бъдат създавани от държавата, от общините и от други юридически и физически лица, а съгласно чл. 4, ал. 2 от ЗЛЗ лечебните заведения са равнопоставени независимо от собствеността им.

От така посочените разпоредби на ЗЛЗ следва предварителният извод, че определени лечебни заведения, а именно - центрите за спешна медицинска помощ, центрите за трансфузионна хематология, както и лечебните заведения към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията могат да бъдат създавани единствено от държавата. От това може да бъде направено евентуално заключение, че ЗЛЗ предоставя монополно положение на държавата при осъществяване на стопанска дейност на пазара на медицински услуги в хуманната медицина чрез изрично посочените лечебни заведения.

От друга страна, съгласно чл. 6, ал. 2, т. 2 от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти² бе установено, че в нея се предвижда специален ред за реимбурсиране на лекарствата от Позитивния лекарствен списък за

¹ Обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.20 от 28 Февруари 2013г.

² Приета с ПМС № 97 от 19.04.2013 г., обн. ДВ. бр.40 от 30 Април 2013г., в сила от 30.04.2013 г.

лечебните заведения, създадени от държавата съгласно чл. 5 от ЗЛЗ, както и за лечебните заведения с държавно и общинско участие, което може да обуслови извод за поставянето им в по-благоприятно положение спрямо останалите лечебни заведения в страната.

На следващо място, в чл. 29 от ЗЛЗ е предвидено, че лечебните заведения за болнична помощ, центровете за спешна медицинска помощ, центровете за трансфузионна хематология, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове и домовете за медико-социални грижи, високотехнологичните методи на диагностика и лечение, както и лекарите и лекарите по дентална медицина, необходими за извънболничната помощ в Република България, се планират и разпределят на териториален принцип въз основа на потребностите на населението от достъпна и своевременна медицинска помощ. Планирането и разпределението на лечебните заведения се извършват чрез Национална здравна карта и областни здравни карти, посредством които се осъществява националната здравна политика. Областните здравни карти регламентират минималния и максималния брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и легла за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение, както и лечебните заведения за болнична помощ, с които НЗОК задължително сключва ежегодно договори по смисъла на Закона за здравното осигуряване (ЗЗО).

Националната здравна карта включва съдържанието на областните здравни карти; необходимия брой центрове за спешна медицинска помощ, центрове за трансфузионна хематология, лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ, лечебни заведения за лечение на онкологични заболявания, с изключение на комплексните онкологични центрове, лечебни заведения за лечение на инфекциозни болести, включително особено опасни инфекциозни болести и домове за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца; лечебните заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса задължително сключва ежегодно договори по смисъла на ЗЗО за осигуряване на достъпна медицинска помощ; минималния и максималния брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение, както и списък на лечебните заведения за болнична помощ, които не подлежат на приватизация.

Националната здравна карта се приема с решение на Министерски съвет по предложение на министъра на здравеопазването и е задължителна за разпределението на лечебните заведения и за финансирането на заплащаните от НЗОК медицински дейности. Тя подлежи на цялостна актуализация на всеки три години, а частична актуализация може да се прави при необходимост.

Според предварителния преглед, извършен от КЗК, посочените разпоредби в действащия ЗЛЗ сочат към евентуалната възможност

нормативната уредба на дейността на лечебните заведения да съдържа разпоредби, ограничаващи конкуренцията. Ограничението на конкуренцията в случая може да се състои в поставянето на законови и административни бариери пред осъществяването на стопанска дейност като лечебно заведение в страната, въвеждане на географско разпределение на пазара на медицинските услуги, предоставяни от лечебни заведения, и неравнопоставено третиране на лечебните заведения.

С оглед изясняване на фактичката обстановка, КЗК извърши проучване, като на основание чл. 45, т. 1 във връзка с чл. 92, ал. 3 от ЗЗК, изиска и получи становища и информация от Министерство на здравеопазването, Национална здравноосигурителна каса, Български лекарски съюз, Български зъболекарски съюз, Университетска болница „Лозенец“ към Министерски съвет, Военномедицинска академия към Министерство на отбраната, Медицински институт към Министерство на вътрешните работи, Национална многопрофилна транспортна болница „Цар Борис III“ към Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията, Национална асоциация на частните болници, Национално сдружение на частните болници, Център за защита правата в здравеопазването и Българска асоциация за закрила на пациентите

В рамките на проучването по настоящото производство пред КЗК становища не бяха представени от Национална асоциация на работодателите от здравеопазването и Национална пациентска организация.

СТАНОВИЩЕ НА МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

В своето становище Министерство на здравеопазването (МЗ) посочва, че Договорът за функционирането на Европейския съюз (ДФЕС) предвижда изключителна компетентност на държавите членки по определяне на държавната им политика и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи (чл. 168, ал. 7 ДФЕС). При вземането на национални решения водеща е не икономическата логика, а необходимостта от гарантиране наличието на качествена медицинска помощ в области, които съответната държава членка дефинира като приоритетни. В този смисъл, са налице лечебно – диагностични дейности, които не представляват общи икономически дейности, базирани на възприети конкурентни принципи и извличане на печалба, а дейности, които имат за цел предоставяне на здравни услуги за запазване живота и здравето на гражданите.

МЗ отбелязва, че функциите на централните за спешна медицинска помощ са посочени в чл. 24 от ЗЛЗ, по силата на който те оказват спешна помощ на болели и пострадали лица в дома, на местопроизшествието и по време на транспортирането до евентуалната им хоспитализация. Специфичните функции на централните за спешна медицинска помощ са определени в чл. 1, ал. 2 от Постановление № 20 на Министерския съвет от

2000 г. за определяне на ЛЗ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и на техните специфични функции, както следва:

✓ Оказване на спешна помощ на болели и пострадали лица в дома, на местопроизшествието и по време на транспортирането до евентуалната им хоспитализация;

✓ Специализиран спешен транспорт на пациенти, донори и органи, кръв, кръвни продукти и апаратура, на републикански и районни консултанти за оказване на спешна медицинска помощ;

✓ Обучение на специализанти по спешна медицина.

Според МЗ специфичните функции на центрoвете за спешна медицинска помощ, свързани с осигуряване на спешна помощ на болели и пострадали лица в дома, на местопроизшествието и по време на транспортирането, както и на специализиран медицински транспорт, са дейности, които пряко засягат спасяването живота на пациентите в случаите, когато те се намират в най-животозастрашаващи състояния и своевременната намеса на медицинските екипи стои в основата на запазването на техния живот.

Допълва се, че гарантирането от държавата на наличието на центрoве за спешна медицинска помощ е израз не нейното *конституционно задължение* да закриля здравето на гражданите, провъзгласено в чл. 53, ал. 3 от Конституцията на Република България. От медицинска гледна точка, стабилността на мрежата на спешната медицинска помощ осигурява в най-значима степен сигурност за запазване на живота на пострадалите. Изискването за държавата да създава центрoве за спешна медицинска помощ и да ги финансира за техните специфични функции би следвало да се разглежда по-скоро като *ангажимент на държавата*, а не като нейно предимство, което би могло да й осигури неравнопоставеност на конкурентен пазар на медицински услуги. Това е така, защото „конкурентният принцип“ в медицината следва да се прилага, като се постави в центъра животът и здравето на пациентите и не винаги се наблюдава финансова целесъобразност.

Относно центрoвете за трансфузионна хематология МЗ посочва, че най-общо функциите им са посочени в чл. 25, ал. 1 от ЗЛЗ, а специфичните им функции са определени в чл. 5, ал. 2 от ПМС № 212 от 2000 г. за определяне на ЛЗ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и на техните специфични функции, както следва:

✓ Изследване и подбор на дарители на кръв;

✓ Вземане, събиране, изследване, съхраняване и преработка на кръв;

✓ Контрол на взетите кръв и кръвни съставки;

✓ Производство, съхраняване и осигуряване на запаси от кръв, кръвни съставки и кръвни биопрепарати;

- ✓ Промоция и организиране на кръводаряване;
- ✓ Имунохематологична диагностика на пациенти и бременни.

Според МЗ гарантирането от държавата на наличието на центрове за спешна медицинска помощ е израз не нейното *конституционно задължение* да закриля здравето на гражданите, провъзгласено в чл. 53, ал. 3 от Конституцията на Република България. От медицинска гледна точка осигуряването на кръв в процеса на лечение на пациентите е задължително условие, за да могат да бъдат проведени основни животоспасяващи медицински процедури. Даряването на кръв е хуманен и доброволен акт на милосърдие и човешка солидарност, при който от дарителя безвъзмездно се взема кръв или кръвни съставки (чл. 10 от Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането). Финансирането на дейностите по осигуряване на кръв е основано на принципа на възстановяване на разходите, а не на извличане на печалба (чл. 5 и 6 от Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането). МЗ допълва, че стабилността на мрежата на трансфузионната хематология гарантира в най-голяма степен непрекъсваемост на процеса по осигуряване на кръв за нуждите на лечебните заведения. Именно своевременното осигуряване на кръв за нуждаещите се пациенти дава възможност на ЛЗ да проведат навременно медицинско лечение за спасяване на човешкия живот. Аналогични са аргументите на МЗ за неприложимост на „конкурентния принцип“ за центрoвете за спешна медицинска помощ, за липса на стопанска дейност и извличане на печалба и по отношение на специфичните функции за центрoвете за трансфузионна хематология.

МЗ посочва, че лечебните заведения към Министерски съвет (МС), Министерство на отбраната (МО), Министерство на вътрешните работи (МВР), Министерство на правосъдието (МП) и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията (МТИТС), осъществяват както дейности, идентични с други ЛЗ за извънболнична и болнична медицинска помощ, така и специфични по характер задължения, обуславящи техния статут.

МЗ отбелязва, че различията в правния статут на ЛЗ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ в сравнение с останалите лечебни заведения за болнична помощ (чл. 3, ал. 1 и 2, чл. 35-37) произтичат от спецификата на функциите на първите, които осъществяват основно медицинско обслужване на всички лица, без значение на здравноосигурителния им статус. Именно необходимостта от финансиране на тези дейности за всички граждани обуславя определянето им като разпоредители с бюджетни кредити. Това гарантира сигурност, стабилност, постоянство в дейността на тези ЛЗ и осигурява непрекъснатост на техните функции. Докато ЛЗ, които са създадени по Търговския закон, следва да се съобразяват като цяло с неговите разпоредби, сред които са и възможностите за обявяване на дружества в ликвидация и несъстоятелност. Аналогични са и съображенията при закриване на лечебните заведения.

Относно териториалното планиране и териториалното разпределение на ЛЗ и медицинските специалисти в областните и в Националната здравна

карта (НЗК)³, МЗ посочва, че то се извършва в зависимост от нуждите на населението в съответните области, неговия брой, съобразно изискванията за качество на медицинското обслужване и др. Необходимостта от планиране в здравната система чрез здравна карта е мотивирано от особения характер на дейността на ЛЗ. Те са структури за медицинска помощ, каквато държавата следва да гарантира на територията на цялата страна. Именно здравните карти са законовият инструмент, чрез който се извършва планиране в здравната система.

МЗ допълва, че необходимостта от планиране и разпределение на здравните ресурси се препоръчва от Световната банка в разработения Болничен генерален (мастер) план по договорен проект за реформиране на здравния сектор (заем № 4565-BUL). Според Плана, отчитайки трудностите на българската здравна система, равнището на болничните задължения, голямото нарастване на разкриване на частни болници и трудностите при намаляване на корупцията, може да се направи извод, че контекстът не е в полза на намаляващата роля на държавата.

МЗ отбелязва, че разпределянето на минималния и максималния брой легла за активно лечение по смисъла на чл. 31, ал. 2 от ЗЛЗ, се определя съобразно броя на населението в областта по ред, определен в методика, утвърдена от министъра на здравеопазването. Методиката не е обнародвана в Държавен вестник, тъй като тя няма характер на нито един от посочените в чл. 4, ал. 1 и чл. 7, ал. 1 от Закона за „Държавен вестник” (ЗДВ) актове, поради което не е налице правно основание за нейното обнародване.

МЗ посочва, че НЗК не съдържа критерии за сключване на договор с НЗОК. Такива се съдържат в националните рамкови договори, сключвани по реда на Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) и няма пречка НЗОК да сключва договори и с ЛЗ, които не са включени в здравните карти. Видът, броят, дейността и разпределянето на ЛЗ по отделните нива на медицинско обслужване в областта са определени като абсолютен брой ЛЗ за първична и специализирана извънболнична помощ, ЛЗ за болнична помощ и други ЛЗ – центрове за психично здраве, комплексни онкологични центрове и други. Необходимият минимален брой на лекарите и лекарите по дентална медицина в извънболничната помощ по специалности е определен на базата на национални показатели, коригирани в съответствие с относителния дял на областта, в рамките на общата численост на населението в страната.

МЗ допълва, че за всяка област са определени минимален и максимален брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и легла за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение, при определени параметри за обща осигуреност с болнични легла на 1 000 души население – минимум 4,0 % и максимум 5,9 %, които са съпоставими с осигуреността в страните от

³ НЗК е утвърдена с Решение № 103 на Министерския съвет от 24.02.2011 г. за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България и е достъпна на интернет страницата на Министерския съвет в системата за правна информация.

Европейския съюз. За сравнение, 5,9 % е средната осигуреност с болнични легла в страните от Европейския съюз.

Според МЗ в рамките на общия брой болнични легла е определена вътрешната структура на леглата по видове, съобразено с потребностите на населението от болнична помощ. При определяне на максималния брой легла са взети предвид здравно-демографските характеристики и нивото на хоспитализираната заболяемост във всяка област. Реално се наблюдава неравномерно разпределение на леглата както между отделните области, така и между отделните видове легла, като е налице значително по-висока осигуреност с легла с активно лечение, при недостиг на леглата за интензивно лечение и на леглата за долекуване, продължително лечение и рехабилитация.

МЗ допълва, че в изпълнение на чл. 32, ал. 2, т. 2 от ЗЛЗ е създадено Приложение № 29 на НЗК, което съдържа необходимия брой центрове за спешна медицинска помощ, центрове за трансфузионна хематология, ЛЗ за стационарна психиатрична помощ, ЛЗ за лечение на онкологични заболявания, с изключение на комплексните онкологични центрове, ЛЗ за лечение на инфекциозни болести, включително опасни инфекциозни болести и домове за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца. Приложение № 30 на НЗК съдържа *националните здравни приоритети*, които следва да бъдат реализирани при разработването на НЗК⁴.

МЗ отбелязва, че ЛЗ за болнична помощ, с които НЗОК задължително сключва ежегодно договори по смисъла на ЗЗО по области, са определени на базата на общи критерии, взети предвид при изготвяне на Приложение № 31 на НЗК. В него са включени само държавни ЛЗ за болнична помощ, които отговарят на критериите за гарантиране качеството и комплексното обслужване на населението. Включването в списъка само на държавни ЛЗ за болнична помощ е обосновано от това, че за тях държавата може да гарантира изпълнението на всички условия от страна на болниците, за да бъде сключен договор с НЗОК. В списъка не фигурират ЛЗ за болнична помощ с друг собственик (общински, частни) поради обстоятелството, че всеки собственик има право на решение дали да работи с НЗОК, или не. Невключването им в списъка не лишава тези болници от възможността да заявят пред НЗОК намерението си и съответно да сключат договор за осъществяване на медицинска помощ, заплащана от бюджета на НЗОК. В случая държавата се явява гарант на своите болници, че ще сключат договор

⁴ Равнопоставеност в достъпа на населението при разпределение на публичния ресурс за здравеопазване; ефективно разходване и ефикасността на здравната система при съблюдаване на изискванията за достъпност, своевременност, достатъчност и качество; преодоляване на диспропорциите между областите на базата на планиране на системата; гарантиране на адекватно териториално разпределение на ЛЗ за болнична медицинска помощ; осъществяване на комплексна и качествена диагностика близо до потребителя; унифициране на качеството и условията за предоставяне на болнични услуги, оказвани във всички области; предлагане на еднотипни специализирани, високоспециализирани и високотехнологични медицински дейности и услуги за населението от всички региони.

с НЗОК и ще осигурят населението с необходимите видове болнична медицинска помощ.

Допълва се, че списъкът е конструиран и на база на обективни критерии за потребности от болнична помощ, като са включени три големи групи ЛЗ за болнична помощ⁵. Списъкът е резултативен от определените ЛЗ в областните здравни карти. Приложение № 32 на НЗК, в съответствие с чл. 32, ал. 2, т. 5 от ЗЛЗ съдържа минималния и максималния брой легла за активно лечение и за долекуване и продължително лечение на ЛЗ. Той също е резултативна величина от определения минимален и максимален брой в областните здравни карти. Приложение № 33 на НЗК, в съответствие с чл. 32, ал. 2, т. 6 от ЗЛЗ съдържа списък на ЛЗ за болнична помощ, които не подлежат на приватизация. Списъкът е съобразен със забранителния списък по Закона за приватизация и следприватизационен контрол (ЗПСПК).

МЗ посочва, че като второстепенни разпоредители с бюджетни средства ЛЗ се финансират основно чрез бюджетите на техните първостепенни разпоредители. Директорите на центровете за спешна медицинска помощ, центровете за трансфузионна хематология, ЛЗ за стационарна психиатрична помощ и домовете за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца, са второстепенни разпоредители с бюджетни кредити към МЗ съгласно чл. 2, ал. 2 от ПМС № 256 от 2009 г. за приемане на Устройствен правилник на МЗ. Поради това, те се финансират чрез бюджета на МЗ за специфичните си функции. Директорът на болница „Лозенец“ е второстепенен разпоредител с бюджетни кредити по бюджета на МС, а ЛЗ към МО, МВР, МП и МТИТС са второстепенни разпоредители с бюджетни кредити към съответните министерства.

МЗ посочва, че остойностяването на дейностите, които се финансират от бюджета на НЗОК, е уредено в ПМС № 353 от 2012 г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО. За 2013 г. цените на клиничните пътеки са регламентирани в ПМС № 5 от 2013 г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО. Самата процедура по приемане на обемите и цените на медицинската

⁵ (1) ЛЗ с възможности за комплексно болнично лечение, в т.ч. в условията на спешност, т.е. разполагащи с отделение/клиника по спешна медицина – I, II или III ниво на компетентност, разкрити лечебни структури/дейности по акушерство и гинекология, детски болести, вътрешни болести, кардиология, неврология, хирургия, ортопедия и травматология, анестезиология и интензивно лечение, диализно лечение с възможности за спешна диализа, наличие на медико-диагностични структури, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график, структури по клинична патология и съдебна медицина; (2) ЛЗ, осъществяващи дейности с национално значение, които отговарят на минимум едно от следните условия- наличие на статут на университетска болница, определен по реда на чл. 92, ал. 2 от ЗЛЗ; разкрити структури, осъществяващи поне една от следните приоритетни дейности: транслантация и/или посттранспланционно наблюдение на болни; кардиохирургия, неврохирургия; токсикология, онкология, хематология, инфекциозни болести, осъществяване на специализирана експертиза; (3) ЛЗ, осъществяващи дейности по физикална терапия и рехабилитация, осигуряващи възможност за осигуряване на отдых, профлактика и рехабилитация във всички региони на страната, в структури с различни климатични особености, рекреативни фактори, специализирани в рехабилитацията и физикалната терапия на неврологични, белодробни, сърдечно-съдови, детски болести, заболявания на опорно-двигателния апарат и други.

помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО е уредена в чл. 55г и чл. 55д от ЗЗО. Съгласно чл. 55г от ЗЗО прогнозните обеми и цени на медицинската помощ се разработват от НЗОК, като се взема предвид становището на националните консултанти, определени по реда на ЗЗ. Изпълнителите на медицинска помощ са длъжни при поискване да предоставят на НЗОК/РЗОК информация по определени от НЗОК медицински и финансови параметри. Прогнозните обеми и цени се изготвят в съответствие с утвърдените медицински стандарти и Правилата за добра медицинска практика. Прогнозните обеми и цени се одобряват от Надзорния съвет на НЗОК по предложение на управителя на НЗОК в съответствие със становището на министъра на финансите (МФ) и МЗ.

МЗ добавя, че съгласно чл. 55д от ЗЗО обемите и цените на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО се договарят ежегодно в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година след внасяне на проекта на закон за бюджета на НЗОК за следващата календарна година за разглеждане от Народното събрание. Обемите и цените на медицинските дейности се договарят от 10 представители на НЗОК и 10 представители на Българския лекарски съюз (БЛС) в срок не по-малко от 14 дни от обнародването на закона за бюджета на НЗОК за следващата календарна година. Обемите и цените, приети по горепосочения ред, се обнародват в „Държавен вестник“ и са задължителни за НЗОК, РЗОК и за изпълнителите на медицинска помощ. Когато обемите и цените на медицинската помощ не бъдат приети при условията и в сроковете, определени съгласно горепосоченото, управителят на НЗОК внася одобрените по реда на чл. 55г от ЗЗО обеми и цени чрез МЗ за приемане от МС заедно със становищата на МФ и на МЗ не по-късно от последния работен ден на текущата година. МЗ уточнява, че в края на 2012 г. не беше постигнато съгласие по описаната процедура, поради което е прието ПМС № 5 от 2013 г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО.

В заключение, МЗ обобщава, че здравеопазването като основно право, включващо осигуряването на достъпна медицинска помощ и безплатно медицинско обслужване от държавата, и адекватното им финансиране, е установено в Конституцията на Република България (чл. 52), Закона за здравето (чл. 2, чл. 81, чл. 86), Закона за здравното осигуряване (чл. 4, чл. 5, чл. 35) и други. Изпълнението на ангажимента на държавата в контекста на описаното по-горе се осъществява чрез комплекс от различни мерки, в т.ч. изграждането на мрежа от ЛЗ, гарантиращи достъп до здравни услуги (вкл. болнична помощ), за които би могло да се твърди обосновано, че биха били гарантирани в необходимия обем и качество от частни инвеститори, поради липсата на рентабилност от вложението като цяло. Наличието на система от държавни ЛЗ е от ключово значение за гарантиране на достъпна и качествена помощ за населението на страната. Приемането на евентуално заключение, че ЗЛЗ предоставя монополно положение на държавата при предоставянето на стопанска дейност на пазара на медицински услуги в хуманната медицина предполага задълбочен анализ на въпроса, доколкото въобще е налице стопанска дейност и пазар. Следва да се има предвид, че във връзка с

квалифицирането на ЛЗ като „предприятия“ съществуват редица решения на Съда на Европейския съюз (напр. T-319/99 FENIN, ред 39; C-159/91 *Poucet et Pistre*, ред 8 и сл.; C-67/96 ALBANY, ред 79), които са възприети от Европейската комисия в т. 22 от Съобщението по прилагането на Правилата за държавна помощ на Европейския съюз към компенсацията, предоставена за предоставянето на услуги от общ икономически интерес. В резултат някои държави членки на ЕС, като Испания и Великобритания, се приели, че при осъществяване на дейността от болничните им ЛЗ не е налице стопанска дейност, респективно пазар, и те не представляват „предприятия“. Предвид някои съществени сходства в принципите на функциониране на здравните системи, би могло да се приеме за основателно посочените разпоредби да се прилагат и към мрежата от държавни ЛЗ в България, в т.ч. и тези по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ. Последните имат специфичен статут с оглед специалния ангажимент и отговорност на държавата при предоставянето на определени здравни услуги, за предоставянето на които не следва и не може да се разчита на частни изпълнители на услуги, за които водещ е „принципът на частния инвеститор“ (рентабилност на вложението).

Поради гореизложените съображения, МЗ счита, че разпоредбите на националното законодателство в областта на здравеопазването не създават условия за нарушаване на конкуренцията. Допълва, че разпоредбите, посочени в Решение на КЗК № 698/12.06.2013 г., имат за цел осигуряване на равнопоставен достъп до качествени здравни услуги за всички пациенти. Следва да се отбележи още, че при откриване на частни ЛЗ водещ е интересът на инвеститора от осигуряване на доходност от инвестициите, което води до откриване на структури във високоплатени сегменти (напр. инвазивна кардиология), а осигуряването на здравна помощ в нерентабилни, но необходими области, остава задача на държавата. Без наличието на специфични разпоредби някои дейности въобще не биха били предлагани на т. нар. „пазар на здравни услуги“. В този смисъл разпоредбите имат за цел именно гарантиране интересите на пациентите, а не засягането им в негативен аспект.

СТАНОВИЩЕ

НА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) посочва, че съгласно Указания на Министерството на финансите, дирекция „Държавни разходи“, ДР № 1/16.01.2013 г. относно изпълнението на държавния бюджет за 2013 г., средствата, заплащани от НЗОК по договори за извършване на болнична и извънболнична помощ, сключени между разпоредители с бюджетни кредити и НЗОК, се отчитат като трансфери по чл. 1, ал. 2, ред 2 от ЗБНЗОК за 2013 г.

НЗОК отбелязва, че ЛЗ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ са изпълнители на:

✓ Клинични процедури по Приложение № 5 от Наредба № 40 от 2004 г.;

- ✓ Високо специализирана медико-диагностична дейност (ВСМД) от Приложение № 4 от Наредба № 40 от 2004 г.;
- ✓ Клинични процедури по Приложение № 10 от Наредба № 40 от 2004 г.;
- ✓ Процедури по Приложение № 12 от Наредба № 40 от 2004 г.;
- ✓ Процедури по Приложение № 13 от Наредба № 40 от 2004 г.;
- ✓ Процедури по Приложение № 14 от Наредба № 40 от 2004 г.;
- ✓ Процедури по Приложение № 15 от Наредба № 40 от 2004 г.;

Допълва се, че в ПМС № 353 от 27.12.2012 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, са посочени условията, при които на НЗОК заплаща за извършена и отчетена дейност от ЛЗ.

НЗОК изтъква, че съгласно НРД за 2012 г. и Решение № РД-НС-04-8 от 31.01.2013 г. на Надзорния съвет на НЗОК изпълнители на болнична медицинска помощ могат да бъдат:

- ✓ ЛЗ за болнична помощ по чл. 9, ал. 1 от ЗЛЗ;
- ✓ ЛЗ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, които са към МС, МО, МВР, МП и МТИТС;
- ✓ ЛЗ за специализирана извънболнична медицинска помощ – медицински център, медико-дентален център, диагностично-консултативен център с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;
- ✓ Комплексни онкологични центрове по чл. 10, т. 3б от ЗЛЗ с разкрити легла.

НЗОК отбелязва, че към момента има определена цена за всяка клинична процедура (КП), която е еднаква за всички ЛЗ за болнична помощ, независимо от вида на собствеността им. При разработването на прогнозните обеми и цени на КП, НЗОК взема становището на националните консултанти, като се спазват разпоредбите на чл. 55г и 55д от ЗЗО. Предложените цени на КП се обсъждат с представители на БЛС, националните консултанти, представители на научните дружества и експерти от НЗОК и са в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Съгласно чл. 55д, ал. 2 от ЗЗО, обемите и цените на медицинските дейности се договарят от 10 представители на НЗОК и 10 представители на БЛС и се приемат с мнозинство от не по-малко от 7 представители на НЗОК и 7 представители на БЛС. Договорените по този начин обеми и цени се обнародват в „Държавен вестник“ като „Договор за приемане на обеми и цени на медицинската помощ за 2012 г. между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз“ и са задължителни за НЗОК, РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ.

Добавя се, че в случай, че по време на преговорите с БЛС не се постигне споразумение и подписване на договор за приемане на обеми и цени,

съгласно чл. 55г, ал. 5 от ЗЗО, прогнозните обеми и цени се одобряват от Надзорния съвет на НЗОК, в съответствие със становището на МФ и МЗ. Съгласно чл. 55д, ал. 9 управителят на НЗОК внася одобрените по реда на чл. 55г, ал. 5 обеми и цени чрез МЗ за приемане от МС, заедно със становището на МФ и на МЗ не по-късно от последния работен ден на текущата година. На основание чл. 55д, ал. 9 от ЗЗО, МС издава Постановление за приемане на обемите и цените на медицинската помощ, като за 2013 г. се прилага ПМС № 5 на МС от 10.01.2013 г. (Обн. ДВ, бр. 5 от 18.01.2013 г.).

СТАНОВИЩЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

В своето становище Български лекарски съюз (БЛС) посочва, че здравеопазването е *държавен ангажимент*, видно от чл. 52 от Конституцията на Република България. Този ангажимент е доразвит и в основния ресорен закон – Закона за здравето (ЗЗ). В чл. 2 от ЗЗ недвусмислено е посочено, че опазването на гражданите е *национален приоритет*. В чл. 3 и чл. 5 от ЗЗ са отбелязани първичните насоки и звена за управление на процесите в системата. Самата система е национален приоритет и е в неразривна връзка с *държавната сигурност*. БЛС изтъква, че поради изложените причини не може да се разглежда нито системата на здравеопазването, нито отделните ѝ елементи през общата призма на правилата на конкуренцията. Следва да бъде отбелязано, че пазарните принципи са присъщи на здравеопазването, но общественият интерес изисква в някои случаи да бъдат *дерогирани* с намеса на държавната власт. В тази връзка БЛС обръща внимание на Решение на Комисията от 20.12.2011 г. относно прилагането на чл.106, параграф 2 от ДФЕС за държавната помощ под формата на компенсация за обществена услуга, предоставена на определени предприятия, натоварени с извършването на услуги от общ икономически интерес (нотифицирано по номер С/2011/9380). В цитираното решение са изложени доразвити хипотезите, при които предприятията, натоварени с функциите да извършват услуги от общ икономически интерес, се подчиняват на разпоредбите, съдържащи се в Договорите, и в частност на правилата на конкуренцията, доколкото прилагането на тези правила не пречатства юридически или фактически изпълнението на специфичните задачи, които са им възложени.

БЛС посочва, че в съответствие с изложените изводи е допустимо въвеждането на диференцирани условия за определени ЛЗ, осъществяващи възложената на държавата функция по опазване на общественото здраве и гарантиращи основния минимум здравни дейности. Приемливо и законосъобразно е съществуването на специални ЛЗ, осъществяващи и гарантиращи изпълнението на задълженията на държавата, вменени с цитираните по-горе разпоредби от Конституцията и ЗЗ. В европейски и световен мащаб основните здравни дейности са обезпечени от съществуването на публични лечебни структури или техни подразделения,

които се ползват със специфичен режим при упражняване на дейността, включително от дотация. Напълно допустими са и диференцираните изисквания към тях, тъй като те подлежат на особен надзор, като разходващи публични средства. Относно включването им в здравната карта, то това е напълно логично, защото се гарантира по места и по брой онзи основен минимум публични или особено публични лечебни заведения, натоварени с изрична държавна функция по опазване на общественото здраве.

БЛС отбелязва, че здравната карта се изработва по критериите за осигуряване на здравна помощ на определен брой население. Анализират се общите и специфичните нужди в рамките на определена териториална единица, времето за получаване на спешна, първична и специализирана помощ, необходимостта от високоспециализирани ЛЗ и други. С помощта на здравната карта се разпределят по места необходимият минимален брой изпълнители на медицинска помощ – в доболничната помощ, и легла – в болничната помощ. Въз основа на здравната карта се поставят изисквания за необходимия брой и вид специалисти, с оглед нуждите на населението и ефективността на самата система.

БЛС уточнява, че към настоящия момент здравната карта е *препоръчителна*. Минималният брой изпълнители и легла е изключително важен параметър, тъй като без него не би било осъществимо оказването на медицинска помощ на населението, в съответствие със съответния брой граждани в населеното място и специфичните им изисквания. Определянето на максимален брой легла и изпълнители БЛС възприема като нежелателно и неприемливо, с оглед свободната конкуренция.

Посочва се, че договорите с изпълнителите на медицинска помощ се сключват по правилата на раздел VIII на глава I от ЗЗО. Това са изпълнителите, които отговарят на условията по чл. 55, ал. 2, т. 1 от ЗЗО и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в от ЗЗО. В съответния НРД се детайлизират и специфичните изискуеми документи (удостоверяващи регистрация, звена, структури, ниво на компетентност и т.н.). НЗОК (по-точно съответната РЗОК) сключва договор с всички изпълнители, отговарящи на горните условия, като здравната карта не обвързва институцията - платец.

БЛС посочва, че в цената на КП би следвало да влизат всички разходи, тъй като НЗОК плаща за дейност, т.е. за извършена цялостна услуга. На практика, обаче, почти всички КП са недофинансирани, поради несъответствие на пакета дейности с бюджета на НЗОК. Допълва се, че при неподписване на НРД, НЗОК едностранно налага цени, които са монополно ниски и под себестойност. На практика в България, НЗОК е определила още в началото на реформата стойността на КП.

БЛС ежегодно, в рамките на договорния процес, настоява за увеличение на стойностите на различните пътеки, като излага точни и аргументирани доводи, подкрепени със становища на специалисти в съответната област. Корекция в цените, обаче, се постига изключително

трудно, като НЗОК няма как да бъде принудена да се съобрази с исканията на БЛС, аргумент от основополагащото договорно начало в системата на здравеопазването. БЛС допълва, че първоначалните цени на КП, определени от НЗОК, не са разработени от актюери и в повечето случаи не съответстват на дължимото възнаграждение за предоставената медицинска помощ.

БЛС обобщава, че по никакъв начин не може да бъде възприето, че визираните разпоредби нарушават конкурентната среда. Разпределението на бюджети (лимити) на болниците по чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК за 2013 г., представляващо квотно разпределение, противоречи на основното начало по чл. 55, ал. 3, т. 5 от ЗЗО.

СТАНОВИЩЕ НА БЪЛГАРСКИ ЗЪБОЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

В становището на Български зъболекарски съюз (БЗС) се посочва, че лечебните заведения, създадени от лекари по дентална медицина, са изключени от Националната здравна карта (чл. 34, ал. 4 от ЗЛЗ) и в този смисъл в действащата нормативна уредба не съществуват ограничения кои лечебни заведения, създадени от лекари по дентална медицина, могат да сключват договори с НЗОК. От БЗС изказват становище, че това в най-голяма степен осигурява както свободната конкуренция между лекарите по дентална медицина, така и защитата на правата на пациентите. От съюза подчертават твърдото си мнение против планиране и разпределение на териториален принцип на изпълнителите на дентална помощ чрез Националната здравна карта.

Ролята и приносът на БЗС като съсловна организация в осигуряване на ефективното функциониране на системата на здравеопазването в страната се изразяват в приемане и подписване на Националния рамков договор за денталните дейности. Допълва се, че, в случай че се спазва договорното начало, заложено като основен принцип при сключването на Националния рамков договор, са налице достатъчно гаранции за защита на конкуренцията между изпълнителите на дентална помощ.

СТАНОВИЩЕ НА УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА „ЛОЗЕНЕЦ“

В становището на Университетска болница „Лозенец“ (болница „Лозенец“) се заявява, че държавата има ключова роля в здравеопазването, която се изразява в нейните контролни функции и като основен източник на финансиране, което е регламентирано в чл. 52 от Конституцията.

По отношение на дейността на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС, болница „Лозенец“ счита, че е обосновано посочените лечебни заведения да бъдат създавани от държавата под специфична правно-организационна форма (юридически лица на

бюджетна издръжка, второстепенни разпоредители с бюджетни средства в структурата на органи на изпълнителната власт) с оглед на специфичните функции, възложени от държавата на тези лечебни заведения и възможността държавата да упражнява засилен контрол върху тях. По-специално, по отношение на дейността на болница „Лозенец“, специфичните функции на лечебното заведение включват задължение за медицинско обслужване на държавни и обществени институции, като болницата е включена и като стратегически обект от значение за националната сигурност в сектор „Здравеопазване“⁶.

Допълва се също така, че правно-организационната форма на горепосочените лечебни заведения е по-трудно реализируема от реда за регистрация на другите лечебни заведения (по Търговския закон и по Закона за кооперациите), тъй като за създаването им е нужен нарочен акт на държавата (чл. 35, ал. 1 от ЗЛЗ), а именно – решение на МС по предложение на МЗ след съгласуване със съответния министър, когато лечебното заведение е към ведомствата, посочени в чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ. Устройството, дейността и структурата на тези лечебни заведения се уреждат с правилник, издаден по горепосочения ред.

Източниците на финансиране на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и конкретно за болница „Лозенец“ са посочени в чл. 14 от Правилника за устройството и дейността на Болница „Лозенец“ и включват: републикански бюджет, НЗОК, доброволни здравноосигурителни фондове, дарения. Държавата може да предоставя и целеви субсидии, одобрени със Закона за държавния бюджет за придобиване на дълготрайни материални активи, основен ремонт, изграждане на информационни системи, свързани с дейността на болницата. С трансферите по сключените договори с НЗОК се заплащат разходи за заплати на персонала и издръжка на лечебното заведение. Със субсидията от държавния бюджет и собствените приходи се заплащат разходи за възнаграждения на персонала, издръжка на лечебното заведение, основни ремонти, придобиване на дълготрайни материални и нематериални активи.

По отношение на обхвата и съдържанието на Националната здравна карта, болница „Лозенец“ изразява мнение, че определянето с картата на максимален брой легла за активно лечение и за долекуване и продължително лечение *противоречи на принципите на конкуренцията*. Уточнява, че териториалното разпределение в Националната здравна карта следва да се запази по отношение на минималния брой легла, медицински персонал и медицинска техника с цел гарантиране здравното обслужване на населението в зависимост от необходимостта от лечение, заболяемостта в даден район, гъстотата, броя и средната възраст на населението. Подчертава се обаче, че не следва да се поставя горна граница за брой легла.

От друга страна, болница „Лозенец“ подчертава, че определянето на списък с лечебни заведения, с които НЗОК задължително сключва договор по

⁶ Вж. ПМС № 181 от 20 юли 2009 г. за определяне на стратегическите обекти и дейности, които са от значение за националната сигурност.

смисъла на ЗЗО, цели осигуряване на достъпна медицинска помощ. Освен включването в посочения списък, при сключването на договор с НЗОК се спазват разпоредбите и на Националния рамков договор за съответната година със съответните изисквания на НЗОК за сключване на договор по съответната клинична пътека, разписани в нейния алгоритъм. Ако лечебното заведение има структурни звена с нива на компетентност, брой медицински специалисти с необходимата специалност и обезпеченост с медицинска апаратура, които се изискват за сключване на договор по конкретна клинична пътека, то не са налице пречки за сключване на договор. Допълва се, че в този смисъл предварителното определяне чрез Националната здравна карта с колко и какви лечебни заведения да бъде сключен договор от НЗОК е *неприложимо*, още повече, че дори дадено лечебно заведение да е включено в списъка на Националната здравна карта, ако то не отговаря на изискванията на алгоритъма на НРД по съответната клинична пътека, то не може да сключи договор с касата.

Според представеното от болница „Лозенец“ становище, значителен проблем в дейността на лечебното заведение представлява снабдяването с необходимите лекарствени продукти, използвани при лечението на пациенти както от специфичния контингент на болницата, така и здравноосигурени граждани по клинични пътеки по договор с НЗОК и от граждани срещу заплащане. Посочва се, че както лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, така и тези, създадени по общия ред и сключили договор с НЗОК, следва да провеждат процедури по Закона за обществените поръчки (ЗОП) за снабдяване с лекарствени продукти. Лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ са задължени да сключват договори с доставчици на лекарствени продукти само ако цените на тези продукти не надвишават посочените в Приложение №2 от Позитивния лекарствен списък. Практиката на болница „Лозенец“ сочи, че това ограничение в цената на лекарствените продукти води до невъзможност за болницата да се снабди с определени лекарства, поради това, че при обявени процедури по ЗОП се оферират цени на медикаменти над определените в Приложение №2 на ПЛС. От болницата са на мнение, че по този начин се засяга неблагоприятно възможността на лечебното заведение да предлага качествена медицинска помощ и би могло да доведе до отлив на пациенти.

В същото време в становището се посочва, че стойността на използваните при лечението на пациентите лекарствени продукти е включено в стойността на клиничните пътеки, която се реимбурсира от НЗОК, в случаите, когато става дума за лечение на здравноосигурени пациенти. Редът за реимбурсиране на разходите за лечение на пациенти по клинични пътеки по договор с НЗОК е един и същи за всички лечебни заведения, работещи с касата. Изказва се мнение, че ролята на съсловните организации – БЛС и БЗС, при договаряне на стойността на клиничните пътеки е *незначителна* или изобщо липсва.

Пациенти, чието лечение не се финансира от НЗОК, заплащат сами проведеното лечение по ценоразпис на болницата, като разходите за

лекарствени продукти са включени в цената на лечението. Самите лекарствени продукти също са закупени след провеждане на процедура по ЗОП.

По отношение на сроковете за разплащане на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, регламентирани в чл. 3, ал. 5 от ЗЛЗ на 60 дни от датата на получаване на фактурата или друга покана за плащане, от болница „Лозенец“ са на мнение, че тази разпоредба само привидно поставя посочените лечебни заведения в по-благоприятно положение спрямо частните болници. Посочва се, че разпоредбата на чл. 3, ал. 5 от ЗЛЗ е съобразена със специфичната техника за корекции на бюджета, които се осъществяват със забавяне от 30 дни след превеждане на дължимите суми по клинични пътеки от НЗОК.

В становището на болница „Лозенец“ се посочва също така, че разпоредбата на чл. 95, ал. 2 от ЗЛЗ поставя държавните лечебни заведения в по-неизгодно положение в сравнение с частните лечебни структури. Посочва се, че при наличие на желаещи пациенти, достатъчен леглови фонд и медицински персонал, въведеният таван от не повече от 10% от разкритите легла за лечение на пациенти срещу директно заплащане е *ограничаващо* спрямо държавните и общински болници.

На следващо място, в становището на болница „Лозенец“ се подчертава, че нормативната уредба, регламентираща дейността на лечебните заведения за извънболнична помощ, съдържа разпоредби, ограничаващи възможността на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТСП да сключват договори с НЗОК за извършване на дейност като диагностично-консултативен център (ДКЦ). Въпреки предвидената в НРД от 2012 г. възможност болница „Лозенец“ да бъде изпълнител по договор с НЗОК за извънболнична медицинска помощ, чл. 8, ал. 1 от ЗЛЗ, който изисква медицинските центрове и ДКЦ да бъдат самостоятелни юридически лица, пречатства възможността на болница „Лозенец“ да извършва дейност като ДКЦ, предвид специалния ред за създаване на ведомствените ЛЗ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ,

СТАНОВИЩЕ НА ВОЕННОМЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЯ

В своето становище Военномедицинска академия (ВМА) посочва, че счита за обоснована разпоредбата на чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ.

ВМА е публичноправна организация с юридическа правосубектност, второстепенен разпоредител с бюджетни средства към МО. Лечебното заведение е ведомствен комплекс от лечебни заведения с национално значение за оказване на извънболнична и болнична медицинска помощ, научна, учебна и експертна дейност по отношение на определен с нормативни документи задължителен контингент пациенти, както и на други граждани, съгласно договори с НЗОК, организации и фондове. Специфичните функции и дейности на ВМА са регламентирани в ПМС № 45

от 21.02.2001 г. за определяне на ВМА като лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и включват:

- ✓ първична и специализирана извънболнична медицинска помощ, профилактика и рехабилитация на личния състав от МО, структурите на пряко подчинение на МО, Българската армия (БА), Националната разузнавателна служба (НРС), Националната служба за охрана (НСО) и на служителите на Държавната агенция "Национална сигурност" (ДАНС);

- ✓ болнична медицинска помощ, долекуване, продължително лечение и рехабилитация на личния състав от МО, структурите на пряко подчинение на МО, БА, НРС, НСО и на служителите на ДАНС;

- ✓ разработване на нови методи и средства за защита на БА и населението от ядрени, химически и биологически фактори на поражение;

- ✓ подготовка на медицински и немедицински кадри за предотвратяване и ликвидиране на последици от бедствия;

- ✓ експертиза на годност за военна служба и за годност за военновременна служба;

- ✓ научноизследователска и практичноприложна дейност в областта на психичното здраве, както и психологически подбор на военнослужещи и цивилни служители;

- ✓ хигиенен и противоепидемичен контрол в обекти на МО, структурите на пряко подчинение на МО, БА, НРС, НСО и ДАНС;

- ✓ създаване, съхраняване, поддържане, опазване и обновяване на материални медицински средства и лекарствени продукти за ведомствен военновременен запас съгласувано с началника на отбраната;

- ✓ обучение за придобиване на образователна и научна степен "доктор" по научни специалности, които са акредитирани по Закона за висшето образование и в съответствие със Закона за развитието на академичния състав в Република България;

- ✓ атестиране на научнопреподавателските и научноизследователските си кадри в области, касаещи отбраната и въоръжените сили, съгласно инструкция на МО;

- ✓ военномедицинско и медицинско обучение на санитарни инструктори и на личния състав на БА и медицинско осигуряване на бойната и физическата подготовка на военнослужещите от МО и структурите на пряко подчинение на МО, БА, НРС, НСО и ДАНС;

- ✓ участие в операции и мисии извън територията на страната с военномедицински контингенти;

- ✓ поддържане в готовност за незабавно действие военномедицински отряд за бързо реагиране за оказване на медицинска помощ и лечение при бедствия, извънредно и военно положение и положение на война;

- ✓ поддържане на бойна и мобилизационна готовност за медицинско осигуряване на личния състав от Министерството на отбраната, структурите на пряко подчинение на МО, БА, НРС, НСО и ДАНС в мирно време, при бедствия, извънредно и военно положение и положение на война.

✓ Изработване на концепции, стратегии и план-програми в областта на медицинското осигуряване за постигане на оперативна съвместимост с армиите на другите страни - членки на НАТО, съгласувано с началника на отбраната.

✓ профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация на лица, определени със Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България (ЗОВСРБ), по ред, определен от МО.

Извън посочените специализирани дейности, ВМА извършва медицински дейности за превенция и ранно откриване на заболявания, извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение, медицинска рехабилитация, неотложна медицинска помощ, трансфузионна хематология, хемодиализа, медицинска експертиза на трудоспособността, клинични проучвания на лекарства и медицинска апаратура, учебна и научна дейност. Според становището на ВМА, 85 % от капацитета на лечебните заведения, включени в състава на академията, се използва за осъществяване на така изброените медицински дейности по отношение на *здравноосигурени лица, които не са част от контингента на ВМА*, като това, според ВМА, е в интерес на националното здравеопазване и спешната медицинска помощ.

С оглед гореизложеното, ВМА изразява становище, че по отношение на специфичните функции на лечебното заведение държавата е изпълнила задължението си да осигури въоръжените сили при мирновременни и военновременни условия, участие в мисии, ликвидиране последиците от природни бедствия, промишлени аварии, катастрофи и опасни замърсявания, като именно разпоредбата на чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ гарантира изпълнението на посочените ангажменти на държавата. Допълва се, че регистрацията по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ не дава никакво предимство на ВМА спрямо останалите участници на болничния пазар по отношение на основните дейности, които се осъществяват в *напълно конкурентна среда* с оглед на законодателство, медицински стандарти, отчитане и заплащане на извършените услуги и др. Нещо повече, от ВМА твърдят, че именно нейният статут я поставя в по-неблагоприятно положение спрямо други лечебни заведения, тъй като няма достъп до средства от фондовете на ЕС, не може да възстановява ДДС, да реализира собствени приходи и др.

ВМА е на мнение, че Националната здравна карта трябва задължително да включва лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, тъй като тези лечебни заведения се създават от държавата и разходват публични средства за изпълнение на националната здравна политика не само по отношение на специфичните контингенти на тези лечебни заведения, които също са част от българската нация, но и по отношение на всички здравноосигурени български граждани, в т.ч. и за спешна помощ.

ВМА уточнява, че възможните източници за финансиране на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ са посочени в чл. 96 от ЗЛЗ. В Правилника за устройството и дейността на ВМА, в чл. 48-49 от него, са определени източниците на финансиране и разходите, към които са насочени. Бюджетът на ВМА се формира от субсидия от републиканския бюджет,

ежегодно определяна със Закона за държавния бюджет, целеви субсидии, собствени приходи (договори с НЗОК, с НОИ, с доброволни здравноосигурителни фондове), медицинска помощ на български и/или други граждани срещу заплащане, отдаване под наем на оборудване, помещения и площи, дарения, завещания, помощи и други източници.

Бюджетната субсидия се разходва за специфичните функции на ВМА по чл. 1, ал. 3 от ПМС № 45 от 21.02.2001 г. Целевите субсидии се предоставят за придобиване на дълготрайни материални активи, основни ремонти, изграждане на информационни системи, вкл. телемедицина, участие на медицински контингенти в операции и мисии извън територията на страната. Диагностиката и лечението на пациенти извън специфичния контингент на ВМА се финансира от договорите с НЗОК, НОИ, доброволни здравноосигурителни фондове, директно заплащане от пациентите и други източници.

ВМА посочва, че центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) са лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, които се създават от държавата и се финансират от републиканския бюджет за специфичните си функции, които са регламентирани в чл. 24 от ЗЛЗ и чл. 9 на Наредба № 25 от 1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ и чл. 6 от Правилник за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ. Съгласно чл. 82 от Закона за здравето, спешната помощ се предоставя на българските граждани извън обхвата на задължителното здравно осигуряване и се финансира от държавния бюджет и от общинските бюджети.

Центровете за трансфузионна хематология (ЦТХ) също са лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, които осъществяват дейности съгласно чл. 25 от същия закон и чл. 12, ал. 1 от Правилник за устройството и дейността на ЦТХ. Източниците на финансиране на тези центрове са регламентирани в чл. 17 на правилника и включват републиканския бюджет, приходи от дейности, свързани с производството на кръвни съставки и биопрепарати, дарения и други източници.

По отношение на финансирането на дейността на лечебните заведения, сключили договори с НЗОК, от ВМА посочват, че заплащането за извършени дейности по клинични пътеки е едно и също за всички болнични лечебни заведения, които работят по договор с касата. По мнение на ВМА, това заплащане не е обвързано с реалните разходи на лечебните заведения, което е предпоставка за нарушаване на конкуренцията между тях. Като примери за подобно недофинансиране на дейности, извършвани от лечебни заведения, от ВМА посочват, че академията, като национално лечебно заведение за болнична помощ, приема безотказно пациенти от цялата страна, вкл. такива с тежки хронични заболявания и животозастрашаващи състояния, при които лечебната цел не е могла да бъде постигната в други лечебни заведения поради липса на достатъчно квалифициран персонал, апаратура и оборудване, настъпили усложнения и други. Разходите за лечение на такива пациенти многократно надхвърлят стойността на клиничните пътеки, заплащани от НЗОК, като разликата остава за сметка на ВМА. Сходна е

ситуацията и при лечение в лечебното заведение на лица в неравностойно социално положение – бездомници, бежанци, чужденци от страни извън Европейския съюз, които не могат да заплатят лечението си по реда на Наредба № 2 от 01.07.2005 г. за условията и реда за оказване на медицинска помощ на чужденците, които не се ползват с правата на българските граждани.

Според ВМА, чл. 95 от ЗЛЗ ограничава достъпа на пациенти срещу директно заплащане за лечение в държавни и общински лечебни заведения, включително тези по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, до 10% от легловия фонд, като по този начин държавата изпълнява своите социални функции, гарантирайки равния достъп на пациентите, независимо от тяхното финансово състояние.

По отношение закупуването и реимбурсирането на лекарствени продукти от лечебните заведения за болнична помощ, ВМА заявява, че лекарствените продукти, използвани при лечението на болни по клинични пътеки на НЗОК, се реимбурсират от касата по един и същи ред за всички договорни партньори, които са регламентирани с ПМС № 353 от 27.12.2012 г. за приемане на методики за остойносттаване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО. Независимо дали лечението на един пациент е по клинична пътека или не, лекарствените продукти, които се прилагат, се доставят след проведена процедура по ЗОП. Когато пациентът е приет за лечение извън клиничните пътеки, по които ВМА има договор с НЗОК, разходите за лекарства и медицински изделия са за сметка на бюджета на лечебното заведение и не се реимбурсират от касата.

При провеждането на процедура за възлагане на обществена поръчка за доставка на лекарствени продукти, лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ трябва да поставят условие към участниците в процедурата, офериранияте цени да не надвишават цените, посочени в Приложение № 2 от Позитивния лекарствен списък (ПЛС). Съгласно §. 1, т. 21 от ДР на ЗОП и чл. 7, т. 3 от ЗОП, лечебните заведения, които са търговски дружества и на които повече от 30 % от приходите от предходната година са за сметка на държавния бюджет и/или общинския бюджет, и/или бюджета на НЗОК, са публичноправни организации и като такива следва да организират процедури по ЗОП за доставка на лекарства, като офериранияте цени не следва да надвишават цените на търговец на едро, посочени в Приложение № 4 от ПЛС. Съгласно чл. 6, ал. 2 от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти⁷ съдържанието на ПЛС е разделено в четири приложения, като последното обединява първите три. Цените на лекарствените продукти в Приложение № 2 на ПЛС, които се отнасят за лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и за лечебните заведения с държавно и/или общинско участие, съвпадат с цените за търговец на едро в Приложение № 4, които се отнасят за всички останали лечебни заведения. В този смисъл ВМА е на мнение, че няма пречка Приложения № 2 и № 4 на ПЛС да се обединят и да се прилагат за всички

⁷ Обн. ДВ, бр. 40 от 30 април 2013 г., в сила от 30.04.2013 г.

лечебни заведения, разходващи публични средства съгласно сключени договори с НЗОК, независимо от формата им на собственост.

ВМА изказва становище, че разпоредбите на чл. 24, чл. 36 и чл. 106а от ЗЛЗ нарушават конкуренцията между лечебните заведения по чл. 5, ал.1 от ЗЛЗ и останалите лечебни заведения в полза на последните при финансиране на определени дейности, по-специално при: осигуряване на специализиран транспорт на пациенти, нуждаещи се от спешна медицинска помощ и за спешно болни с показания за транспорт от реанимационен екип от и между лечебни заведения, планова извънболнична медицинска помощ, спешна медицинска помощ, стационарно лечение на пациенти с психични заболявания и др. Във връзка с посоченото, ВМА е на мнение, че следва да бъдат направени изменения и допълнения в посочените разпоредби в следния смисъл:

✓ Допълнение на чл. 24 от ЗЛЗ, даващо възможност център за спешна медицинска помощ да бъде разкриван и като част от структурата на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 към МС, МО, МВР, МП и МТИТС. Мотивите за това предложение е съществуващият проблем с извършването при поискване на специализиран транспорт от ВМА от други лечебни заведения, от дома или от местопроизшествие до болнично заведение, за която дейност ВМА не получава целево финансиране от републиканския бюджет. Поради тази причина разходите за транспортирането на пациентите са за сметка на пациентите по ценоразпис на ВМА или за сметка на бюджета на академията за специфичните ѝ функции. Регламентирането в нормативната уредба на възможност ЦСМП да бъдат разкривани и в структурата на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС би дало възможност реално извършваната от тях дейност да бъде финансирана по общите правила от републиканския бюджет.

✓ Допълнение на чл. 36 от ЗЛЗ, даващо възможност за създаване на медицински центрове (МЦ) и диагностично-консултативни центрове (ДКЦ) в структурата на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС. Съгласно действащия текст на разпоредбата на чл. 36 от ЗЛЗ, МЦ и ДКЦ следва да бъдат създавани единствено като търговски дружества или кооперации, респективно по Търговския закон или Закона за кооперациите. Това ограничава достъпа на пациенти до специалисти от ВМА за получаване на извънболнична медицинска помощ като здравноосигурени лица за сметка на НЗОК, като понастоящем тази група пациенти, които са извън специфичния контингент на ВМА, следва да заплащат медицинските услуги по ценоразпис на академията.

✓ Допълнение на чл. 106а от ЗЛЗ, което да даде възможност лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС да извършват дейностите по чл. 106а, ал. 1 и 2 в случаите, когато тези дейности се извършват извън специфичните функции на съответното лечебно заведение. Мотивите за предложението са, че посочената разпоредба на ЗЛЗ посочва кръга от лечебни заведения, които могат да бъдат субсидирани от МЗ въз основа на едногодишни договори за медицински дейности, за които в

закон или друг акт е предвидено да се финансират от държавния бюджет. Пример за подобни дейности са: медицинската помощ при спешни състояния, стационарната психиатрична помощ и др. Спешната медицинска помощ и психиатричната помощ, например, се предоставят на българските граждани извън обхвата на задължителното здравно осигуряване и се финансират от държавния бюджет и от общинските бюджети (чл. 82 от Закона за здравето). Условието, на които следва да отговарят лечебните заведения, които се субсидират от републиканския бюджет чрез бюджета на МЗ, се определят в ежегодно издавана от МЗ методика⁸. В становището на ВМА се твърди, че лечебното заведение няколкократно е инициирало стъпки за сключване на договор с МЗ за субсидиране на извършвани от лечебното заведение дейности, но е получавала отказ от МЗ с мотива, че лечебното заведение не отговаря на условията на чл. 106а от ЗЛЗ. По този начин оказаната от ВМА спешна помощ на пациенти, които не се хоспитализират в стационара на лечебното заведение по клинични пътеки, заплащани от НЗОК, остават за сметка на бюджета на академията за специфичните ѝ функции. По отношение на психиатричната помощ, поради това, че ВМА няма договор с НЗОК за извънболнична помощ, а НЗОК няма клинични пътеки за психични заболявания, пациентите с такива заболявания извън контингента на ВМА заплащат прегледите и стационарното лечение по ценоразпис на академията.

СТАНОВИЩЕ

НА МЕДИЦИНСКИ ИНСТИТУТ КЪМ МВР

В становището на Медицинския институт към МВР (МВР болница) се заявява, че чл. 5, ал. 1 и чл. 3, ал. 1 и ал. 2 от ЗЛЗ не предпоставя и не създава условия за нарушаване на конкуренцията между тях. Конкуренцията между лечебните заведения се осъществява не при създаването им, а при тяхното функциониране. Подчертава се, че чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ не създава *монополно положение* на държавата, а ѝ предоставя *възможност* самата тя да създава лечебни заведения с цел осъществяване на конституционното ѝ задължение за гарантиране на здравето на гражданите.

МВР болница е на мнение, че възложените специфични функции по смисъла на чл. 35, ал. 2 от ЗЛЗ върху лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС и тяхното изпълнение не покриват съдържанието на дефиницията на понятието „*стопанска дейност*” по смисъла на ЗЗК. Част от тези специфични функции са възложени на държавата с националните закони и публичните международни актове.

Във връзка с разпоредбата на чл. 3, ал. 1 от ЗЛЗ, МВР болница посочва, че законоустановеният срок за извършване на плащания съгласно Търговския закон (чл. 303 от ТЗ) е 60 дни (освен, ако не е уговорено друго), в този смисъл чл. 3, ал. 1 от ЗЛЗ създава аналогичен режим за лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, които не са регистрирани по Търговския закон.

⁸ Методиката е утвърдена със заповед на МЗ № РД-28-27/15.02.2013 г., изм. със заповед № РД-28-70/12.03.2013 г.

Според МВР болница, чл. 35, ал. 4 от ЗЛЗ не създава по-благоприятен режим за лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, поради това, че всички лечебни заведения, независимо от собствеността си и правно-организационната си форма, следва да отговарят на едни и същи изисквания по ЗЛЗ, за да осъществяват дейност.

В становището се посочва, че чл. 95, ал. 2 от ЗЛЗ е една правна възможност за държавните и общински болници, чието прилагане е въпрос на решение по целесъобразност.

По отношение на разпоредбата на чл. 32, ал. 2, т. 2 от ЗЛЗ, МВР болница е на мнение, че тя създава предпоставки за ограничаване на правото на пациентите за избор на лечебно заведение, доколкото предварително ще бъде определен броят на лечебните заведения за дадена територия. Предимно по отношение на малките и труднодостъпни населени места, ограничаването на броя на лечебните заведения пряко ограничава достъпа на пациентите до медицинска помощ, както и правото им на избор.

От МВР болница допълват, че изготвянето на областни и Национална здравна карта е необходимо с цел маркиране на проблемните райони с недостиг на лечебни заведения, на медицински специалисти или на недостатъчен брой легла за поемане на пациенти от определен район или с определени медицински нужди. От тази гледна точка определянето на минимален брой лекари по специалности, както и на минимален брой легла за активно лечение и долекуване и продължително лечение следва да послужи за база, въз основа на която държавата да извърши анализ на причините, поради които е налице този недостиг, за да осигури условия, чрез които да гарантира качествена и достъпна медицинска помощ, включително в малките и труднодостъпни места. Според МВР болница, минималният брой лекари в дадено отделение или клиника не бива да е ограничаващ фактор за извършване на определен вид медицинска дейност, особено в определени райони на страната. Не броят на лекарите, а техните умения следва да са определящ фактор за даване на разрешение за извършване на определен вид дейност в лечебните заведения за болнична помощ.

Според становището на МВР болница, статистическите функции на Националната здравна карта се дерогират от факта, че същата представлява нормативен документ за планиране и разпределение. В тази връзка от болницата подчертават, че минималните изисквания за дейността на болниците гарантират едно минимално ниво на лечебното заведение, на медицинския специалист или дейност, за да може да бъдат изпълнявани определени дейности. Всяко надвишаване на минималното ниво е в полза на пациентите. В този смисъл, МВР болница изказва становище, че всяко ограничение по отношение на максимален брой, включително на легла, се явява ограничение, което, предвид императивния характер на здравната карта, няма как да бъде преодоляно и фактически служи за определен таван на качеството на оказваната медицинска помощ. При наличие на добра медицинска практика и на необходимата медицинска апаратура, въвеждане на ограничение от естеството на максимален брой легла се явява *необосновано*.

По отношение на лечебните заведения, които сключват договор с НЗОК, се подчертава, че действащата нормативна уредба всяко лечебно заведение, което покрива критериите за изпълнител на медицинска помощ по смисъла на чл. 58 от ЗЗО, има право да сключи договор с НЗОК. Условието, на които трябва да отговарят лечебните заведения, се определят с Националните рамкови договори (чл. 55, ал.2 от ЗЗО). В чл. 55, ал. 3 от ЗЗО законодателят е въвел императивна забрана в тези договори да се установяват изисквания към изпълнителите на медицинска помощ за максимален брой извършвани дейности, разпределение на квоти за изпълнителите на такива дейности, въвеждане на ограничения в обема и/или разпределяне на извършваните дейности между медицинските заведения, условия, възпрепятстващи свободния избор на здравноосигурените лица на изпълнител на медицинска помощ.

Според МВР болница, нормативна уредба не съдържа забрана за сключване от НЗОК на договори с лечебни заведения извън тези, определени в Националната здравна карта. От болницата са на мнение, че съдържащият се в картата списък гарантира необходимия минимален брой лечебни заведения с цел осигуряване на достъпна медицинска помощ.

По отношение на реда за закупуване на лекарствени продукти, използвани за лечението на пациентите, МВР болница е на мнение, че винаги, когато е налице разход на бюджетни и извънбюджетни средства, абсолютно задължение на лечебното заведение е провеждането на процедури по ЗОП.

МВР болница посочва, че в структурата на болницата няма разкрит център за спешна медицинска помощ и за трансфузионна хематология. МВР болница не получава субсидия от МЗ или от други източници за оказването на спешна помощ на пациентите със спешни състояния, преминали през отделението по спешна медицина на болницата, които не са хоспитализирани, за интензивно лечение, за лечение на пациенти с психически заболявания, както и за здравнонеосигурени лица. Тези разходи остават за сметка на МВР болница.

Според МВР болница, получените средства по преобладаващата част от клиничните пътеки не покриват разходите на лечебните заведения за изпълнението на тези пътеки.

СТАНОВИЩЕ

НА НАЦИОНАЛНА МНОГОПРОФИЛНА ТРАНСПОРТНА БОЛНИЦА „ЦАР БОРИС III”

В своето становище, Национална многопрофилна транспортна болница „Цар Борис III” (Транспортна болница) изтъква, че е обосновано създаването на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ от държавата поради специфичните им функции, които са им възложени след преценка и по предложение на съответния ресорен министър. Посочено е, че

многопрофилните транспортни болници извършват следните специфични за сферата на МТИТС дейности⁹:

✓ Профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация на заболявания и състояния, пречещи на изпълнението на професионалните задължения в сферата на съобщенията, както и на заболявания и състояния, свързани с безопасността на движението в железопътния, въздушния, водния и автомобилния транспорт;

✓ Извършване на медицинска и психологическа експертиза за професионална годност и подбор на кандидатите за работа, на кандидатите при прием в учебните заведения и на работещите в сферата на железопътния, въздушния и водния транспорт и съобщенията, както и извършване на медицинска експертиза и подбор в сферата на автомобилния транспорт;

✓ Извършване на превантивен медицински контрол;

✓ Освидетелстване, преосвидетелстване и издаване на решения по спорните случаи на преценка по медицински показатели на годността на кандидатите за работа и на работещите в железопътния, въздушния, водния и автомобилния транспорт, в сферата на съобщенията и на водачите на моторни превозни средства;

✓ Научноизследователска дейност относно медицинските нужди на министерството и в изпълнение на международни споразумения, както и във връзка с разработването на нормативни актове, отнасящи се до специфичните функции на болниците към министерството.

Транспортна болница допълва, че тя осъществява и допълнителни дейности, включващи:

✓ Дейност по издаване на окончателни експертни решения за професионална годност на кандидатите за работа в системата на министерството и на водачите на МПС;

✓ Подготовка на докторанти по специфични медицински проблеми в областта на транспорта и съобщенията след институционална и програмна акредитация по реда на Закона за висшето образование;

✓ Осъществяване на следдипломно обучение на медицински специалисти по специфичните медицински проблеми в областта на транспорта и съобщенията;

✓ Специфични функции по методическо ръководство, координация и контрол върху дейността на многопрофилните транспортни болници към министерството;

✓ Издаване на указания за зареждане и съхраняване на лекарствени средства, медицински консумативи и инструментариум във

⁹ Вж. Чл. 3, ал. 2 от „Правилник за устройството и дейността на многопрофилните транспортни болници към МТИТС” (Обн. ДВ. бр.59 от 3 Юли 2001г., загл. изменено ДВ, бр. 96 от 2005 г., в сила от 01.12.2005 г., посл. изм. ДВ. бр.5 от 14 Януари 2011г.)

всички видове транспортни средства и кабинети, обслужващи структурите на министерството;

✓ многопрофилните транспортни болници извършват обучение на студенти и следдипломно обучение на медицински специалисти;

По отношение на определянето на брой легла и минимален брой лекари в националната и областните здравни карти, Транспортна болница изказва мнение, че не е необходимо нормативно и административно определяне на брой легла за активно лечение и долекуване, а относно необходимостта от определяне на минимален брой лекари – че съществуват изисквания за минимален брой лекари в алгоритмите на клиничните пътеки в Националния рамков договор (НРД).

В становището на Транспортна болница се отбелязва, че всички лечебни заведения, които отговарят на изискванията в НРД, на този етап имат право да сключат договор с НЗОК. Договори се сключват ежегодно с нови частни лечебни заведения, които навярно не фигурират в Националната здравна карта. Допълва, че ако се направи анализ, ще се установи, че лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ извършват много по-малка като заплащане от НЗОК медицинска дейност в сравнение с държавните търговски дружества и частните лечебни заведения с аналогичен вид дейност и същия леглови фонд.

Относно източниците на финансиране на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, Транспортна болница посочва, че същите са формулирани в чл. 24 от Правилник за устройството и дейността на многопрофилните транспортни болници към МТИТС, а именно:

✓ Републиканския бюджет – по отношение на специфичните дейности по чл. 3, ал. 2 и 3;

✓ НЗОК;

✓ Доброволни здравноосигурителни фондове- при сключване на такива договори;

✓ Местни и чуждестранни юридически и физически лица – при наличие на такива.

Транспортна болница изразява мнение, че влиянието на съсловните организации при договаряне стойността на клиничните пътеки (КП) е несъществено, с изключение на специалисти като кардиолозите и кардиохирурзите, които успяват да договорят с НЗОК високоплатени КП по своите дейности. Допълва се, че КП са крайно неправилно остойностени – не е остойностен и включен трудът на медицинските специалисти.

По отношение на лекарствените продукти, използвани от лечебните заведения за болнична помощ при лечението на пациентите, се подчертава, че НЗОК не реимбурсира лекарствените продукти, използвани от лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, а лечебното заведение заплаща тези продукти (както и медицинските изделия и консумативите) от собствения си

бюджет. Посочва се, че ако лечебните заведения са публично-правни организации съгласно чл. 7, т.3 от ЗОП и т. 21 от ДР на ЗОП, то те следва да провеждат процедури по възлагане на обществени поръчки по реда на закона, като това следва да се отнася за всички лечебни заведения, които попадат в режима на ЗОП, с цел гарантиране на равнопоставеност между тях.

В заключение, в становището на Транспортна болница се посочва, че регистрираните по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ лечебни заведения не създават предпоставка за нарушаване на конкуренцията между лечебните заведения, тъй като извършват специфични за съответното направление медицински дейности, които се заплащат от държавата и/или съответното министерство. Лицата, обект на тези специфични медицински дейности, се обслужват безплатно от съответните лечебни заведения.

СТАНОВИЩЕ

НА НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ЧАСТНИТЕ БОЛНИЦИ

В становището на Националното сдружение на частните болници (НСЧБ) се посочва, че лечебните заведения за болнична помощ са търговски дружества, които извършват стопанска дейност. Лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ се създават от държавата, за да обслужват определен контингент от служители. В същото време те обслужват и граждани извън специфичния им контингент по договор с НЗОК или срещу заплащане и в този случай участват на пазара на медицински услуги за болнична помощ. Посочва се обаче, че специфичният характер на регистрация на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ им дава предимство пред останалите лечебни заведения в следните отношения:

- ✓ тези лечебните заведения не се регистрират по Търговския закон;
- ✓ с разпоредбата на чл.3, ал. 1 от ЗЛЗ им се дава възможност за разсрочване на плащанията, с каквато възможност не разполагат останалите лечебни заведения;
- ✓ получават бюджет и/или годишна субсидия от съответните ведомства;
- ✓ те са второстепенни разпоредители с бюджетни средства;

Обобщава се, че лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ изкривяват пазара на болнична помощ и, ако желаят да предоставят медицински услуги по договор с НЗОК, то те следва да имат организационна форма и регистрация като всички останали лечебни заведения. Ако се налага тези лечебни заведения да изпълняват специфични дейности, то те не трябва да бъдат включени в обхвата на задължителното здравно осигуряване.

От НСЧБ заявяват, че лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ се финансират, освен чрез договори с НЗОК, и чрез бюджетни субсидии от съответните ведомства, като с тези субсидии се финансират инвестиционни и

текущи разходи, включително и покриване на текущи задължения към доставчици.

По отношение на съдържанието на Националната здравна карта НСЧБ е на мнение, че броят на разкритите легла за активно лечение и долекуване не следва да се определя с нормативен акт, тъй като това е динамична величина, която може да се променя непрекъснато в зависимост от конкретните потребности и възможността на лечебното заведение да ги задоволи. Твърди се, че нормативното ограничаване на броя на разкритите легла по същество е ограничаване на предлагането на болнични услуги, което води до ограничаване на развитието на лечебното заведение и е във вреда на пациентите.

НСЧБ посочва, че Националната здравна карта е *нищожен документ*, поради това, че с решение на ВАС са отменени единадесет от областните здравни карти, въз основа на които се изготвя националната. По мнение на НСЧБ, чл. 32, ал. 2, т. 2, 4 и 5 от ЗЛЗ създава условия за териториални ограничения за създаването на нови лечебни заведения, което е във вреда на пациентите като потребители на болнични медицински услуги. Подчертава се, че независимо от това дали е прилаган или не досега, текстът на чл. 32, ал. 2, т. 4 създава условия за нарушаване на конкуренцията между лечебните заведения.

От НСЧБ смятат, че ако се даде възможност на НЗОК, която е единственият купувач в задължителното здравно осигуряване, сама да решава с кое от съществуващите лечебни заведения да сключи договор, без в самия закон да са посочени критерии за това, се създават условия касата да възпрепятства стопанската дейност на отделни лечебни заведения, немотивирано отказвайки да сключи договор с тях. От сдружението подчертават, че НЗОК трябва да е нормативно задължена да сключва договори с всички лечебни заведения, които са регистрирани и имат разрешение за дейност по ЗЛЗ. Допълва се, че самата философия на ЗЗО изисква от НЗОК да заплати определени дейности по фиксирани цени, независимо от кое лечебно заведение са извършени. В този смисъл за НЗОК няма значение колко са разкритите лечебни заведения, поради това, че тя би заплатила една и съща сума за лечението на един и същи брой болни, независимо в колко лечебни заведения са лекувани тези пациенти. Съществуването на повече лечебни заведения е в полза на пациентите, а ограничаването на броя на лечебните заведения, чрез подбор с кои болници НЗОК да сключи договор, би засегнало не само пациентите, но би ограничило конкуренцията на този пазар.

Посочва се, че в момента критериите, по които НЗОК определя с кои лечебни заведения и по кои клинични пътеки да сключи договор, залягат в алгоритмите на всяка клинична пътека (приложение „Клинични пътеки” към НРД). Изискванията за брой лекари, оборудване и структури със съответните нива на компетентност са взаимствани от медицинските стандарти по определената специалност, като последните са нормативно регламентирани чрез наредби на министъра на здравеопазването. Допълва се, че в приетите

през 2010 г. медицински стандарти са определени т.нар. „нива на компетентност”, чието достигане е критерий за качество. В същото време обаче, повечето от показателите за тези нива са количествени – брой специалисти, наличие на определено оборудване и др. Лекарите - специалисти трябва да бъдат назначени на трудов договор на пълен работен ден и нямат право да сключват договор с друго лечебно заведение. От своя страна, НЗОК обвързва сключването на договори по клинични пътеки с нивата на компетентност, като за по-скъпоплатените клинични пътеки по правило се изисква най-високо ниво на компетентност. По мнение на НСЧБ, по този начин финансовият ресурс се пренасочва административно от по-малките болници (предимно частни и общински) към по-големите, които са предимно държавни, в това число университетски. От сдружението подчертават, че критериите, залегнали в клиничните пътеки, на базата на които се договаря определен обем болнична помощ, са изключително наточени от лобистки текстове (изисквания), които в повечето случаи наточават ненужно болниците, а понякога са пречка за сключване на договор.

По отношение на остойността на клиничните пътеки, НСЧБ е на мнение, че стойностите се определят на исторически принцип и в зависимост от бюджета на НЗОК, като при определянето на цените на отделните клинични пътеки не са включени конкретни разходи. Според сдружението, от създаването им повечето пътеки са с еднакви цени, като в същото време няма икономическа обосновка за тези, които са променени, нито мотиви за причините, които са довели до това. В общия случай, се заплаща за извършване на определена част от дейности – диагностични, терапевтични, за минимален престой на пациента и др., без за тези дейности да е извършено остойносттаване. Цените на самите клиничните пътеки не вземат предвид и по-големите разходи на болниците за пациенти с придружаващи заболявания и усложнения, както и сложността на лекуваните от лечебното заведение случаи (т.нар. „кейс-микс индекс”). В заключение се посочва, че в повечето случаи цените на отделните клинични пътеки се определят от бюджета на НЗОК за съответната година, от обема на отчетената дейност (исторически принцип) и от влиянието на съответната медицинска специалност.

НСЧБ заявява, че БЛС и БЗС не влияят съществено върху формирането на цените на медицинските услуги, още повече с оглед съществуващата правна възможност обемите и цените да бъдат едностранно определени от НЗОК и приети с ПМС, в случай на непостигане на договореност между НЗОК и съсловните организации.

По мнение на НСЧБ, Методиката на МЗ за субсидиране на лечебните заведения през 2013 г. влияе особено негативно върху конкуренцията между лечебните заведения. По-конкретно, от сдружението посочват следното:

Съгласно чл. 100, ал. 2 от ЗЗ, чл. 7 и чл. 19, ал.3 от ЗЛЗ и чл. 3 от Наредба №25/1999 г., всички лечебни заведения са задължени да осигурят медицинска помощ на лице в спешно състояние, явило се при тях, независимо от неговото гражданство, местоживеене и осигурителен статус.

Съгласно чл. 19, ал. 4 и чл. 106а, ал. 2 от ЗЛЗ, така извършената спешна медицинска дейност се заплаща от държавата при условия и ред, посочени в методиката на МЗ.

Според сдружението, подходът при съставяне на методиката, а именно, чрез изчерпателно изброяване на конкретни дейности от спешната помощ, които се субсидират, означава, че всяка умишлено или неволно пропуснатата позиция означава отказ от финансиране на съответната дейност, независимо от законово установеният ангажимент на държавата да я финансира и законовото задължение за лечебните заведения да я изпълнят. Твърди се, че методиката не включва и всички възможни хипотези за оказване на спешна помощ, например, самостоятелно явяване на лицето в спешно отделение и последваща хоспитализация в същата болница.

Посочва се също така, че и критериите за сключване на договор за спешна помощ, съдържащи се в методиката представляват бариера, като самите критерии в приложенията на методиката са така формулирани, че по-голямата част от лечебните заведения не отговарят на тях и не биха могли да отговорят. Според НСЧБ, логичният извод е че всички лечебни заведения са задължени (по закон) да предоставят спешна помощ, която се заплаща от държавата, но не всички от тях ще получат заплащане за нея (съгласно методиката). От сдружението изказват мнение, че законът, делегирайки на МЗ задължението да определи реда и условията за заплащане на спешната помощ, е дал възможност да се ограничи заплащането на тази медицинска дейност.

Друг проблем, засягащ конкуренцията между лечебните заведения, според НСЧБ, е съдържанието на медицинските стандарти. От сдружението посочват, че тези стандарти са абсолютно необходими, но е важно с тях да не се злоупотребява, като се въвеждат изисквания, които не са обосновани с медицински съображения, а имат за цел администриране на системата. Допълва се, че тези стандарти следва да бъдат строго научно обосновани, достатъчно ясни и по подходящ начин отворени за развитие, поради развитието и на самата медицинска наука.

По мнение на НСЧБ, наличието на т.нар. „прогнозен обем дейност и стойност на разходите, разпределен по месеци и тримесечия” на лечебните заведения (чл. 4 от Закона за бюджета на НЗОК) има характер не на прогноза, а на практика в значителна степен на лимит на дейностите на конкретното лечебно заведение по клинични пътеки. По този начин НЗОК разпределя между отделните лечебни заведения броя и вида на всяка една медицинска услуга, както и общия размер на изплатените средства по месеци. Подчертава се, че по този начин не само се засягат интересите на пациентите, които са лишени от правото си на свободен избор на лечебно заведение, но и представляват ограничаване на производството, търговията, техническото развитие или инвестициите, което е тежко нарушение на правото на конкуренцията.

Според НСЧБ, трябва да се търси компенсиращ механизъм, който да уреди финансирането на дейността на лечебните заведения за лечение на пациенти в случаите на надхвърляне на този прогнозен обем дейности. По този начин ще бъде гарантирано правото на медицинска помощ и избор на лечебно заведение от пациентите, а лечебните заведения няма да генерират финансови дефицити, които могат да доведат до съкращаване на разходите на болниците и съответно до влошаване на качеството на медицинските услуги.

По мнение на НСЧБ, разпоредбите на чл. 243, ал. 2, чл. 391, ал. 4 и чл. 393, ал.1 от ГПК, чрез невключването в тях на частните лечебни заведения, също са в състояние да изкривят конкуренцията между лечебните заведения, като предоставят на частните лечебни заведения по-ниска степен на правна защита, въпреки че те изпълняват обществена здравеопазна функция.

От НСЧБ обръщат специално внимание на изискването на ЗОП, лечебните заведения, получаващи 30% приходи от публичен източник, дори когато са частна собственост, да провеждат процедури по ЗОП. Сдружението обосновава много подробно нецелесъобразността на подобна разпоредба, включително, в представено допълнително становище, по отношение на законосъобразността на включването на частните лечебни заведения в понятието „публичноправна организация”.

СТАНОВИЩЕ

НА НАЦИОНАЛНА АСОЦИАЦИЯ НА ЧАСТНИТЕ БОЛНИЦИ

В становището на Национална асоциация на частните болници (НАЧБ) се посочва, че всички лечебни заведения по смисъла на ЗЛЗ са организационно обособени структури на функционален принцип, като, с оглед на вида и обема на медицинските дейности, лечебните заведения подлежат на регистрация по чл. 40 от ЗЛЗ или на разрешение за осъществяване на дейност по чл. 47 от ЗЛЗ. Посочва се, че въпреки че лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ извършват същата дейност (болнична или извънболнична) като тези извън чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, регистрационният и разрешителен режим не се прилага за първите. Според НАЧБ, изключването на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ от този режим, респективно различният режим за закриването им, не е обосновано, защото целта на регистрационния/разрешителния режим е да провери дали лечебното заведение отговаря на изискванията на закона, като по този начин се защитава здравето на хората. Допълва се, че така се създава неравнопоставеност при осъществяването на дейност на медицинския пазар и се предоставя *монополно положение на държавата*.

Относно срока от 60 дни за извършване на плащания по чл. 3, ал. 5 от ЗЛЗ, по мнение на НАЧБ, този срок е кратък, тъй като НЗОК извършва плащания със забавяне от 30 дни след изготвяне на баланса на лечебното заведение. В този смисъл от асоциацията са на мнение, че преди съществуващият срок от 90 дни е оптимален.

Относно ограничението по чл. 95, ал. 2 от ЗЛЗ за държавните и общински лечебни заведения да приемат пациенти срещу заплащане в рамките на не повече от 10 % от легловия си фонд, НАЧБ е на мнение, че тази разпоредба трябва да бъде отменена, тъй като ползването на държавна или общинска собственост за частни нужди е недопустимо. По този начин, според асоциацията, се нарушава конкуренцията между държавните/общински лечебни заведения и частните такива. Допълва се, че при лечението на пациенти срещу заплащане от държавни или общински лечебни заведения се ползва държавна/общинска апаратура, техника, консумативи (вода, ток, топлоенергия и др.), без да има ясен регламент за остойностяването им. Посочва се, че в редица европейски държави подобно нещо е допустимо единствено в университетските болници или за лечение при високоспециализирани и хабилитирани лица с ясни методики за заплащане на тези преки и непреки разходи на болницата.

По отношение на съдържанието на областните и Националната здравна карта, НАЧБ счита, че следва да има териториално планиране и разпределение на лечебните заведения с цел осигуряване на населението с достъпна, своевременна и качествена лечебна помощ. В същото време се подчертава, че здравната карта следва да съдържа не брой лечебни заведения, а оптимален брой легла. Ограничения относно броя на договорите с НЗОК и изискванията за лечебните заведения - страна по тези договори, не следва да се съдържат в Националната здравна карта, поради това, че има специален закон – ЗЗО, който урежда тази материя и регламентира свободен достъп на пациентите до всяко лечебно заведение.

Във връзка с източниците на финансиране на дейността на лечебните заведения, НАЧБ подчертава, че държавните и общинските болници имат възможността да получават субсидии от републиканския/общинския бюджети (чл. 100 от ЗЛЗ) за медицинска апаратура и други дълготрайни материални активи, което не е възможно за частните лечебни заведения. Уточнява се, че апаратурното обезпечение и поддържането на сградния фонд на държавните/общински лечебни заведения е задължение на техния принципал (държавата и общините), но за целите на „финансово оздравяване на лечебните заведения за болнична помощ“, включващо покриването на задължения за заплати, непреки разходи като електрическа енергия, вода и др., отпускането на субсидии е недопустимо. По този начин, според НАЧБ, се нарушава равнопоставеността между лечебните заведения в зависимост от формата на собственост, въпреки че всички лечебни заведения имат като основен източник на финансиране НЗОК и по еднакъв начин обслужват пациентите на солидарен принцип.

НАЧБ посочва, че стойността на лекарствените продукти е част от цената по клиничните пътеки, която НЗОК заплаща на лечебните заведения. Изказва се мнение, че провеждането на процедури по ЗОП за доставка на лекарствени средства не осигурява медицинска целесъобразност и адекватност, а също така не кореспондира и с цената на клиничните пътеки, заплащани от НЗОК. Посочва се също така, че от 2001 г. до момента реално

никой не е предлагал за обсъждане остойносттаването на която и да е част от клиничните пътеки, поради което те не са реално остойностени, а цените, заложиени за тях са непрозрачно определени. В процеса на договаряне на стойността на клиничните пътеки, според НАЧБ, ролята на съсловните организации не би могла да бъде съществена. Недостатъчният финансов ресурс ограничава възможността за справедливо разпределение на този ресурс. НАЧБ смята, че преговори между съсловните организации и НЗОК следва да се водят *преди*, а не *след* определяне на бюджета на НЗОК, за да може бюджетът да кореспондира на необходимите обеми и договорените цени на медицинските услуги.

Според НАЧБ, лишаването от възможността на повечето от лечебните заведения извън тези по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ да извършват лечение на пациенти за сметка на републиканския и общинския бюджети по чл. 82, т. 1 от Закона за здравето – медицинска помощ при спешни състояния, експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност, заплащане за лечение на заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването, медицински транспорт, по своята същност създава неравнопоставеност между лечебните заведения.

СТАНОВИЩЕ

НА ЦЕНТЪР ЗА ЗАЩИТА ПРАВАТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

В становището на Центъра за защита правата в здравеопазването (ЦЗПЗ) се заявява, че пациентът като краен потребител на болнична помощ, предоставяна от лечебните заведения, не е ограничен в избора си по географски признак. Лечебните заведения за болнична помощ (с изключение на тези по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ) са търговски дружества, които извършват стопанска дейност по занятие. По мнение на ЦЗПЗ, НЗОК може да бъде определена или като предприятие, което купува медицински услуги от други предприятия (лечебните заведения за болнична помощ), или като публичноправен субект (държавно - обществен орган), създаден за осъществяване на задължителното здравно осигуряване.

По отношение на разпоредбата на чл. 5, ал. 2 от ЗЛЗ, ЦЗПЗ смята, че лечебните заведения към МС, МО, МВР, МП и МТИТС (ведомствени лечебни заведения) не биха могли да бъдат създадени от друг, освен от държавата, доколкото самите тези ведомства не биха могли да функционират във и независимо от държавата. Тези лечебни заведения са създадени, за да обслужват определени групи лица – най-често служители в съответните министерства. Поради това, че броят на лицата, получаващи медицински услуги от посочените лечебни заведения е ограничен, тези лечебни заведения обслужват и граждани по договори с НЗОК. По този начин гореизброените лечебни заведения участват, заедно с останалите лечебни заведения, на пазара на болнични медицински услуги (с изключение на лечебните заведения към МП), но особеностите на тяхната регистрация като второстепенни разпоредители с бюджетни средства, им дава конкурентни

предимства, изразяващи се в това, че ведомствените лечебни заведения не се регистрират по Търговския закон или Закона за кооперациите, като второстепенни разпоредители с бюджетни средства срещу тях не може да се пристъпи към принудително изпълнение на задължения, те получават бюджет (годишна субсидия), чл. 3, ал. 5 от ЗЛЗ създава законова възможност за разсрочване на плащанията на тези лечебни заведения, каквато възможност не съществува за останалите лечебни заведения. Допълва се, че лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, освен финансиране за изпълнение на дейности по договор с НЗОК, получават и бюджетни субсидии от съответните ведомства, с които се финансират инвестиционни и текущи разходи, включително и за покриване на текущи задължения.

Според ЦЗПЗ съществуването на такива лечебни заведения е допустимо, ако те изпълняват само специфични дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. В случай, че тези лечебни заведения участват на пазара на болнични медицински услуги по договор с НЗОК, тяхната организационна форма и регистрация следва да бъде аналогична на останалите лечебни заведения, а именно - по Търговския закон или Закона за кооперациите.

По отношение на центрoвете за спешна медицинска помощ и центрoвете за трансфузионна хематология, ЦЗПЗ е на мнение, че тези лечебни заведения биха могли да бъдат създавани не само от държавата, но и от други юридически лица. Допълва се, че в сегашната си редакция, разпоредбата на чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ по отношение на лечебните заведения за спешна медицинска помощ и за трансфузионна хематология противоречи на чл. 18, ал. 4 и чл. 19 от Конституцията на Република България.

ЦЗПЗ изказва становище, че изискването на чл. 32, ал. 2, т.2, 4 и 5 относно съдържанието на Националната здравна карта се въвеждат териториални ограничения за създаването на нови лечебни заведения във вреда на потребителите на болнични медицински услуги. Допълва се, че липсата на критерии в закона, въз основа на които да се определят лечебните заведения от болничната помощ, с които НЗОК да сключи договор, създава условия касата да възпрепятства стопанската дейност на отделни лечебни заведения, отказвайки да сключи договор с тях.

ЦЗПЗ е на мнение, че броят на разкритите легла за активно лечение и долекуване не следва да се определя с нормативен акт, тъй като броят на леглата е динамична величина, която може да се променя непрекъснато в зависимост от конкретните потребности и възможности на отделното лечебно заведение да ги задоволи. Нормативното ограничаване на броя разкрити легла по същество представлява ограничаване на предлагането на болнични медицински услуги, на развитието на лечебното заведение и е във вреда на пациентите.

Според ЦЗПЗ, НЗОК следва да е нормативно задължена да сключва договори с всички лечебни заведения, които имат регистрация като такива и разрешение за дейност по ЗЛЗ. Посочва се, че философията на ЗЗО изисква

от НЗОК да заплати определени дейности по фиксирани цени, независимо от това в кое лечебно заведение са извършени. В този смисъл за НЗОК не би следвало да има значение какъв е броят на разкритите лечебни заведения, защото касата ще заплати за лечението на един и същ брой болни една и съща сума независимо в колко лечебни заведения те са били лекувани. От ЦЗПЗ допълват, че съществуването на повече лечебни заведения е в интерес на потребителите, а ограничаването на броя лечебни заведения би увредило както интересите на пациентите, така и конкуренцията между лечебните заведения. От Центъра посочват, че по техни сведения до момента няма случаи НЗОК да е отказала сключване на договор с лечебно заведение с мотив, че се надхвърля максималния брой легла, определен с Националната здравна карта. Независимо от това дали е прилаган или не до момента, по мнение на ЦЗПЗ, разпоредбата на чл. 32, ал. 2, т. 4 създава условия за нарушаване на конкуренцията между лечебните заведения.

По отношение на процеса на определяне на цените на медицинските услуги, ЦЗПЗ заявява, че БЛС и БЗС не влияят съществено върху формирането на тези цени, още повече, че с разпоредбата на чл. 55д, ал. 9 от ЗЗО е създадена правна възможност, в случай на непостигане на съгласие между съсловните организации и НЗОК, цените и обемите на медицинската помощ да бъдат приети с ПМС. Посочва се също така, че БЛС и БЗС като съсловни организации на лекарите и зъболекарите обединяват физически лица, а двете организации участват в договаряне и сключване на договори с НЗОК (Национален рамков договор за съответната година) за цени на медицински услуги, които се отнасят до взаимоотношенията между касата и лечебните заведения като търговски дружества.

По мнение на ЦЗПЗ, на практика е налице фиктивно договаряне, като фактически цените се определят еднолично от НЗОК. Допълва се, че цените се определят емпирично, на исторически принцип и в зависимост от заложените в бюджета на НЗОК средства. В общия случай касата заплаща за извършването на определена част дейности – диагностични, терапевтични, за минимален престой на пациента, без за тези дейности да е извършено остойносттаване. Това дава възможност за натиск при определяне на цените на медицинските услуги (като хистоматиен пример са посочени клиничните пътеки, включващи дейности по инвазивна кардиология и кардиохирургия), съответно за формирането на големи диспропорции между цените на отделни клинични пътеки. Според ЦЗПЗ, заплащането от НЗОК по клинични пътеки ощетява лечебните заведения, които лекуват всички заболявания на пациента, но получават заплащане само за лечението на основното заболяване, по което е приет.

ЦЗПЗ посочва и други разпоредби от нормативната уредба, които са в ущърб на пациентите и нарушават конкуренцията между лечебните заведения за болнична помощ.

На първо място, според центъра, това е изискването на чл. 4 от Закона за бюджета на НЗОК, който възлага на касата определянето на „годишен прогнозен обем на дейност и стойност на разходите, разпределен по месеци и

тримесечия”. Допълва се, че по този начин НЗОК получава възможността да разпределя между отделните лечебни заведения, които предоставят медицински услуги, броя и вида на всяка една медицинска услуга, както и общия размер на изплатените средства по месеци. По този начин лечебно заведение, което в даден момент е изчерпало предварително определения му обем дейности или стойност на разходите, трябва да откаже безплатен прием на здравноосигурено лице, което ограничава избора на тези пациенти само до лечебни заведения, които все още не са изчерпили прогнозния вид и обем дейности или стойността на разходите. ЦЗПЗ посочва, че това противоречи на правото на здравно-осигурените лица да изберат лечебно заведение на територията на страната без ограничения на географски и/или административни основания (чл. 4 от ЗЗО). Допълва се, че така се ограничава или контролира търговията, техническото развитие или инвестициите, което е сериозно нарушение на конкуренцията, което не дава възможност на по-ефективните конкуренти (лечебни заведения) да се развиват и да печелят от своята дейност.

На второ място, ЦЗПЗ посочва, че приетите с наредби на МЗ през 2010 г. медицински стандарти установяват т.нар. „нива на компетентност”, чието достигане е определено като критерий за качество на предлаганата медицинска помощ. Тези критерии обаче са чисто количествени – например брой медицински персонал, наличие на определено оборудване. В същото време НЗОК обвързва плащането по клинични пътеки с нивата на компетентност на лечебните заведения, като за скъпоплатените клинични пътеки изискването обикновено е за второ и трето ниво на компетентност. Според Центъра, за лечението дори на банални, широкоразпространени заболявания (напр. бронхопневмония) се изискват високи нива на компетентност за сключване на договори с НЗОК. Твърди се, че по този начин административно се ограничава от НЗОК предлагането на съответната медицинска услуга от определени лечебни заведения във вреда на потребителите, което е довело до пълно прекратяване на дейността на 17 лечебни заведения.

На трето място, според ЦЗПЗ, лекарите в болничната помощ могат да бъдат назначени само и единствено на трудов договор на пълен работен ден (НРД 2012) и нямат право на договор с повече от едно лечебно заведение за болнична помощ. Заедно с ограниченията, заложи с Наредба № 34/2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, като брой на лекарите, които могат да кандидатстват за придобиване на специалност, както и това, че МЗ определя в кои лечебни заведения да работят лекарите, придобили специалност по държавна поръчка за срока на проведеното обучение, се въвеждат рестрикции по отношение на дейността на лекарите с придобита специалност и се ограничава достъпа на пациентите до желаните от тях лекари.

На четвърто място, ЦЗПЗ посочва, че изискването за наличието на определени структурни звена в лечебните заведения като условие за сключване на договори с НЗОК, ограничава предлагането на болнични

медицински услуги. Дава се пример за изискването на чл. 26б от ЗЛЗ за задължителните структурни звена на комплексните онкологични центрове. Според ЦЗПЗ, тези изисквания са ненужно завишени без медицинска или друга обосновка, което лишава лечебните заведения от възможността да изберат дали да откриват собствени структурни звена или да възлагат тази дейност по договор със съществуващи външни лечебни заведения (например клинични лаборатории). От Центъра са на мнение, че така се стимулира административно, а не пазарно, създаването на структурни звена, които изискват допълнителни инвестиционни разходи, назначаването на допълнителен персонал при недостатъчна натовареност на съответното звено.

На последно място ЦЗПЗ заявява, че разпоредбата на чл. 106а от ЗЛЗ създава възможност МЗ да субсидира лечебните заведения за болнична помощ, които са държавна или общинска собственост. Всяка година МЗ издава „Методика за субсидиране на лечебните заведения”, като според твърденията на ЦЗПЗ само в един случай в методиката е допуснато субсидия да получат лечебни заведения, които не са държавна или общинска собственост, за преминали пациенти през спешно отделение, както и за нехоспитализирани пациенти.

СТАНОВИЩЕ

ОТ БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ЗА ЗАКРИЛА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Според Българска асоциация за закрила на пациентите (БАЗП), разпоредбата на чл. 5 ал. 1 от ЗЛЗ следва да се допълни в смисъл, че освен държавата и други юридически и физически лица могат да учредяват посочените лечебни заведения, тъй като в сегашната си редакция е в нарушение на ЗЗК като въвеждаща едно ограничаващо конкуренцията условие. Посочените лечебни заведения могат да се създават не само от държавата, но и от общините и от други юридически и физически лица, както е уреден въпросът съгласно чл.5, ал.2 и 3 относно лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ и домовете за медико-социални грижи. Подчертава се, че всички текстове в ЗЛЗ, с които се създават различни условия за дейността на лечебните заведения в зависимост от формата на собственост, противоречат на чл. 19 от Конституцията на Република България.

От БАЗП са на мнение, че по отношение на различните нормативни изисквания за правната форма на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ в сравнение с останалите лечебни заведения за болнична помощ (чл.3, ал.1 и 2, чл.35-37 от ЗЛЗ), както и за тяхното закриване (чл.52-56 от ЗЛЗ), ако се приеме за обосновано едни лечебни заведения да се регулират от Търговския закон, а други да са ведомства на бюджетна издръжка, това означава да се приеме неравнопоставеността между тези два вида управление на собствеността на лечебните заведения, като по този начин се ограничава възможността на първите за отпускането на държавна субсидия или целеви

средства. Посочва се, че в Европейския съюз съществуват лечебни заведения от типа *non-profit organization* (сдружения с нестопанска цел), които нямат задължение да реализират печалба. Същото важи и за общопрактикуващите лекари, които са еднолични търговци, а има специалисти по вид заболявания, които не са. Сегашният режим на лечебните заведения ощетява пациентите с еднолично административния начин на управление и закриване.

От асоциацията намират за неоснователно въвеждането на различен режим относно извършването на плащания по осъществени сделки, свързани с медицинските дейности и обслужването на пациенти. Разликата в сроковете за плащане затруднява тези, които снабдяват лечебните заведения, и по този начин влияе на качеството на предоставените услуги. За необосновано е посочено и ограниченото до 10 % от легловия фонд в държавните и общински лечебни заведения директно заплащане от страна на неосигурени пациенти.

По отношение на териториалното планиране и териториално разпределение на лечебните заведения и медицинските специалисти в областните и Националната здравна карта, становището на БАЗП е, че териториалното планиране и териториалното разпределение на лечебните заведения и медицинските специалисти в областните и Националната здравна карта е необходимо, но критерият, обхващащ разстоянието между отделните населени места и отделните лечебни заведения, не е правилен. Допълва се, че в сега действащата Национална здравна карта няма реално регулиращо разпределение, а има повтаряне на статуквото, като целта, която трябва да се преследва, е да останат по-малко на брой, но ефективно работещи лечебни заведения.

Според БАЗП, ролята на съсловните организации на лекарите и стоматолозите при договарянето с НЗОК на стойността на клиничните пътеки с оглед ефективното разходване на публичните средства и защитата на правата на пациентите, е ограничена. Асоциацията твърди, че в последните 2-3 години дори не е гарантирано 40 % дял за заплащане на лекарите и медицинските сестри от цената на клиничната пътека, което поставя в риск пациента, тъй като спада качеството на медицинската помощ. Допълва се, че приходите от клиничните пътеки се използват и за закупуване на апаратура, с тях се правят и заплащат основни и текущи ремонти, което е забранено съгласно ЗЗО. Това заплащане трябва да се извършва с други средства – за сметка на собственика на лечебното заведение (респ. от държавния/общинския бюджет, както и с частни средства). Заявява се, че заплащането от НЗОК следва да се обвърже с качеството на предлаганата медицинска помощ и крайния резултат от лечението.

БАЗП заявява, че не съществуват ясни критерии, съгласно които се определя кои конкретно лечебни заведения сключват договор с НЗОК. От асоциацията са на мнение, че следва да има достатъчно ясни и недвусмислени критерии, които да определят на кои лечебни заведения ще бъде отказвано сключване на договор с НЗОК или ще се прекратява вече сключен такъв. В момента почти всички кандидатствали лечебни заведения

сключват договор с НЗОК, които по данни на БАЗП, са 312. В момента НЗОК може да сключва договори с повече лечбни заведения от определените в Националната здравна карта и практиката доказва това. По мнение на БАЗП, следва да се приложат европейските практики и лечебните заведения, сключили договор с НЗОК, да станат два пъти по-малко, т.е. около 150, като за пример се дава Швейцария, където има само 75 лечебни заведения.

Въз основа на извършен анализ и на основание чл. 60, ал. 1, т. 19 и т. 20 и във връзка с чл. 8, т. 6 и т. 12 и чл. 28, т. 2 от ЗЗК, Комисията за защита на конкуренцията приема следното

СТАНОВИЩЕ

относно

**съответствието с правилата на конкуренцията на
Закона за лечебните заведения и нормативната уредба, регламентираща
дейността на лечебните заведения за болнична помощ**

I. ПРЕДМЕТ НА ПРОИЗВОДСТВОТО ПРЕД КЗК

В чл. 28 от ЗЗК е определен обхватът на правомощията на КЗК в производство по застъпничество за конкуренцията. По отношение на актовете, издавани от държавните органи, включително от органите на местната власт, законът посочва, че предмет на застъпничество за конкуренцията са проекти или действащи нормативни или нормативни административни и общи административни актове.

Видно от представените становища, основният акт, регламентиращ дейността на лечебните заведения в Република България, е Законът за лечебните заведения (ЗЛЗ), подзаконовите нормативни актове, предвидени в него – наредби, методики, правилници и др., както и свързани разпоредби от други закони, като например: Закона за здравето (ЗЗ), Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България (ЗОВСРБ), Търговският закон (ТЗ), Закона за кооперациите (ЗК) и др. Така изброените неизчерпателно актове представляват действащи нормативни и нормативни административни актове, които безусловно попадат в обхвата на правомощията на КЗК по чл. 28 от ЗЗК. Освен така посочената нормативна регламентация, дейността на всички или част от лечебните заведения се регулира от актове на Министерски съвет (решения, постановления), както и от актове на Националната здравноосигурителна каса, които имат характер на общи административни актове, и правилниците на отделните ведомствени болници, които имат характер на нормативни административни актове. В този смисъл, всички тези актове попадат в обхвата на чл. 28 от ЗЗК.

II. НОРМАТИВНА УРЕДБА

1. Създаване, преобразуване и закриване на ЛЗ

Нормативната уредба относно създаването, преобразуването и закриването на лечебните заведения (ЛЗ) се съдържа в Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ)¹⁰. Съгласно чл. 4, ал. 1 от ЗЛЗ лечебните заведения оказват извънболнична и болнична помощ. Те се създават от държавата, от общините и от други юридически и физически лица. Лечебните заведения са равнопоставени независимо от собствеността им.

Разпоредбата на чл. 3, ал. 1 от ЗЛЗ посочва, че ЛЗ, без тези по чл. 5, ал. 1, се създават по Търговския закон или по Закона за кооперациите, както и като дружества по законодателството на държава членка на Европейския съюз (ЕС), или на държава, страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство (ЕИП), при спазване изискванията на този закон. Съгласно чл. 3, ал. 2 от закона, ЛЗ по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "а" и т. 2, буква "а" се учредяват от:

1. физически лица - лекари и лекари по дентална медицина;
2. еднолични търговци или еднолични търговски дружества, регистрирани от лекари и лекари по дентална медицина; в случаите, когато лечебното заведение се учредява като еднолично търговско дружество, едноличният собственик управлява и представлява лечебното заведение.

Чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ посочва, че центрите за спешна медицинска помощ, центрите за трансфузионна хематология, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ, домовете за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца, както и лечебните заведения към Министерския съвет (МС), Министерството на отбраната (МО), Министерството на вътрешните работи (МВР), Министерството на правосъдието (МП) и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията (МТИТС) се създават от държавата. Лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ могат да се създават и от други лица (чл. 5, ал. 2), а домовете за медико-социални грижи се създават от общините и други юридически лица (чл. 5, ал. 3).

Съгласно чл. 35, ал. 1 от закона, лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 се създават и преобразуват от МС по предложение на министъра на здравеопазването (МЗ), което се съгласува със съответния министър, когато лечебното заведение е към ведомствата, посочени в чл. 5, ал. 1. Предложението за домовете за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца, се прави въз основа на искане на съответния общински съвет. Лечебните заведения по

¹⁰ Обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г., изм. и доп. ДВ. бр.20 от 28 Февруари 2013 г.

ал. 1 са юридически лица на бюджетна издръжка за специфичните си функции (чл. 35, ал. 2).

Лечебните заведения за болнична помощ, домовете за медико-социални грижи, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове и диализните центрове се учредяват от държавата и общините, от юридически и физически лица като търговски дружества или кооперации, както и като дружества по законодателството на държава членка на ЕС, или на държава, страна по Споразумението за ЕИП и осъществяват дейност след получаване на разрешение по реда на чл. 46 (чл. 37, ал. 1). Държавата и общините създават лечебни заведения за болнична помощ, центрове за психично здраве, центрове за кожно-венерически заболявания, комплексни онкологични центрове и диализни центрове като дружества с ограничена отговорност или като акционерни дружества (чл. 37, ал. 3).

Разпоредбите на чл. 37, ал. 3 и 4 от ЗЛЗ посочват, че държавата създава лечебни заведения по ал. 3 с акт на МС по предложение на МЗ, а общините създават с решение на общинските съвети лечебни заведения по ал. 3 след съгласието на МЗ.

2. Разрешение за осъществяване на дейност (лицензиране)

Разрешение за осъществяване на дейност се съдържа в Раздел III от ЗЛЗ. Съгласно чл. 46, ал. 1 от закона на разрешение подлежи осъществяването на дейността на лечебните заведения за болнична помощ, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домовете за медико-социални грижи и диализните центрове. Разрешение за осъществяване на лечебна дейност на заведенията по ал. 1 се издава от МЗ (ал. 2 на чл. 46). Алинея 3 на чл. 46 допълва, че основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, както и условията и реда за откриване на структури по чл. 20, ал. 2, се определят с наредба на МЗ.

Съгласно чл. 47, ал. 1 от ЗЛЗ разрешение за осъществяване на дейност от лечебните заведения по чл. 46, ал. 1 се издава след представяне на заявление до МЗ чрез подаване в регионалната здравна инспекция, към което се прилагат посочените в точки 1-8 изисквания. В 30-дневен срок от постъпване на заявлението по ал. 1 регионалната здравна инспекция извършва проверка относно спазването на изискванията на наредбата по чл. 46, ал. 3, правилника по чл. 28а, ал. 3 и на утвърдените медицински стандарти и издава удостоверение, а при установени несъответствия дава предписания и определя срок за отстраняването им (чл. 47, ал. 4). В тримесечен срок от подаване на документите по чл. 47 МЗ издава разрешение за осъществяване на дейността на лечебното заведение или прави мотивиран отказ за издаването му (чл. 48). МЗ може да отнеме разрешението за

осъществяване на лечебна дейност, когато са налице някои от посочените в чл. 51, ал. 1, т. 1-6 условия.

3. Закриване на лечебни заведения

Разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от ЗЛЗ указва, че лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 се закриват с акт на МС по предложение на МЗ след съгласуване със съответния министър. Домовете за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца, се закриват с акт на МС по предложение на МЗ след направено искане от съответния общински съвет.

Прекратяването и ликвидацията на лечебно заведение - търговско дружество или кооперация, се извършва при условията и по реда, предвидени в Търговския закон, съответно за чуждестранните дружества - на националното законодателство на държавата по регистрация, доколкото в този закон не е предвидено друго (чл. 54, ал. 1 от ЗЛЗ). Прекратяването на лечебни заведения, създадени от общини, се извършва след съгласие на МЗ (чл. 54, ал. 3 от ЗЛЗ).

4. Финансиране на лечебните заведения

Съгласно чл. 35, ал. 2 от ЗЛЗ лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ са юридически лица на бюджетна издръжка за специфичните си функции.

В чл. 96 от ЗЛЗ са посочени източниците за финансиране на лечебните заведения:

1. Националната здравноосигурителна каса;
2. държавният и общинските бюджети;
3. застрахователи, лицензирани по раздел II, буква "А", т. 2 или т. 1 и 2 от приложение № 1 към Кодекса за застраховането (КЗ);
4. местни и чуждестранни юридически и физически лица.

Съгласно чл. 97 от ЗЛЗ приходите на лечебното заведение се формират чрез постъпления от:

1. договори за оказана медицинска помощ;
2. директни плащания от физически и юридически лица, както и по чл. 37, ал. 1 от ЗЗО;
3. възстановяване на направени разходи от трета страна;
4. целеви субсидии от държавния бюджет, когато това е предвидено със Закона за държавния бюджет;
5. целеви субсидии от общинските бюджети, когато това е предвидено в тях;

6. отдаване под наем на оборудване, помещения и площи съгласно действащото законодателство;

7. дарения, завещания, помощи и други източници.

В случаите, когато медицинските услуги не се оказват по договор с НЗОК, лечебните заведения формират цена (чл. 98, ал. 1 от ЗЛЗ).

Разпоредбата на чл. 100, ал. 1 от ЗЛЗ указва, че държавата и общините могат да финансират държавните или общинските лечебни заведения чрез целеви субсидии, одобрени със Закона за държавния бюджет и с общинските бюджети. Целевите субсидии се отпускат за:

1. придобиване на дълготрайни материални активи;
2. основен ремонт, свързан с преустройство на лечебното заведение;
3. информационни технологии и системи;
4. финансово оздравяване на лечебни заведения за болнична помощ;
6. лечебни заведения, които се намират в райони с повишен здравен риск.

Финансирането на дейностите, свързани с инвестиционните разходи, може да се извършва съобразно държавното или общинското участие в капитала на лечебните заведения (чл. 100, ал. 3 от ЗЛЗ).

Чл. 95, ал. 2 от ЗЛЗ посочва, че държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ могат да лекуват пациенти срещу директно заплащане в рамките на не повече от 10 на сто от легловия фонд.

В чл. 45, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)¹¹ са посочени видовете медицинска помощ, заплащани от НЗОК. Заплащането за оказаната на осигуреното лице медицинска помощ се извършва от РЗОК на предоставилия я изпълнител (чл. 47 от ЗЗО). Съгласно чл. 59, ал. 1 от ЗЗО договорите по чл. 20, ал. 1, т. 4 от ЗЗО за оказване на медицинска помощ по този закон се сключват между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ в съответствие с Националния рамков договор и/или с решението по чл. 54, ал. 9 или 10 от ЗЗО. Всяко лечебно заведение за болнична помощ може да сключи договор по ал. 1 само за тази дейност за оказване на болнична медицинска помощ по чл. 45, за която има специалист/и, работещ/и на основен трудов договор (чл. 59, ал. 10). Алинея 5 допълва, че със средства от държавния бюджет или от бюджета на НЗОК се финансира само дейността на клиники и отделения в лечебни заведения за болнична помощ, за които е установено съответствие с критериите по чл. 59в.

Директорът на съответната районна здравноосигурителна каса прекратява договорите с изпълнителите на медицинска помощ в следните случаи:

¹¹ Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998 г., изм. и доп. ДВ. бр.23 от 8 Март 2013 г.

1. при отчитане на дейност, която не е извършена – частично, за съответната клинична пътека или за съответния пакет по специалност от основния пакет специализирана извънболнична медицинска помощ, по която е отчетена дейността;

2. при повторно отчитане на дейност, различна от тази по т. 1, която не е извършена, като договорът се прекратява изцяло (чл. 45, ал. 11 ЗЗО).

В *Постановление № 353 на МС от 27.12.2012 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО*¹² са уредени условията, при които НЗОК заплаща извършената и отчетена дейност от лечебните заведения. Приложение 2Б към чл. 2 от *Постановлението* е озаглавено „Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска дейност“. В чл. 1 от Приложение 2Б се посочва, че тази методика урежда заплащането на дейностите за болнична медицинска помощ за:

- ✓ задължително здравноосигурени лица;
- ✓ здравнонеосигурени лица - съгласно § 9, ал. 2, т. 3 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) за 2013 г.

НЗОК заплаща договорената и извършената дейност от изпълнителите на болнична медицинска помощ (БМП) съгласно Наредба 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК (чл. 2, ал. 1 от Приложение 2Б). Дейностите в болничната медицинска помощ по клинични пътеки (КП) се изплащат по Приложение 5 към Наредба 40 от 2004 г., и по цени, определени по реда на чл. 55д от ЗЗО, които включват:

- ✓ медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация;
- ✓ медицински дейности по КП, лекарствена терапия и услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхната хоспитализация;
- ✓ медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;
- ✓ до два контролни прегледа в лечебно заведение - изпълнител на БМП, при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване, задължително записани в епикриза.

НЗОК заплаща на изпълнител на болнична медицинска помощ за всеки отделен случай по КП при наличие на посочените в разпоредбата на чл. 10, ал. 1 условия¹³. В случаите, в които при лечение на пациент по определена

¹² Обн. ДВ, бр. 2 от 08.01.2013 г., в сила от 01.01.2013 г.

¹³ (1). отчетената КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от посочените в договора с НЗОК специалисти, включени в приложение 1 към договора с изпълнителите на БМП по съответната КП; (2). хоспитализираното лице е с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на хоспитализацията или ги възстанови до датата на

КП, която не е завършена, настъпят индикации за необходимост от лечение по друга КП, за която лечебното заведение няма сключен договор, лечебното заведение е длъжно да преведе пациента в друго лечебно заведение, сключило договор за съответната КП. Процесът по превеждането включва изписването на пациента от лечебното заведение за болнична помощ, транспортирането и хоспитализацията му в друго лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор за съответната КП. НЗОК заплаща КП на лечебното заведение, завършило лечението (чл. 13 от Приложение 2Б).

НЗОК заплаща договорената и извършената дейност по КП на изпълнителите на болнична помощ след представяне на посочените в чл. 19, ал. 1 от Приложение 2Б първични медицински и финансово-отчетни документи и след представяне на електронен отчет във формат, определен от НЗОК, подаван от изпълнителите на КП по реда на чл. 26, подписан с електронен подпис (чл. 19, ал. 2 от Приложение 2Б).

III. КОНКУРЕНТНОПРАВЕН АНАЛИЗ

1. Съответен пазар

ЗЛЗ урежда устройството и дейността на лечебните заведения, които, с помощта на лекари или лекари по дентална медицина, самостоятелно или с други медицински и немедицински специалисти, осъществяват всички или някои от посочените в чл. 2, ал. 1 от ЗЛЗ медицински дейности. Лечебните заведения се разделят на заведения, предоставящи извънболнична медицинска помощ (чл. 8 от ЗЛЗ), и предоставящи болнична медицинска помощ (чл. 9 от ЗЛЗ). От гледна точка на собствеността, чл. 4, ал. 1 от закона разграничава лечебните заведения на държавни (чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ), общински и частни (чл. 3, ал. 1 ЗЛЗ).

С оглед предмета на настоящото производство пред КЗК, посочен в решение на КЗК № 698/12.06.2013 г., анализът на нормативната уредба е съсредоточен върху *пазара на медицински услуги, финансирани с публични средства (от републиканския бюджет, от общински бюджети, от здравноосигурителни вноски чрез НЗОК) и предоставяни от лечебните заведения за болнична помощ*. В рамките на този пазар биха могли да бъдат разграничени и отделни подпазари, свързани със спецификите на конкретни медицински услуги, предоставяни от лечебни заведения за болнична помощ.

дехоспитализацията, с изключение на неосигурените жени, на които са оказани акушерски грижи по реда на чл. 45, ал. 1, т. 7 ЗЗО и чл. 82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето; (3) спазени са условията за завършена КП; (4) изпълнителят е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите: непрекъснатост на болничната помощ и грижите (ежедневно наблюдение и престой на пациента в ЛЗ), координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с диагностично-лечебния алгоритъм на съответната КП – при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес; (5) извършената дейност по КП е отчетена при условията и по реда на тази методика.

Поставените в част от становищата проблеми, засягащи нормативната регламентация на пазара на извънболнична помощ по договор с НЗОК или финансирани от републиканския бюджет (медицински услуги, извършвани от диагностично-консултантивни центрове, дневни психорехабилитационни програми и др.), са извън обхвата на проучването по настоящото производство и следва да бъдат разгледани в отделно производство пред КЗК.

2. Участници на съответния пазар

ЗЗК реципира дефиницията за „предприятие” от европейското право на конкуренцията, извлечена от практиката на Съда на Европейския съюз (СЕС). Съгласно §. 1, т. 7 от ДР на ЗЗК предприятие е „всяко физическо, юридическо лице или неперсонифицирано образувание, което извършва стопанска дейност, независимо от правната и организационната си форма“, а стопанска е „дейността на предприятия, резултатите от която са предназначени за размяна на пазара“ (§1, т. 13 от ДР на ЗЗК).

Практиката на ЕК и СЕС по отношение на предоставянето на медицински услуги от болнични заведения сочи, че „доколкото националната система за здравеопазване, управлявана от министерствата и други организации, функционира в съответствие с принципа за солидарност относно начина на финансиране от осигурителни и други държавни вноски и относно безплатното предоставяне на услуги на осигурените лица при условията на всеобщ достъп, тези организации не действат като предприятия, що се отнася до дейността им по управление на системата (Решение на Общия съд от 4 март 2003 г. по дело FENIN/Комисия, Т 319/99, Recueil, стр. II 357, точка 39). [...] дейността по предоставяне на болнични грижи се квалифицира като стопанска, като се счита, че същата трябва да се разграничи от „управлението на националната система за здравеопазване“, осъществявано от публични органи в рамките на властническите им правомощия.“¹⁴

Освен казуси, свързани с предоставянето на държавни помощи на болнични заведения, разглеждани от Европейската комисия (ЕК), редица национални органи по конкуренцията на държавите членки на ЕС имат значителен опит в правоприлагането на правото по конкуренцията по отношение на дейността на лечебните заведения. Дейността на лечебните заведения като предприятия по смисъла на националните закони за защита на конкуренцията е била обект на анализ от гледна точка на контрола на концентрациите на стопанска дейност (Германия, САЩ, Холандия и др.)¹⁵,

¹⁴ Вж. Решение на Общия съд (пети състав) от 7 ноември 2012 година по Дело Т 137/10 Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé (CBI) с/у Европейска комисия, т. 90-91.

¹⁵ В Германия Федералната картелна служба е постановила решения по над 150 случая на концентрации на стопанска дейност между болници през последните 8 години. Холандският орган по конкуренцията също е разгледал подобен брой концентрации на стопанска дейност между болници от 2004 г. насам. Вж. Кръгла маса на ОИСР на тема „Конкуренция при предоставянето на болнични услуги“, OECD, DAF/COMP(2012)9.

както и за наличието на евентуални забранени споразумения между конкуриращи се болници (Холандия).

С оглед на гореизложеното, КЗК счита, че лечебните заведения за болнична помощ, отговарящи на изискванията на ЗЛЗ, следва да бъдат анализирани от гледна точка на техния конкурентноправен статут като „предприятия” по смисъла на националното и европейското право на конкуренцията. В същото време следва да се анализира дали и доколко целият обем от дейности, осъществявани от лечебните заведения за болнична помощ, отговарят на характеристиките на понятието „стопанска дейност” по смисъла на ЗЗК и правото на ЕС. По-специално тези въпроси следва да бъдат обсъдени във връзка с дейността на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ.

3. Дейност на лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал.1 от ЗЛЗ

3.1. Специфични дейности на лечебните заведения по чл. 5, ал.1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС

Разпоредбата на чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ посочва, че центрoвете за спешна медицинска помощ, центрoвете за трансфузионна хематология, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ, домовете за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца, както и лечебните заведения към МС, МО, МВР, МП и МТИТС *се създават само от държавата*. Лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ *могат да се създават и от други лица*, домове за медико-социални грижи *се създават от общините и други юридически лица*.

Ведомствените лечебни заведения към съответните министерства по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ имат особен статут с оглед възложените им от държавата специфични функции наред с дейностите по предоставяне на болнична и медицинска помощ, идентична с тази, предоставяна от лечебните заведения извън обхвата на чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ.

На първо място, тези лечебни заведения имат възложени върху тях *отговорности, свързани с властническите правомощия на държавата* по отношение на отбраната на страната, националната сигурност, защита на населението при бедствия и аварии и др.¹⁶.

На второ място, тези лечебни заведения извършват дейности, свързани с предоставянето на *специфични медицински услуги, насочени към точно определени контингенти от лица* – военнослужещи, служители на МВР и др., определени със съответните закони, като финансирането на тези дейности е за сметка на държавния бюджет чрез бюджета на съответното

¹⁶ Вж. становища на МЗ, на ВМА, на Медицински институт към МВР, на болница „Лозенец“.

министерство, извън обхвата на медицинската помощ, предоставяна на българските граждани съгласно ЗЗ и ЗЗО.

На трето място, ведомствените лечебни заведения, създадени към съответните министерства, са *юридически лица, второстепенни разпоредители с бюджетни средства*. Съгласно чл. 35, ал. 2 от ЗЛЗ лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ са на бюджетна издръжка за специфичните си функции. Следователно, за осъществяване на специфичните медицински дейности, те се финансират от държавния бюджет, т.е. извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, финансирано от НЗОК или здравните услуги по ЗЗ, финансирани от републиканския бюджет и обхващащи всички български граждани, независимо от здравноосигурителния им статус.

Въз основа на посоченото може да бъде направен извод, че извън задължителното здравно осигуряване, *посочените лечебни заведения не се намират в конкурентни отношения с други лечебни заведения*. Нещо повече, дори разгледани в съвкупност, всяко от отделните ведомствени лечебни заведения изпълнява функции и предоставя медицински услуги, различни от тези на останалите ведомствени болници. Ето защо, при предоставяне на посочените специфични медицински услуги с оглед спецификата на правомощията на съответните министерства, ведомствените лечебни заведения се явяват лишени от реални и/или потенциални конкуренти и действат в качеството им на административни органи, подпомагащи упражняването на публичната власт в съответните сфери на държавното управление.

Въз основа на гореизложеното, КЗК счита, че по отношение на специфичните функции, възложени на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС с актовете за тяхното създаване, организация и дейност, свързани с осъществяването на държавното управление, тези лечебни заведения осъществяват административна, а не стопанска дейност, поради което те не представляват „предприятия” по смисъла на ЗЗК и правото на ЕС в областта на конкуренцията.

3.2. Дейност на централните за спешна помощ и централните по трансфузионна хематология

Съобразно принципите на конкуренцията, правото на държавата да предоставя изключителни права за осъществяване на определени медицински дейности само на точно определени лечебни заведения може да доведе до ограничаване на конкуренцията на пазара и до невъзможност или недопускане навлизането на нови участници на него. Това може да има негативен ефект върху качеството на предоставяната медицинската помощ и осигуряването на свободен и равнопоставен достъп до качествени медицински услуги за всички пациенти. Едно подобно ограничаване на конкуренцията би било оправдано, само когато се цели защита на значими обществени интереси, които не могат да бъдат защитени по друг начин.

В тази връзка Конституционният съд на Република България се е произнасял, че принципите на свободна стопанска инициатива на участниците в стопанския живот и за гарантирането на еднакви правни условия за стопанска дейност (чл. 19, ал.2 от Конституцията на РБ) нямат абсолютен характер и че те могат да бъдат ограничени с оглед защитата на други конституционни ценности, както и при наличие на съображения за обществено значими и приоритетни цели¹⁷. Наличието на съображения за целесъобразност, както и на потребност от постигането на обществено приоритетни и значими цели, допуска различни законодателните решения, без това да противоречи на конституционния принцип по чл. 19, ал. 2¹⁸.

В областта на здравеопазването разпоредбата на чл. 168, ал. 7 от Договора за функционирането на Европейския съюз (ДФЕС) предоставя изключителната компетентност на държавите членки по определянето на здравната им политика и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи, с оглед гарантиране наличието на качествена медицинска помощ в области, които съответната държава определя като приоритетни. КЗК счита, че здравната система, като национален приоритет, конституционно закрепен в чл. 52 от Конституцията на РБ и доразвит в чл. 2, от Закона за здравето е в неразривна връзка с поддържане на благосъстоянието на гражданите и обществото. Именно в тази светлина следва да бъде разгледана и разпоредбата на чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, регламентираща, че центровете за спешна медицинска помощ и центровете за трансфузионна хематология се създават само от държавата.

В чл. Чл. 52 от Конституцията на Република България е провъзгласено право на здравно осигуряване, гарантиращо на гражданите достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон. По силата на конституционните разпоредби държавата е длъжна да закриля здравето на гражданите. Същевременно държавата осъществява контрол върху всички здравни заведения, както и върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника и върху търговията с тях.

Съществуват два начина за финансиране на медицинските услуги за болнична помощ с публични средства – от републиканския/общинските бюджети и от здравноосигурителните вноски чрез НЗОК. Финансираните от републиканския/общинските бюджети медицински услуги не зависят от здравноосигурителния статус на пациентите. Те се предоставят на всички граждани, независимо от това дали са здравноосигурени или не.

Съгласно чл. 82 от ЗЗ, центровете за спешна медицинска помощ, както и центровете за трансфузионна хематология, се финансират със средства от

¹⁷ Вж. Решение на КС № 5 от 2002 г. по к. д. № 5 от 2002 г., Решение на КС № 6 от 1997 г. по к. д. №32 от 1996 г., Решение на КС № 3 от 2006 г. по к. д. № 4 от 2006 г.

¹⁸ Вж. Решение на КС № 15 от 21 декември 2010 г. по к.д. № 9 от 2010 г.

републиканския бюджет и/или от общинските бюджети. В чл. 99, ал. 1 от ЗЗ е уредено, че държавата организира и финансира система за оказване на медицинска помощ при спешни състояния.

По смисъла на чл. 24 от ЗЛЗ, *център за спешна медицинска помощ* е лечебно заведение, в което медицински специалисти с помощта на друг персонал оказват спешна помощ на болели и пострадали лица в дома, на местопроизшествието и по време на транспортирането до евентуалната им хоспитализация.

В чл. 1, ал. 2 от ПМС № 20 от 22 февруари 2000 г. за определяне на лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и на техните специфични функции¹⁹ са определени *специфичните функции* на центрoвете за спешна медицинска помощта, както следва:

- ✓ оказване на спешна медицинска помощ на болели и пострадали лица в дома, на местопроизшествието и по време на транспортирането до евентуалната им хоспитализация;
- ✓ специализиран спешен транспорт на пациенти, донори и органи, кръв, кръвни продукти и апаратура, на републикански и районни консултанти за оказване на спешна медицинска помощ;
- ✓ обучение на специализанти по спешна медицина.

По смисъла на чл. 25 от ЗЛЗ *център за трансфузионна хематология* е лечебно заведение, в което лекари с помощта на друг персонал:

- ✓ вземат кръв и кръвни съставки;
- ✓ диагностицират, преработват, съхраняват, осигуряват кръв и кръвни съставки;
- ✓ произвеждат, съхраняват и осигуряват кръвни биопрепарати;
- ✓ осъществяват дейности по трансфузионен надзор.

В разпоредбата на чл. 5, ал. 2 от ПМС № 212 от 6 октомври 2000 г. за определяне на лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и на техните специфични функции²⁰ са определени *специфични функции* на центрoвете за трансфузионна хематология, които включват:

- ✓ изследване и подбор на дарители на кръв;
- ✓ вземане, събиране, изследване, съхраняване и преработка на кръв;
- ✓ контрол на взетите кръв и кръвни съставки;
- ✓ производство, съхраняване и осигуряване на запаси от кръв, кръвни съставки и кръвни биопрепарати;
- ✓ промоция и организиране на кръводаряване;
- ✓ имунохематологична диагностика на пациенти и бременни.

По смисъла на чл. 5, ал. 3 от същото ПМС, Националният център по трансфузионна хематология изпълнява и специфични функции на методическо ръководство, координация и контрол на дейностите по трансфузионна хематология в страната, национални контролни и референтни функции по осигуряване на качеството и качествения контрол и въвеждането

¹⁹ Обн. ДВ. бр.17 от 29 Февруари 2000г., посл. изм. и доп. изм. ДВ. бр.106 от 27 Декември 2006г.

²⁰ Обн. ДВ. бр.84 от 13 Октомври 2000г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.18 от 22 Февруари 2013г.

на добрата производствена практика в трансфузионната система, както и диагностична, научноизследователска, приложна и учебна дейност.

По отношение на центрoвете за трансфузионна хематология в чл. 4 от Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането (ЗККК)²¹ е регламентирано, че кръвта и кръвните съставки не могат да бъдат предмет на възмездна сделка освен в случаите по този закон. Тези случаи са изброени в чл. 6 от ЗККК и са следните:

- ✓ при спешни случаи и при липса на налични количества от необходимата кръвна група в съответния център за трансфузионна хематология;

- ✓ за производство на ваксини, серуми и имуноглобулини;

- ✓ за научноизследователски и диагностични цели в медицината.

По смисъла на чл. 5 от ЗККК, във всички останали случаи кръв и кръв съставки се предоставят безвъзмездно или срещу възмездяване на разходите по тяхното вземане, диагностициране и преработка. Събраните по този начин средства постъпват в МЗ и се включват по бюджетите на центрoвете за трансфузионна хематология.

Видно от разпоредбата на чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ центрoвете за спешна медицинска помощ и центрoвете за трансфузионна хематология могат да бъдат създадени единствено от държавата. Съгласно чл. 35, ал. 1 лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 се създават и преобразуват от МС по предложение на МЗ. Тези лечебни заведения са на бюджетна издръжка за специфичните си функции. Устройството, дейността и структурата на центрoвете за спешна медицинска помощ и центрoвете за трансфузионна хематология се уреждат с правилник, издаден от МЗ. Предвид гореизложеното, може да се направи извод, че центрoвете за спешна медицинска помощ и центрoвете за трансфузионна хематология представляват лечебни заведения, които могат да бъдат създавани, управлявани и закривани изключително и единствено от държавата в лицето на МС и МЗ.

Изключителното право на даден субект да извършва определена дейност му предоставя положение на монопол върху тази дейност. В конкретната хипотеза, чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ предоставя законов монопол на държавата да упражнява дейностите, свързани със законовоопределените функции на центрoвете за спешна медицинска помощ, от една страна, и центрoвете за трансфузионна хематология, от друга. Конституцията на Република България допуска предоставянето на монополно положение със закон, но в изрично определени и лимитативно изброени случаи, по смисъла на чл. 18, ал. 4 от Конституцията, а именно: железопътния транспорт, националните пощенски и далекосъобщителни мрежи, използването на ядрена енергия, производството на радиоактивни продукти, оръжие, взривни и биологично силно действащи вещества. С оглед на изрично определените със съответните Постановления на МС специфични функции на центрoвете за спешна медицинска помощ, от една страна, и центрoвете за трансфузионна хематология от друга, е видно че те не попадат в нито един от предвидените в чл. 18, ал. 4 от Конституцията случаи, при които е допустимо

²¹ Обн. ДВ. бр.102 от 21 Ноември 2003г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.68 от 2 Август 2013г.

предоставянето на монопол чрез закон. Съгласно чл. 19 от ЗЗК, монополно положение може да се предоставя само със закон в случаите по чл. 18, ал. 4 от Конституцията на Република България, като всяко друго предоставяне на монополно положение извън горепосочения случай е недействително.

Видно от посочените разпоредби, е необходимо да бъде анализирано доколко осъществяването на спешна медицинска помощ и дейностите по трансфузионна хематология представляват „стопанска дейност” по смисъла на ЗЗК и правото на ЕС в областта на конкуренцията, което би обусловило извод за приложимост или неприложимост на горепосочените разпоредби на Конституцията на РБ и на ЗЗК към тях. В случай че дейността на центрите за спешна медицинска помощ и на центрите за трансфузионна хематология притежава характеристиките на „стопанска дейност”, те следва да бъдат определени като „предприятия” по своя конкурентноправен статут и да бъде анализирано доколко е допустимо и действително възлагането на монополно положение на държавата да осъществява тази дейност. В тази връзка следва да се отбележи, че преценката дали дадено физическо или юридическо лице или неперсонифицирано образувание, независимо от правната или организационна си форма, представлява „предприятие”, което извършва „стопанска дейност” по смисъла на ЗЗК и европейското право на конкуренцията, зависи от това, какъв е *характерът* на неговата дейност.

а) Дейност на центрите за спешна медицинска помощ

Центровете за спешна медицинска помощ организират и осигуряват²²:

- ✓ оказване на квалифицирана спешна медицинска помощ на местопроизшествието;
- ✓ необходимия обем от спешни диагностични изследвания съобразно възможностите и наличната апаратура;
- ✓ клиничното и инструменталното наблюдение на пациента до неговата хоспитализация;
- ✓ провеждането на необходимите лечебни и специфични реанимационни дейности до настаняването на пациента в болница;
- ✓ оказването на спешна медицинска помощ при бедствия, аварии и катастрофи, осъществявайки взаимодействие с органите на полицията, пожарната и гражданската защита;
- ✓ спешната консултативна помощ между лечебните заведения, предоставяйки спешен санитарен транспорт на републиканските и районните консултанти;
- ✓ координацията и дейността по транспорта на донори и органи до лечебните заведения, в които се извършват трансплантации;
- ✓ приемане, регистриране, обработка и предаване с помощта на автоматизирана информационно-комуникационна система на постъпилите

²² Вж. чл. 9 от Наредба № 25 от 4 ноември 1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ, издадена от МЗ (обн. ДВ. бр.98 от 12 Ноември 1999г., изм. ДВ. бр.69 от 7 Август 2001г.)

повиквания за помощ и подадената информация от екипите; данните се съхраняват върху магнитен носител за срок 3 години;

✓ осигуряване на специализиран транспорт за: пациенти, нуждаещи се от спешна медицинска помощ; кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура между лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ; спешно болни с показания за транспорт от реанимационен екип от/между лечебни заведения; републикански и районни консултанти; превозване на трупове, подлежащи на съдебно-медицинска експертиза, от мястото на произшествието до съответното лечебно заведение за болнична помощ, в случаите на инцидентно настъпила смърт на обществени места.

✓ вземане на кръвни проби за алкохол и други упойващи вещества от водачи на моторни превозни средства;

✓ експертиза за временна неработоспособност.

Съгласно чл. 7 от Наредбата № 25, разходите по оказване на спешна медицинска помощ до хоспитализиране на пациента се поемат от държавата.

Спешна медицинска помощ се оказва от всички лечебни заведения (за болнична и извънболнична помощ), регистрирани по реда и условията на ЗЛЗ (чл. 1, ал. 2 от Наредба № 25).

Видно от посочените разпоредби, дейностите, извършвани от центровете за спешна помощ, включват както координационни дейности, така и специфични медицински дейности, свързани с оказване на необходимите медицински грижи за нуждаещото се лице и неговото транспортиране в отделение за спешна помощ в лечебно заведение. В този смисъл КЗК е на мнение, че дейността, извършвана от центровете за спешна помощ има двойствен характер. Координационните дейности (напр. приемане, регистриране, обработка и предаване с помощта на автоматизирана информационно-комуникационна система на постъпилите повиквания за помощ и подадената информация от екипите, осигуряване на специализиран транспорт) могат да бъдат оценени като *административна дейност*, извършвана от квалифицирани лица, която е присъща на държавата в изпълнение на възложените ѝ от Конституцията и законите задължения за опазване на здравето на гражданите. В същото време, дейностите, свързани пряко с оказване на медицински грижи и помощ на пациентите (квалифицирана спешна медицинска помощ на местопроизшествието, диагностични изследвания, клиничното и инструменталното наблюдение на пациента до неговата хоспитализация, провеждането на необходимите лечебни и специфични реанимационни дейности до настаняването на пациента в болница), попадат в обхвата на специфично медицинските дейности по лечение на пациентите. Медицинските грижи и спешната помощ за пациентите представляват стопанска дейност, тъй като резултатът от нея (медицинската услуга) е предназначен за размяна на пазара, на който доставчиците на медицинска помощ задоволяват определени потребности на пациентите, за които тази услуга не е взаимозаменяема по своите

характеристики и предназначение с други продукти. В качеството ѝ на стопанска дейност тази медицинска услуга може да бъде извършвана и от други пазарни субекти, освен централните за спешна помощ, които са създадени от държавата, а именно - лечебни заведения, независимо от формата им на собственост, разполагащи с необходимите специалисти и оборудване съгласно медицински стандарти, определени от държавата в нормативен или общ административен акт. По този начин, запазвайки за себе си координационните функции като *нестопанска дейност* по осигуряване на ефективното функциониране на системата на спешната помощ в страната, държавата би могла да се възползва от допълнителен ресурс от лечебни заведения, които, в качеството си на „предприятия”, осъществяващи *стопанска дейност* по предоставяне на медицински грижи за нуждаещите се пациенти, биха могли да направят системата на спешната помощ по-ефективна и отговаряща на нуждите на пациентите. Лечебните заведения, оказващи спешна помощ, включително централните за спешна помощ, създадени от държавата, следва да получават финансиране за тази си дейност от републиканския бюджет по ред и при условия, които биха гарантирали равнопоставеността между тях от гледна точка на правилата на конкуренцията при осъществяване на дейността им.

КЗК е на мнение също така, че сега действащата нормативна уредба относно субсидирането на дейности, свързани с оказване на спешна помощ, по-специално във връзка с изказаното от Военномедицинска академия становище, съгласно което съществуват нормативни пречки лечебните заведения по чл. 5, ал.1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС да получават субсидии от републиканския бюджет за реално извършени от тях дейности по спешна помощ, са в състояние да повлияят негативно на конкуренцията между лечебните заведения за болнична помощ. Негативните ефекти засягат ведомствените лечебни заведения и са свързани с влошаване на икономическото им състояние, поради това, че реално извършени от тях дейности не се заплащат от държавата и остават за сметка на бюджета на тези болници, предназначен за специфичните им дейности.

С оглед на гореизложеното, КЗК счита, че компетентните органи следва да изменят и/или допълнят нормативната уредба, като създадат възможност медицински дейности по оказване на спешна помощ да могат да бъдат извършвани от всички лечебни заведения по ЗЛЗ, независимо от правно-организационната им форма и собствеността им, като тези лечебни заведения получават заплащане за оказаната медицинска услуга от републиканския бюджет при спазване на критериите за равнопоставеност и липса на дискриминация и съблюдаване на изискванията на Наредба № 45 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“. Координационните функции на системата за спешна помощ биха могли да останат част от административните правомощия на държавата (чрез централните за спешна помощ).

б) Дейност на центрoвете за трансфузионна хематология

От изложените по-горе разпоредби, регламентиращи дейността на центрoвете за трансфузионна хематология, може да бъде направен извод, че законодателят е възложил тази дейност единствено на правни субекти, създадени от държавата в специфична правно-организационна форма, а именно: юридически лица на бюджетна издръжка. Във връзка със същността на изпълняваните от тези центрoве функции, така както са определени в нормативната уредба, може да бъде направено следното разграничение.

Донорството на кръв е безвъзмезден хуманен акт на дарение (кръводаряване) от страна на гражданите и като такъв *няма характер на стопанска дейност* на донорите. Европейската правна уредба изисква от страните членки на ЕС да предприемат необходимите мерки, за да съдействат за самостоятелното осигуряване в рамките на Общността с човешка кръв или плазма, като за тази цел те насърчават доброволното безвъзмездно даряване на кръв и плазма и предприемат необходимите мерки за развитие на производството и употребата на продукти, получени от човешка кръв и плазма в резултат на доброволно безвъзмездно донорство²³.

Кръвта и кръвните продукти, получени безвъзмездно от донори от центрoвете за трансфузионна хематология, от многопрофилните болници, в които има отделения по трансфузионна хематология и от Военномедицинска академия, подлежат на диагностициране, преработка и съхранение, като тези дейности се изпълняват от центрoвете за трансфузионна хематология. Тези центрoве, от своя страна, снабдяват *безвъзмездно* лечебните заведения за болнична помощ с необходимите им ежегодно планирани количества кръв.

Извън планираните ежегодно количества кръв от болниците се допуска снабдяването на лечебните заведения с допълнителни количества преработена кръв и кръвни продукти от центрoвете за трансфузионна хематология срещу възмездяване на разходите по тяхното вземане, диагностициране и преработка. ВМА организира събирането, диагностицирането, преработката и съхранението на кръв и кръвни продукти за собствените си нужди. Количествата кръв и кръвни продукти над необходимите за ВМА се предоставят безвъзмездно на центрoвете по трансфузионна хематология.

Центрoвете за трансфузионна хематология, както и ВМА, доставят също така плазма на производители на лекарства.

Разходите за стимулиране на кръводарителите, както и за диагностициране и преработка на кръв и кръвни продукти са нормативно

²³ Вж. чл. 110 от Директива 2001/83/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 6 ноември 2001 година за утвърждаване на кодекс на Общността относно лекарствени продукти за хуманна употреба, ОВ, L 311, 28.11.2001г., стр. 67.

фиксираны в наредба, издадена от МС²⁴. В наредба на МС²⁵ са фиксираны и цените на плазмата, която се доставя на производителите на лекарства. Събраните средства по реда на двете наредби постъпват в МЗ и се включват по бюджетите на центрoвете за трансфузионна хематология.

Анализът на нормативната уредба, регламентираща функционирането на центрoвете по трансфузионна хематология, налага извод, че дейността по трансфузионна хематология не представлява „стoпанска” дейност по смисъла на ЗЗК.

3.3. Дейност на лечебните заведения по чл. 5, ал.1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС по договор с НЗОК

Видно от нормативната уредба и представените становища, лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС, извън специфичната дейност, осъществявана от тях във връзка с изпълнението на властническите правомощия на съответното министерство, предоставят медицински услуги за болнична помощ по договори с НЗОК. При изпълнение на дейности, финансирани от НЗОК по договор със съответното ведомствено лечебно заведение, тези болници придобиват качеството на „предприятия”, осъществяващи „стoпанска дейност”, по смисъла на ЗЗК и европейското право на конкуренцията. Именно в качеството им на предприятия, ведомствените болници участват на пазара на финансирани с публични средства болнични медицински услуги и се конкурират с всички останали лечебни заведения от болничната помощ, независимо от собствеността им (държавна, общинска, държавна/общинска, частна), за привличането на здравноосигурени пациенти, чието лечение се поема от НЗОК.

От гледна точка на правилата на конкуренцията следва да бъде направен анализ доколко регламентацията на дейността на лечебните заведения, сключили договор с НЗОК за медицински услуги от болничната помощ, гарантира равнопоставеното и недискриминационно третиране на различните лечебни заведения в страната.

4. Финансиране от НЗОК

Съгласно практиката на Конституционния съд на Република България, общественото осигуряване е изградено като система за взаимопомощ, чрез която се защитава общият интерес, като от набиранияте вноски на всички осигурени се осигурява материалната защита на изпадналите в нужда

²⁴ Наредба за условията и реда за възмездяване и остойностяване на разходите по вземане, диагностика и преработка на кръв и кръвни съставки, за стимулирането, организирането и провеждането на дейностите, свързани с кръводаряването, и за реда и цените за заплащане на кръвта и кръвните съставки, приета с ПМС № 113 от 16.05.2007 г., обн. ДВ. бр.42 от 29 Май 2007г., изм. ДВ. бр.24 от 4 Март 2008г.

²⁵ Наредба за определяне на условията, реда и цените за доставка на плазма на производителите на лекарства, приета с ПМС № 148 от 30.06.2004 г., в сила от 01.01.2005 г., обн. ДВ. бр.60 от 9 Юли 2004г., изм. ДВ. бр.42 от 29 Май 2007г.

членове на общността, поради настъпването на определени осигурени рискове - болест, злополука, майчинство, старост и смърт²⁶. В този смисъл общественото осигуряване е изградено върху принципите на солидарност и съпричастност²⁷. Принципът на солидарността е основен стълб, върху който е изградена системата за социална защита на гражданите в страните от ЕС. Чл. 2 от ДФЕС²⁸ изрично реферира и към принципа на солидарност като една от основните ценности на ЕС²⁹.

Финансирането на медицинските дейности от НЗОК се извършва чрез заплащане на здравноосигурителни вноски от здравноосигурените лица. Медицинските услуги, включени в стойността на клиничните пътеки (КП) се предоставят само на тези пациенти, които са здравноосигурени. Всяко лечебно заведение, без оглед на собствеността на капитала му, може да предлага медицински дейности, реимбурсирани от НЗОК, стига да е сключило договор с касата. Следователно лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и тези, извън чл. 5, ал. 1 имат равнопоставен достъп до пазара на предоставянето на болнична медицинска помощ, финансирана от НЗОК, доколкото тези болници отговарят на критериите за сключване на договор с НЗОК, които за 2013 г. са посочени в НРД за 2012 г. и Решение № РД – НС -04 -8 от 31.01.2013 г. на Надзорния съвет на НЗОК.

4.1. Остойносттаване на медицинските дейности в болничната помощ

Стойността на клиничните пътеки, които се заплащат от НЗОК, се договаря между касата и съсловните организации. Съгласно чл. 53, ал. 1 от ЗЗО, за осъществяване на дейностите, предвидени в ЗЗО, НЗОК и БЛС приемат чрез подписване Национален рамков договор обемите и цените на медицинските дейности в болничната и извънболничната помощ. Процедурата е уредена в чл. 55г и чл. 55д от ЗЗО. Съгласно чл. 55г, ал. 1 и 4 от ЗЗО прогнозните обеми и цени на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 се разработват от НЗОК в съответствие с утвърдените по реда на чл. 6, ал. 1 от ЗЛЗ медицински стандарти и Правилата за добра медицинска практика. Прогнозните обеми и цени се одобряват от Надзорния съвет на НЗОК по предложение на управителя на НЗОК в съответствие със становището на МФ и на МЗ (чл. 55г, ал. 5 от ЗЗО). Разпоредбата на чл. 55д, ал. 1 от ЗЗО посочва, че обемите и цените на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 се договарят ежегодно в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година след внасяне на проекта на закон за бюджета на НЗОК за следващата календарна

²⁶ Вж. Решение на КС на РБ № 5 от 29 юни 2000 по к.д. № 4 от 2000 г.

²⁷ Вж. Решение на КС на РБ № 2 от 4 април 2006 г. по к.д. № 9 от 2005 г.

²⁸ „Съюзът се основава на ценностите на зачитане на човешкото достойнство, на свободата, демокрацията, равенството, правовата държава, както и на зачитането на правата на човека, включително правата на лицата, които принадлежат към малцинства. Тези ценности са общи за държавите-членки в общество, чиито характеристики са плурализмът, недискриминацията, толерантността, справедливостта, солидарността и равенството между жените и мъжете“

²⁹ Вж. Рецитал 5 от Преамбюла на Конституцията на РБ, провъзгласяващ създаването на “демократична, правова и социална държава”.

година за разглеждане от Народното събрание. Обемите и цените на медицинските дейности се договарят от 10 представители на НЗОК и 10 представители на БЛС (чл. 55д, ал. 2). АLINEЯ 9 на чл. 55д допълва, че когато обемите и цените на медицинската помощ по ал. 1 не бъдат приети при условията и в сроковете, определени в този закон, управителят на НЗОК внася одобрените по реда на чл. 55г, ал. 5 обеми и цени чрез министъра на здравеопазването за приемане от МС заедно със становището на МФ и на МЗ не по-късно от последния работен ден на текущата година.

В представените становища по настоящото производство се твърди, че в процедурата по договаряне стойността на отделните клинични пътеки НЗОК заема ключова позиция, а ролята на БЛС е силно ограничена. Към този извод навежда и предвидената правна възможност, в случай на непостигане на споразумение по време на преговорите и съответно неподписване на договор с БЛС за приемане на обеми и цени на медицинските дейности, последните да се одобряват от Надзорния съвет на НЗОК по предложение на управителя на касата в съответствие със становището на МФ и МЗ. В случай, че цените и обемите на медицинските дейности не се договарят, те се приемат с Постановление на Министерски съвет.

Следователно, обстоятелството, че законът предоставя възможността остойносттаването на КП да се извършва на практика едностранно от НЗОК, без участието на БЛС (чл. 55д, ал. 9 ЗЗО) показва, че съсловната организация не е в положение на равнопоставеност с касата при формиране цените на медицинските услуги.

От гледна точка на правилата на конкуренцията следва да се отбележи, че стойността на отделните клинични пътеки е еднаква за всички ЛЗ за болнична помощ, без значение от собствеността им. Съгласно представените становища и разпоредбите на Методиката за остойносттаване на дейностите в болничната медицинска помощ, стойността на клиничните пътеки се определя емпирично и на исторически принцип, в зависимост от заложените в ЗБНЗОК средства, без обективен анализ на реалните разходи на лечебните заведения по отделните клинични пътеки. В НРД за 2012 г., в приложение „Клинични пътеки“ не са посочени разходите по групи, които са включени в стойността на КП. Такива не са посочени и в *Постановление № 5 на МС от 10.01.2013 г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравето осигуряване за 2013 г.*³⁰. В *Постановление № 353 на МС от 27.12.2012 г. за приемане на методики за остойносттаване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО*, в чл. 2 от Методиката за остойносттаване на дейностите в болничната медицинска помощ се посочва, че цените включват: медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация; медицински дейности по КП, лекарствена терапия и услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхната хоспитализация; медицинска експертиза на временната неработоспособност

³⁰ Обн., ДВ, бр. 5 от 18.01.2013 г., в сила от 1.01.2013 г.

на пациентите; до два контролни прегледа в лечебното заведение при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване, задължително записани в епикризата.

Методиката предвижда също така изчисляването на единните реимбурсни цени на отделните клинични пътеки да се извършва чрез обобщаване на информацията от лечебните заведения за болнична помощ за фактически извършените разходи от различните видове болници, изчисляване на нови единни реимбурсни цени и изчисляване на необходимите средства на национално ниво на базата на новите единни реимбурсни цени и прогнози за броя пациенти по клинични пътеки.

Новите реимбурсни цени се определят на базата на анализ на съотношенията между досегашните реимбурсни цени и реалните разходи, декларирани пред НЗОК, като се изчисляват коефициенти на относително надценяване/подценяване за всяка клинична пътека като отношение на разликата на средния разход и реимбурсната цена спрямо средния разход. Посочено е, че новата реимбурсна цена се позиционира в интервала между старата цена (действаща през 2011 и 2012 г.) и средните разходи за един хоспитализиран през 2011 г.

Видно от посоченото, липсват ясни критерии, по които НЗОК да формира цената, която заплаща за съответната клинична пътека, като не е налице възможност в стойността ѝ да бъдат разграничени отделните пера, които се покриват – за лекарства, за диагностика, за труд, за изследвания и т.н. Това води до несъответствие между стойността на пакета от дейности, включени в КП и реално осъществените от лечебните заведения разходи - факт, който се изтъква в практически всички становища, представени по настоящото производство.

По мнение на КЗК неточното отчитане на реално направените от лечебните заведения разходи и вземането им предвид при остойносттаването на КП би могло да създаде условия за нарушаване на ефективната конкуренция между лечебните заведения на пазара на финансирани от НЗОК медицински болнични услуги. Наличието на обективно необосновани диспропорции в цените на клиничните пътеки е в състояние да преориентира пазарното поведение на лечебните заведения от недофинансирани към свръхфинансирани клинични пътеки, което, от своя страна, е от обективно естество да доведе до неефективност на системата на здравеопазването в ущърб на интересите и благосъстоянието на пациентите като потребители на болнични медицински услуги. Обективният процес на пренасочване на лечебните заведения към високоплатени клинични пътеки създава свръхпредлагане по отношение на тези дейности и ограничаване на избора на пациентите за болнично лечение по клинични пътеки, които не са икономически атрактивни за болниците.

Както подчертава и Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР), методът на заплащане на болничните медицински услуги е ключов за стимулиране на конкуренцията на този пазар. Фиксираните осигурителни бюджети или схеми за реимбурсиране създават икономическа

неефективност. Посочва се, че през последните години редица държави са възприели модел на финансиране, основан на Диагностично свързаните групи, който е доказал по-високата си ефективност при осигуряване на стимули за конкуренцията, поради това, че плащането следва пациента. Според ОИСР, очакваният ефект от засилената конкуренцията на пазара на болнични услуги зависи в значителна степен от фактическите цени. Диагностично свързаните групи отграничават различните видове болнични услуги въз основа тяхната клинична сложност и определят т.нар „ефективна цена“ на всеки приключен случай. В заключение от организацията посочват, че оптималните цени са в състояние на прищпорят развитието на клиничната практика, иновациите и увеличаването на продуктивността, докато недофинансираните цени водят до негативни ефекти като дискриминация на пациентите в зависимост от реимбурсната цена на необходимото лечение³¹.

В допълнение към горепосоченото, при лечение по недофинансирани клинични пътеки разликата се поема от съответното лечебно заведение, като по този начин се получава неравнопоставеност между държавни и частни ЛЗ. Последните са изправени пред възможността да покрият дефицита или чрез увеличаване цените на медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, или чрез съкращаване на разходите, което съответно може да доведе до влошаване на качеството на предлаганото болнично лечение и медицинска помощ.

Въз основа на гореизложеното, КЗК изразява мнение, че е необходимо да бъде направен сериозен анализ на остойността на медицинските дейности в болничната помощ в страната, предвид възможните конкурентноправни ефекти от него, с цел премахване на съществуващите диспропорции – или чрез създаване на методика за остойността на разходите, основана на обективни критерии и вземаща предвид реалните разходи на лечебните заведения, или чрез преминаване към финансиране от НЗОК по модела на Диагностично свързаните групи.

5. Национална здравна карта и областни здравни карти

5.1. Максимален и минимален брой легла

Съгласно чл. 29, ал. 2 от ЗЛЗ планирането и разпределението на лечебните заведения по ал. 1 се извършват чрез Национална здравна карта и областни здравни карти, посредством които се осъществява националната здравна политика. Планирането и разпределението на лечебните заведения се извършва на териториален принцип въз основа на потребностите на населението от достъпна и своевременна медицинска помощ.

По смисъла на чл. 31 от ЗЛЗ *областните здравни карти* съдържат:

1. географските граници на здравните райони;

³¹ Вж. Доклад от Кръгла маса на ОИСР на тема „Конкуренция при предоставянето на болнични услуги“, OECD, DAF/COMP(2012)9.

2. вида, броя, дейността и разпределението на лечебните заведения по отделните нива на медицинското обслужване в областта, без тези по чл. 32, ал. 2, т. 2 от ЗЛЗ;

3. необходимия минимален брой на лекарите и лекарите по дентална медицина в извънболничната помощ по специалности;

4. минималния и максималния брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и легла за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение;

5. лечебните заведения за болнична помощ, с които НЗОК задължително сключва ежегодно договори по смисъла на ЗЗО.

Разпределението на броя на леглата се определя съобразно броя на населението в областта по ред, определен в методика, утвърдена от МЗ. При изработването на методиката МЗ е длъжен да съобрази достъпа до медицинско обслужване на населението. За изработване на областната здравна карта МЗ назначава комисия.

По смисъла на чл. 32 от ЗЛЗ *националната здравна карта* съдържа:

1. съдържанието на областните здравни карти след съгласуването и утвърждаването им от МЗ;

2. необходимия брой центрове за спешна медицинска помощ, центрове за трансфузионна хематология, лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ, лечебни заведения за лечение на онкологични заболявания, с изключение на комплексните онкологични центрове, лечебни заведения за лечение на инфекциозни болести, включително особено опасни инфекциозни болести и домове за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца;

3. националните здравни приоритети;

4. лечебните заведения за болнична помощ, с които НЗОК задължително сключва ежегодно договори по смисъла на ЗЗО за осигуряване на достъпна медицинска помощ;

5. минималния и максималния брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение на лечебните заведения по т. 1 и 2;

6. списък на лечебните заведения за болнична помощ, които не подлежат на приватизация.

Националната здравна карта на Република България се утвърждава с решение на МС по предложение на МЗ.

С оглед на гореизложеното е видно, че националната и областните здравни карти съдържат минималния и максималния брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение. По силата на чл. 31, ал. 2 от ЗЛЗ разпределението на минималния и максималния брой легла следва да се определя съобразно броя на населението в съответната област.

В становището на МЗ, представено в настоящото производство, е посочено, че за всяка област са определени минимален и максимален брой

легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и легла за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение, при определени параметри за обща осигуреност с болнични легла на 1 000 души население – минимум 4‰ и максимум 5,9‰, които са съпоставими с осигуреността в страните от ЕС. За сравнение се посочва средната осигуреност с болнични легла в ЕС, която е 5,9‰. В рамките на общия брой болнични легла е определена вътрешната структура на леглата по видове, съобразено с потребностите на населението от болнична помощ. Според предоставената от МЗ информация, при определяне на максималния брой легла по видове са взети предвид здравно-демографските характеристики и нивото на хоспитализираната заболяемост във всяка област. МЗ посочва, че реално се наблюдава неравномерно разпределение на леглата както между отделните области, така и между отделните видове легла, като е налице значително по-висока осигуреност с легла за активно лечение, при недостиг на легла за интензивно лечение и на легла за долекуване, продължително лечение и рехабилитация.

От гледна точка на конкуренцията, поставянето на количествени ограничения, свързани с минималния и максималния брой легла, може да доведе до възпрепятстване на ефективната конкуренция между лечебните заведения. Въвеждането на максимално допустим брой легла ограничава възможностите за конкуренция, тъй като болниците са административно ограничени да разширяват легловия си капацитет и да постигнат икономии от мащаба. При липса на подобно ограничение лечебните заведения биха определили сами какъв е оптималният брой легла, който е необходим за осъществяване на дейността им. При добро качество на предоставяните услуги, болницата би била в състояние да привлича повече пациенти към себе си, но поради поставяне на ограничение за максимален брой легла, тя няма да бъде в състояние да ги приеме. По този начин лечебните заведения са лишени от стимул за подобряване качеството на предоставяните от тях болнични услуги, тъй като при възможност за привличане на пациенти или при повишено търсене от тяхна страна, лечебните заведения са нормативно ограничени да разширят своята дейност.

Горното съображение, обаче, не е относимо към изискването за минимален брой легла. Подобно изискване има легитимна цел да гарантира на всички граждани правото на достъп до лечение в лечебните заведения. Минималните прагове за необходимия брой легла в едно лечебно заведение е пряко свързано със задължението на държавата да осигури ефективен достъп на всички свои граждани до болнично лечение. По подобен начин следва да бъде тълкувана и разпоредбата на чл. 95, ал. 2 от ЗЛЗ, според която държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ могат да лекуват пациенти срещу директно заплащане в рамките на не повече от 10 на сто от легловия фонд. В този случай, макар и да е наложено количествено ограничение, то е оправдано, тъй като предотвратява възможността здравноосигурените граждани да бъдат „насочвани” към платено лечение.

Предвид гореизложеното, КЗК е на мнение, че определянето на максимален брой легла в ЛЗ е количествено ограничение на конкуренцията,

което не е оправдано от наличието на значим обществен интерес, и съответните разпоредби на ЗЛЗ следва да бъдат изменени.

5.2. Списък на лечебните заведения, с които НЗОК задължително сключва договор

Съгласно разпоредбите на чл. 31, ал. 1, т. 5 и чл. 32, ал. 2, т. 4 националната и областните здравни карти съдържат списък на лечебните заведения за болнична помощ, с които НЗОК задължително сключва ежегодно договори.

В становището на МЗ е посочено, че в този списък са включени само държавни лечебни заведения за болнична помощ, които отговарят на критериите за гарантиране на качествено и комплексно обслужване на гражданите. Включването в този списък само на държавни лечебни заведения за болнична помощ се обосновава от МЗ с това, че за тях държавата може да гарантира изпълнението на всички условия от страна на болниците, за да бъде сключен договор с НЗОК. Според МЗ, в случая държавата се явява гарант на своите болници, че ще сключат договор с НЗОК и ще осигурят населението с необходимите видове болнична медицинска помощ. В списъка са включени три големи групи лечебни заведения за болнична помощ.

По силата на чл. 55, ал. 2, т. 1 от ЗЗО Националните рамкови договори, приети по реда на чл. 54 от ЗЗО от БЛС и НЗОК, съдържат условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, както и реда за сключване на договори с тях.³²

Договорите между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ са уредени в Раздел VIII на ЗЗО. Съгласно чл. 59, ал. 1 от ЗЗО договорите се сключват между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ в съответствие с НРД и/или с решението по чл. 54, ал. 9 или 10. Всяко лечебно заведение за болнична помощ може да сключи договор само за тази дейност за оказване на болнична медицинска помощ, за която има специалист/и, работещ/и на основен трудов договор. В 30-дневен срок от влизането в сила на НРД лечебните заведения подават заявления в РЗОК за сключване на договор. Директорът на РЗОК в срок от 30 дни от подаване на заявлението сключва договор съответно допълнително споразумение с изпълнителите, които отговарят на условията и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ, а именно::

1. обезпеченост на лечебното заведение с медицински специалисти на основен трудов договор;
2. наличие на нормативно определената и технически изправна медицинска апаратура и техника на територията на съответното лечебното заведение;
3. осигуряване от лечебното заведение на непрекъснато 24-часово изпълнение на медицинска помощ при спешни състояния;

³² Действащите към момента критерии, на които следва да отговарят всички лечебни заведения за сключване на договор с НЗОК, са определени в НРД за 2012 г. (приложение „Клинични пътеки“) и Решение № РД-НС-04-8 от 31.01.2013 г. на Надзорния съвет на НЗОК.

4. предоставяне на медицинска помощ в съответствие с утвърдените медицински стандарти и Правила за добра медицинска практика.

В Приложението „Клинични пътеки“ към НРД за посочени конкретните критерии за сключване на договор с НЗОК за всяка КП:

- ✓ необходимото структурно звено и нивото му на компетентност;
- ✓ обезпеченост на лечебното заведение с минимално необходима медицинска апаратура;
- ✓ минимален брой лекари и медицинската специалност, изискуема за сключване на договора по дадена клинична пътека.

Извън предвидените лечебни заведения за болнична помощ, с които НЗОК задължително сключва ежегодни договори по ЗЗО³³, няма ограничения относно максималния брой договори, които здравната каса може да сключи с останалите ЛЗ. Следователно по силата на чл. 59б, ал. 1 от ЗЗО всяко лечебно заведение, което кандидатства за получаване на финансиране от НЗОК и отговаря на така установените условия и критерии за достъпност и качество на медицинската помощ по сключва договор с НЗОК и става изпълнител на медицинска помощ. Критериите за всяка клинична пътека, посочени в НРД за съответната година, дават възможност на всяко ЛЗ, чиито структурни звена са получили изискуемото ниво на компетентност, да сключат договор с касата.

От гледна точка на правилата на конкуренцията така установените критерии, на които следва да отговарят лечебните заведения, за да получат финансиране от НЗОК, създават определени негативни ефекти, а именно:

✓ Предвидената в закона неограничена възможност за сключване на договор с касата, води като последица до правото на всички ЛЗ да получат гарантиран ограничен дял от публичния ресурс, чрез дадените КП, в резултат на което се намаляват стимулите на ЛЗ да се конкурират помежду си, като предлагат по-качествени услуги на здравноосигурените лица, доколкото всяко от тях би имало осигурен дял от финансирането на НЗОК. Липсата на стимул за конкуренция между ЛЗ е от естество да увреди интересите и на пациентите, тъй като би довело до по-ограничен избор на услуги, с по-ниско качество, лишавайки ги от преимуществата на един ефективно работещ пазар;

✓ С гарантирания от НЗОК равен дял за всички ЛЗ, които отговарят на критериите за сключване на договор с касата, се стимулира създаването на неоправдано голям брой лечебни заведения за болнична помощ. В същото време, обаче, наличието на голям брой ЛЗ, не е, само по себе си, достатъчно условие за развитието на ефективна конкуренция на пазара на болнични медицински услуги. За да се стимулира развитието на конкурентната среда, следва да се създадат условия за подобряване на качеството на предлаганите медицински услуги, усъвършенстване на оборудването, подобряване компетентността на медицинските специалисти и

³³ Вж. чл. 31, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ

т.н. на базата на конкуренция за получаване на по-голям дял от публичните средства;

✓ Прекомерният брой ЛЗ, сключили договори с НЗОК, може да доведе и до намаляване на ефективността на контрола върху разходването на публичните средства. Колкото по-голям е броят на ЛЗ, толкова по-засилен трябва да бъде административният капацитет на контролните органи. При ограничен административен и финансов ресурс за осъществяване на контрол, по-целесъобразно би било да се оптимизира броят на ЛЗ, които работят със средства от НЗОК. Недостатъчно ефективният контрол върху публичното финансиране на медицинските дейности е от естество да наруши функционирането на процеса на пазарна конкуренция между лечебните заведения;

✓ Медицинските стандарти, с които се определят нива на компетентност за всяка клинична пътека обвързват последната не с качествени, а с количествени критерии – брой медицински персонал и наличие на определено оборудване. Така например, ако за определена КП дадено ЛЗ не разполага с необходимия минимален брой медицински специалисти или вид оборудване, то не отговаря на критериите за сключване на договор с НЗОК по тази КП. Не би следвало конкуренцията между лечебните заведения за получаване на заплащане на КП от НЗОК да се обвързва с нивото на компетентност на база количество, а на база качество на предлаганите медицински услуги, включени в съответната КП. Доколкото за пациентите е важно да получат качествена медицинска помощ, е без значение дали ЛЗ разполага с повече специалисти за съответното заболяване. Последното би следвало да е въпрос от организационен характер на самото лечебно заведение. Въвеждането на медицинските стандарти изцяло основани на количествени критерии би могло да доведе до:

✓ Непредлагане на медицинска услуга от лечебно заведение и/или закриване на съществуващи отделения към дадено лечебно заведение, за която не е получено финансиране от НЗОК поради непокриване на медицинските стандарти;

✓ Прекратяване дейността на определени лечебни заведения;

✓ Назначаване на допълнителен брой медицински специалисти, за покриване на изискванията, за сметка на увеличени разходи за персонал;

✓ Неефективно разходване на публични средства в ущърб на пациентите.

Подобен подход влиза в противоречие с правилата на конкуренцията, тъй като създава преференциален режим на третиране и достъп на лечебните заведения до финансовия ресурс, разпределян от НЗОК, в зависимост от формата на собственост на лечебните заведения. От гледна точка на правилата на конкуренцията, съществуват два възможни подхода при разпределение на финансовия ресурс, свързан с болничното лечение на здравноосигурените лица:

Първият подход предполага НЗОК да сключва договори с всички лечебни заведения, които отговарят на критериите по ЗЛЗ за осъществяване на дейност по отделните клинични пътеки. Въпреки че в момента съществува заложен максимален брой легла по области, определен в Националната здравна карта, видно от представените по настоящото производство становища, няма данни НЗОК да е отказала договор на лечебно заведение, което отговаря на нормативно определените критерии по клинични пътеки. При този подход липсва елемент на селективност и ограничаване на броя на лечебните заведения, участващи на реимбурсния пазар на болнични услуги, което е положително за конкуренцията на пазара. От друга страна обаче, ограниченият финансов ресурс на НЗОК се разпределя между много лечебни заведения, което не дава възможност на по-ефективните участници на съответния пазар да се възползват от възможността за разширяване на обхвата и мащаба на своята дейност и повишаване на качеството на предлаганите медицински услуги.

При *втория подход* финансирането от НЗОК би могло да се разпределя на конкурентен принцип на базата на обективни, недискриминационни и публично известни критерии за качество, които надвишават минималните такива за получаване на разрешение за осъществяване на дейност като лечебно заведение. При този подход потенциално е възможно ограничаване на броя на участващите на реимбурсния пазар лечебни заведения, които за сметка на това те получават възможност да докажат ефективност и качество и чрез естествените пазарни механизми да увеличат пазарното си присъствие, акумулирайки по-голям финансов ресурс. В този контекст особено важно е обстоятелството, че разпределението на публични средства на конкурентен принцип следва много стриктно да съблюдава правилата на ЕС за контрол върху държавните помощи.

Според КЗК, с оглед на това, че Националната здравноосигурителна каса е единствената организация, върху която е възложено управлението на здравноосигурителните вноски на българските граждани от задължителното здравно осигуряване, нормативната уредба следва да гарантира, че тази институция съблюдава правилата на конкуренцията, изключвайки възможността НЗОК да решава по целесъобразност (включително финансова) дали да сключи или да не сключи договор с изпълнител на медицински услуги за болнична помощ. В тази връзка комисията счита, че критериите и правилата за сключване на договор с НЗОК от изпълнителите на медицински услуги, както и редът за упражняване на контрол относно тяхното прилагане, е необходимо да бъдат регламентирани в нормативен административен акт на министъра на здравеопазването, който е компетентният орган в страната, отговарящ за осъществяване на държавната политика в областта на здравеопазването.

По мнение на КЗК е много важно да се подчертае също така, че държавата може да изпълни задължението си да осигури достъпна за гражданите финансирана от НЗОК болнична помощ чрез стимулиране на ефективната конкуренция между отделните лечебни заведения независимо от формата им на собственост. При наличието на ясни, публични и

недискриминационни критерии за сключване на договори с НЗОК, както и при реално остойносттаване на болничните услуги, заплащани от касата, преобладаващата част от лечебните заведения ще имат икономически стимул да се конкурират за сключване на договори с НЗОК и за привличане на повече пациенти чрез повишаване на качеството на предоставяните медицински услуги.

5.3. Определяне на броя на лечебни заведения

В разпоредбата на чл. 31 и 32 от ЗЛЗ е предвидено, че в националната, съответно областните здравни карти се определя броят на лечебните заведения, тяхното разпределение, дейност и вид.

Административното определяне на броя на лечебните заведения, обвързано с географското им разположение, е предпоставка за ограничаване на ефективния конкурентен процес на съответния пазар. Подобна административна мярка представлява количествено ограничение на географски принцип върху стопанската дейност. Следва да се подчертае също така, че това ограничение не съответства на общия принцип в ЗЛЗ, даващ възможност на всички предприятия по смисъла на ЗЗК, които изпълняват изискванията на ЗЛЗ по отношение на лечебните заведения за болнична помощ, да извършват дейност като предоставят съответните медицински услуги. В допълнение към посоченото, следва да се подчертае и заложеният и в ЗЗО принцип на свободен избор от пациентите на лечебно заведение без каквито и да било ограничения.

КЗК счита, че за бъде премахнато това ограничение, държавата не бива да си поставя за цел да ограничава броя на болниците, а да постави ясни критерии, според които публично финансиране за услугите си ще получават само тези лечебни заведения, които отговарят на определените условия. По този начин ще бъдат стимулирани най-ефективните лечебни заведения и ще бъдат създадени условия за разгръщане на ефективна конкуренция на съответния пазар.

По отношение на лечебните заведения в неатраktivните региони на страната, държавата би могла да предвиди механизми за целеви субсидии от държавния и/или общински бюджети, при ясни, недискриминационни и публично известни правила и условия при спазване на правото на ЕС в областта на държавните помощи. Държавата следва да насърчава разкриването на нови или подпомагането на съществуващите в тези региони лечебни заведения, поради липсата на достатъчен брой пациенти, който би затруднило тяхното функциониране. При невъзможност да се осигури достъп до болнични грижи на пазарен принцип, държавата следва да предвиди допълнителни стимули, за да се осигури наличието на лечебни заведения в неатраktivните региони на страната. По този начин държавата би могла пълноценно да изпълнява конституционното си задължение да осигури достъп на гражданите до медицински грижи, без да изкривява естествения процес на конкуренцията между лечебните заведения.

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

КЗК изразява становище, че нормативната уредба в здравеопазването следва да стимулира лечебните заведения за болнична помощ да се конкурират активно, а не само да гарантира достъпът им до публичния ресурс на НЗОК. Медицинските стандарти и критерии, на които трябва да отговарят лечебните заведения, следва да отразяват минималните изисквания за извършване на медицинската дейност по конкретната клинична пътека. Публичният ресурс на НЗОК обаче следва да се разпределя на базата на критерии и изисквания, които стимулират конкуренцията между лечебните заведения на база качество, а не количество на предлаганите от тях медицински услуги. По този начин конкуренцията между болниците за получаване на финансиране от НЗОК ще ги стимулира да се състезават ефективно, като предлагат по-добро обслужване, по-високо качество на медицинските услуги, което ще увеличи благосъстоянието на пациентите в качеството им на потребители на медицинските услуги. В населените места, където по обективни причини липсва конкуренция между лечебните заведения за болнична помощ (например малки и/или труднодостъпни населени места), е оправдано да се предвидят управленски мерки, които да гарантират, че пациентите няма да бъдат лишени от предоставянето на достъпна и качествена медицинска помощ.

Въз основа на извършения анализ по настоящото производство, Комисията за защита на конкуренцията е на мнение, че:

1. Лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към МС, МО, МВР, МП и МТИТС, по отношение на специфичните функции, възложени им с актовете за тяхното създаване, организация и дейност, свързани с осъществяването на държавното управление, осъществяват административна, а не стопанска дейност, поради което те не представляват „предприятия” по смисъла на ЗЗК и правото на ЕС в областта на конкуренцията.

2. Дейността по центровете по трансфузионна хематология не представлява стопанска дейност по смисъла на ЗЗК.

3. Дейността, извършвана от центровете за спешна помощ има двойствен характер. Координационните дейности могат да бъдат оценени като *административна дейност*, извършвана от квалифицирани лица, която е присъща на държавата в изпълнение на възложените ѝ от Конституцията и законите задължения за опазване на здравето на гражданите. Дейностите, свързани пряко с оказване на медицински грижи и помощ на пациентите представляват стопанска дейност. В качеството ѝ на стопанска дейност тази медицинска услуга може да бъде извършвана и от други пазарни субекти, освен центровете за спешна помощ, които са създадени от държавата, а именно - лечебни заведения, независимо от формата им на собственост, разполагащи с необходимите специалисти и оборудване съгласно медицински стандарти, определени от държавата в нормативен или общ административен акт.

КЗК предлага компетентните органи да изменят и/или допълнят нормативната уредба, като създадат възможност медицински дейности по оказване на спешна помощ да могат да бъдат извършвани от всички лечебни заведения по ЗЛЗ, независимо от правно-организационната им форма и собствеността им, като тези лечебни получават заплащане за оказаната медицинска услуга от републиканския бюджет при спазване на критериите за равнопоставеност и липса на дискриминация и съблюдаване на изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“. Координационните функции на системата за спешна помощ биха могли да останат част от административните правомощия на държавата (чрез централните за спешна помощ).

4. Неточното остойностяване на клиничните пътеки и наличието на обективно необосновани диспропорции в цените им би могло да създаде условия за нарушаване на ефективната конкуренция между лечебните заведения на пазара на финансирани от НЗОК медицински болнични услуги, което е от обективно естество да доведе до неефективност на системата на здравеопазването в ущърб както на интересите и благосъстоянието на пациентите като потребители на болнични медицински услуги, така и на лечебните заведения за болнична помощ, работещи по договор с НЗОК.

КЗК счита, че е необходимо да бъде направен сериозен анализ на остойностяването на медицинските дейности в болничната помощ с цел премахване на съществуващите диспропорции – или чрез създаване на методика за остойностяване на разходите, основана на обективни критерии и вземаща предвид реалните разходи на лечебните заведения, или чрез преминаване към финансиране от НЗОК по модела на Диагностично свързаните групи.

5. Определянето на максимален брой легла и максималния брой лечебни заведения в областните и Националната здравна карта, представлява количествено ограничение на предлагането на медицински услуги за болнична помощ и географско разпределение на съответния пазар, които по своята същност ограничават и възпрепятстват ефективната конкуренция между лечебните заведения, които са лишени от стимул за подобряване качеството на предоставяните от тях болнични услуги.

КЗК е на мнение, че определянето на максимален брой легла за болнично лечение и максимален брой лечебни заведения чрез областните и Националната здравна карта са ограничения на конкуренцията, които не са оправдани от наличието на значим обществен интерес, и предлага на компетентните органи съответните разпоредби на Закона за лечебните заведения да бъдат отменени/изменени.

6. Във връзка със съдържащите се в областните и Националната здравна карта списъци на лечебните заведения, които НЗОК ежегодно задължително сключва договор, КЗК е на мнение, че държавата може да изпълни задължението си да осигури достъпна за гражданите финансирана от НЗОК болнична помощ чрез стимулиране на ефективната конкуренция между отделните лечебни заведения независимо от формата им на

собственост. При наличието на ясни, публични и недискриминационни критерии за сключване на договори с НЗОК, както и при реално остойносттаване на болничните услуги, заплащани от касата, преобладаващата част от лечебните заведения ще имат икономически стимул да се конкурират за сключване на договори с НЗОК и за привличане на повече пациенти чрез повишаване на качеството на предоставяните медицински услуги. Критериите и правилата за сключване на договор с НЗОК от изпълнителите на медицински услуги, както и редът за упражняване на контрол относно тяхното прилагане, е необходимо да бъдат регламентирани в нормативен административен акт на МЗ, който е компетентният орган в страната, отговарящ за осъществяване на държавната политика в областта на здравеопазването.

Въз основа на гореизложеното, на основание чл. 8, т. 6 от ЗЗК, Комисията за защита на конкуренцията предлага на компетентните органи – Народно събрание на Република България, Министерски съвет на Република България, Министерство на здравеопазването, да отменят и/или изменят съответните разпоредби на Закона за лечебните заведения и свързаните с него актове в съответствие със съображенията на Комисията, подробно изложени в настоящото решение.

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

.....

Петко Николов

ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛ:

.....

Ангелина Милева

ЧЛЕНОВЕ:

.....

Александър Александров

.....

Елена Димова

.....

Зорница Иванова

.....

Петя Велчева