

## ПРЕГЛЕД НА ПРОМЕНИТЕ В ЗАКОНОДАТЕЛСТВОТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРЕЗ ПЕРИОДА 2014–2016 Г.

*Дарина Зиновиева\**

### **1. Обучение и квалификация**

1.1. Съществуващата Наредба № 34/2006 г. на Министерството на здравеопазването за придобиване на специалност в системата на здравеопазването регламентираше следдипломна специализация за юристи – „Правно регулиране в здравеопазването“, като следдипломна специализация за юристи. През 2015 г. тази наредба бе отменена с Наредба № 1 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (ДВ, бр. 7/27.01.2015 г.), като се разшири обхватът на субектите, към които е насочена следдипломната квалификация. Освен за юристи, обучението е и за всички лица с висше медицинско и немедицинско образование – магистри, работещи в системата на здравеопазването.

1.2. Мнението ни е, че законодателството е оптимизирано в тази насока. Познания по медицинско право отдавна са търсени както от медици, така и от лица с друго образование и квалификация, имащи компетентност в структурата на администрацията или управляващи лечебни заведения, организации, свързани със сферата на здравеопазването.

### **2. Система на здравето осигуряване**

2.1. *С последното изменение на Закона за здравето осигуряване през 2015 г. (ДВ, бр. 48 от 2015 г.)* се въведе съществена промяна в процедурата по оспорване на установени нарушения в медицинската дейност на лечебни заведения, които имат сключен договор със здравноосигурителната каса. Законът отново възстанови действалите допреди шест години арбитражни комисии. *Арбитражните комисии отпаднаха като правна фигура в началото на 2010 г. Интерес представляват различията в сравнение с предходната правна уредба.*

Към момента производството по санкциониране е следното:

Съгласно ал. 1 на чл. 75, когато лицето оспори констатациите на лекаря контролор или лекаря по дентална медицина – контролор, директорът на РЗОК в 7-дневен срок от получаване на писменото становище на евентуалните експерти, при-

---

\* Професор, доктор по право.

съствали на проверката, изпраща спора за решаване от арбитражна комисия. Арбитражната комисия се състои от представители на РЗОК, на съответните районни колегии на съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, на съответните регионални колегии на съсловните организации на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти. Алинея 3 предвижда, че в арбитражната комисия се включват за всеки конкретен случай представители на тези съсловни организации, които имат отношение към описаните факти и направените констатации в протокола на лекаря контролор или лекаря по дентална медицина – контролор. Процедура по създаване на арбитражна комисия „за конкретен случай“ в предходното санкционно производство през 2010 г. нямаше.

Запазен е принципът за равенство на броя на членовете на арбитражната комисия на представителите на РЗОК и представителите на съсловните организации – Български лекарски съюз или Български зъболекарски съюз.

Арбитражната комисия се произнася с решение в едномесечен срок от получаването на преписката.

2.2. Друго важно изменение в Закона за здравето осигуряване от началото на 2016 г. е въвеждането на нова хипотеза, а именно – при извършване на проверките от контролните органи на Здравната каса да присъстват експерти на съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. Те представят писмени становища, които „са неразделна част от протокола“, който се съставя от контролните органи (чл. 74, ал. 2 ЗЗО).

2.3. Мнението ми е, че с възстановяването на арбитражната комисия се оптимизира законодателството ни. Това е така, защото още в първата фаза на санкционното производство се засилва експертното начало при установяване дали е налице нарушение на медицинските правила за лечение. Практиката през последните години показва, че експертната медицинска дейност на административните органи е неизменна част от санкционирането на действия, които представляват нарушения на медицинските правила за лечение. С оглед на правдивостта на санкционния процес по-ефикасно е в самото начало да се произнесат експерти, специалисти в казуса, отколкото при оспорването на неправилно наложена санкция. Така установителната фаза би се удължила, но би се ускорила следващата фаза на производството. Така че цялостният извод е в подкрепа на възстановяването на арбитражната комисия. Възможността за „конкретна арбитражна комисия“, която наричам „комисия *ad hoc*“, е също удачен законодателен поход. С въвеждането ѝ се индивидуализират максимално признаците на извършеното действие, което улеснява определянето на правната квалификация от страна на санкционния орган.

### **3. Национална здравна карта**

Един от централизираните административни подходи за осигуряване на качество и достъпност на медицинската помощ е правилното разпределяне на лечебните заведения на територията на страната.

Изменението на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) от септември 2015 г. въведе максимален праг на лечебни заведения, с които Здравната каса може да сключва договори за финансиране. В нормата на чл. 29 ЗЛЗ се дава определение на „национална здравна карта“ – акт, с който се определят и планират потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ. Принципът на изработване на НЗК е следният: изработват се областни здравни карти, като министърът на здравеопазването назначава комисия за всяка област. Принципно комисията включва областния управител, представители на регионалната здравна инспекция, представители на районната здравноосигурителна каса, представители на съсловните организации – Български лекарски съюз, Български зъболекарски съюз, Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи, представители на организации за защита на правата на пациентите и представител на всяка община в съответната област. Законът определя критерии за методиката на изработването. Задължително се вземат предвид достъпността и нуждата от спешна, първична и специализирана извънболнична и болнична помощ. Извършва се анализ на съотношението между предварително изчисления общ брой легла за болнично лечение и съществуващия брой легла. Отчитат се видът и „нивото“ на компетентност на заведенията. В процедурата по изработването се вземат предвид становища например за потребността от лекари и лекари по дентална медицина по отделните специалности, за нуждата от реструктуриране на лечебните заведения. Анализира се и нуждата от предоставяне на специален вид други грижи, например палиативни грижи.

Националната здравна карта се изработва след обобщение и анализ на областните здравни карти от национална комисия, назначена от министъра на здравеопазването. Комисията е с установен от закона състав, а именно: управителят на Националната здравноосигурителна каса, директорът на Националния център по обществено здраве и анализи, изпълнителният директор на Изпълнителна агенция „Медицински одит“, председателят на Националното сдружение на общините, представители на Българския лекарски съюз и Българския зъболекарски съюз, на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи, на организациите за защита на правата на пациентите. Съгласно чл. 34, ал. 1 ЗЛЗ националната здравна карта на Република България се утвърждава с решение на Министерския съвет.

#### **4. Фармацевтичен сектор**

4.1. Нормите на чл. 217а–217г от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ) са предмет на настоящата тема поради това, че с тях се въведе особен режим на износа на лекарствените продукти. Конституционният съд бе сезиран за отмяна на разпоредбата на чл. 217в ЗЛПХМ и се произнесе с решение № 1/29.01.2015 г. по к. д. № 5/2014 г.

КС реши, че нормата на чл. 217в от закона съдържа неясноти, които обективно създават условия за тълкуване и съответно различие в решаването на казуистиката. Също така КС счете, че посочените в закона специфични условия, които са основание за ограничителен правен режим на износ, не са съобразени с ДФЕС. По тези основни причини КС прогласи нормата на чл. 217в ЗЛПХМ за противоконституционна.

4.2. Новите разпоредби на ЗЛПХМ от 2015 г., свързани с регулиране на цените на лекарствените продукти, са от значение с оглед на достъпността на лекарствени продукти и по-ясни критерии за тяхното предписване на пациентите от медицинските специалисти.

#### **5. Други нормативни актове**

5.1. Оптимизираха се възможностите за реализиране на професионални дейности в здравеопазването, от които системата у нас се нуждаеше с цел подобряване на качеството на медицинското обслужване. Така с Наредба № 1/2016 г. за придобиване на квалификация по професията парамедик се въведе придобиването на втора степен на професионална квалификация за специалността „Транспортиране на пострадали и болни хора и оказване на първа помощ“, на трета степен на професионална квалификация за специалността „Транспортиране на пострадали и болни хора, оказване на първа помощ и асистиране в спешни отделения“ и на четвърта степен на професионална квалификация за специалността „Транспортиране на пострадали и болни хора, оказване на първа помощ и асистиране на лекаря в спешната помощ“.

5.2. Наредба № 40/24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн., ДВ, бр. 112/23.12.2004 г., в сила от 1.01.2005 г., посл. изм., обн., ДВ, бр. 106/23.12.2014 г., в сила от 1.01.2015 г.).

5.3. Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори (обн., ДВ, бр. 19 от 11 март 2016 г.) и др.