



**НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ
НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ –
ЧЛЕН НА АСОЦИАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ ПО ОБЩА/ФАМИЛНА
МЕДИЦИНА ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА**



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

СТ А Н О В И Щ Е

НА НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ
НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ

ОТНОСНО

**Проект на Интегративен модел на Национална здравна карта на
Министерство на здравеопазването на Р България -
в сектор ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

*Изготвено от експерти на НСОПЛБ
гр. София, 2009 г.*

Националната здравна карта (НЗК) е важен документ, който касае съдбата на цялата система на здравеопазване в България и ще повлияе върху здравето, живота и условията на труд, както на българските граждани, така и на цялото медицинско съсловие.

Експертен състав към НСОПЛБ изработи настоящото Становище, воден от убеждението, че с него ще бъдат запознати всички ангажирани с подготовката и утвърждаването на Националната здравна карта.

В Становището сме посочили идеите, които са неясно дефинирани от МЗ, недостатъчно обосновани и неефективни като очакван резултат, а също и нашата интерпретация на някои формулировки, които са натоварени с различен от същинския им смисъл. Ще изложим накратко нашата визия за тях и възможните практични решения. Коментарът ни е насочен към ПИМП, което не означава, че няма проблеми и в СИМП, и в Болничната помощ. Изготвеният от нас документ няма претенциите да бъде напълно изчерпателен. Целта ни е чрез него да инициираме диалог, който да се реализира с участието на всички заинтересовани страни.

ИДЕИ, ИНТЕРПРЕТАЦИИ И ФОРМУЛИРОВКИ, КОИТО ИЗИСКВАТ ДИСКУСИЯ И УТОЧНЯВАНЕ

В Проекта на МЗ за Интегративен модел на НЗК се изтъква факторът „неравномерно териториално разположение в рамките на областите, в рамките на страната“ на практиките за Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП). Други опорни точки за предлаганите от МЗ/РЦЗ промени са: неравнопоставеност по отношение на достъпа - „...осигури равнопоставеност и достъп до своевременна, достатъчна по обем и качествена медицинска помощ“; „резки аномалии в броя на обслужваното население от един GP лекар“; недобре организирана „неотложна“ помощ, „недостатъчна квалификация на общопрактикуващите лекари и липса на система за контрол на квалификацията“; „нарастваща неудовлетвореност на гражданите“; „трайна тенденция на влошаване на показателите на здравно - демографското състояние на населението“; „неравномерно и неефективно разходване на обществени ресурси“; „влошено качество на здравните услуги“.

Анализите в посочения си вид не отговарят на реалностите за ПИМП, не са коректно цитирани Европейските практики, които са ползвани при изготвяне на проектите в отделните области и за цялата страна. Това са подвеждащи данни, които предполагат предприемане на неефективни, дори с негативен резултат мерки.

I. „...неравномерно териториално разположение в рамките на областите, в рамките на страната“.

Каквато и Здравна карта да се изготви, ще има **неравномерност** при разпределението на лекарите (практиките). Практиките на семейните лекари обслужват 7 000 000 български граждани, които са неравномерно разпределени като население на територията на цялата страна. Причините за тази неравномерност в разпределението са извън системата на здравеопазване.

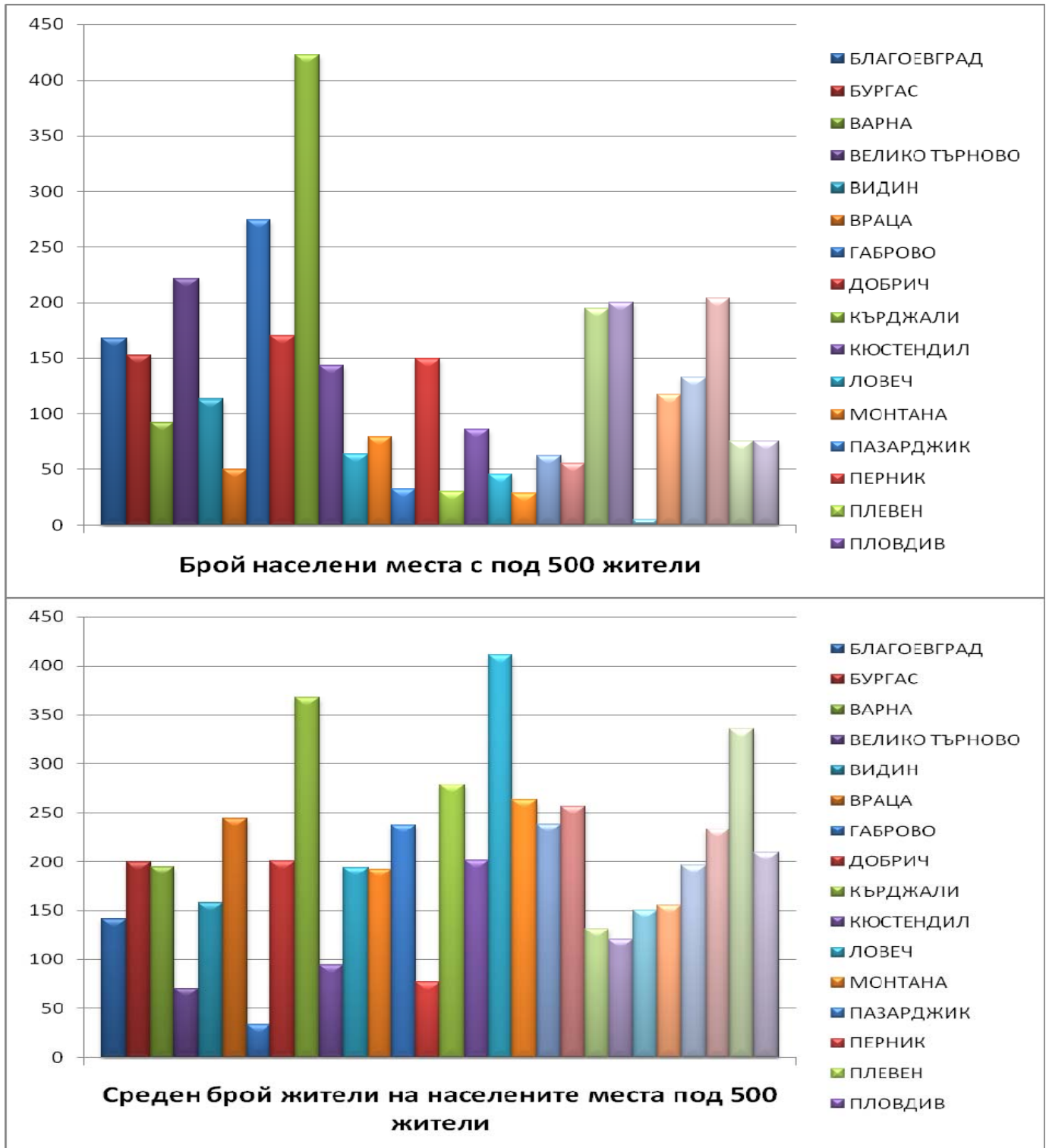
Те са:

- големият брой населени места (3 438, **Табл. 1**) с жители под 500 души;
- липсата на поминък, което определя ниския социално-икономически статус там (голям брой неосигурени лица);
- различната, често лоша инфраструктура в много райони (четвъртокласна пътна мрежа, липса на редовен обществен транспорт);
- липса на аптека в близост и др.

ТАБЛИЦА 1

Селища с население под 500 души*

Общо 3438 населени места с население 639 297 души население или средно 186 души в населено място, разпределени по области както следва:



***По данни на НСИ**

За обслужването на тези населени места са необходими 426 общопрактикуващи лекари (при практики от 1500 лица), като **всеки от тях трябва да обслужва по 8, а някои и по 9 населени места!**

Администрирането чрез Областни здравни карти (ОЗК) и НЗК няма да има положителен резултат, тъй като няма как да повлияе на тези извънсистемни фактори.

II. „...осигури равнопоставеност и достъп до своевременна, достатъчна по обем и качествена медицинска помощ“.

Това пожелание предполага наличие на **неравнопоставеност** по отношение на достъпа. За нас, причините могат да бъдат изброените в т. I. Упоменатата в писмото на МЗ за Интегративния модел на НЗК „невъзможност за повишаване на квалификацията“ наистина е сериозен проблем, но интерпретацията на някои РЦЗ, че това е причина за неравнопоставеност - „Много нисък е броят на общопрактикуващите лекари с придобита специалност, което води до затруднения при осъществяването на пакета дейности по първична медицинска помощ. Липсва система за контрол на квалификацията на ОПЛ“ - е неправилна. Няма да коментираме идеята за контрол на квалификацията, която явно е лишена от съдържание. Липсата на придобита специалност би могла да повлияе до известна степен на качеството, но не и на достъпа до медицинска помощ. Многократно сме заявявали, че ситуацията в ПИМП у нас е уникална. Ние сме единствената страна в света, в която преобладаващ процент от практикуващите Обща медицина имат придобита специалност вътрешни болести, педиатрия или друга. Сама по себе си, тази даденост е гаранция за качество. Цитираните в различни документи данни, вкл. и пред представители на ЕС, посетили наскоро страната ни, за процента на ОПЛ с призната специалност по ОМ не са точни. (За точни данни виж **Табл.2**)

Таблица 2. Наличие на признати специалности у ОПЛ (12'2008)*

Брой ОПЛ с призната специалност(и)	2806	58%
Брой ОПЛ със специалност ОМ	1117	23%
Специализират ОМ	1185	39%

***По данни на НСОПЛБ и НЗОК**

Припомняме, че по независещи от ОПЛ причини близо четири години нямаше места за зачисляване за специализация по ОМ, а част от условията в Наредба №15, изготвена съвместно от МЗ и НСОПЛБ през 2008 г., все още не са приведени в изпълнение от медицинските университети (дистанционно обучение, нова учебна програма).

III. „Резки аномалии в броя на обслужваното население от един GP лекар“.

Не е ясно какъв е смисълът, вложен от МЗ в словосъчетанието „резки аномалии“. То предполага състояние, възникнало в резултат на неопределени или стихийни причини.

За нас, разликите в броя пациенти, избрали даден семеен лекар се дължат на неговите лични и професионални качества, както и в определени случаи на ограничена възможност за избор (труднодостъпни, отдалечени райони). Според експертната група на НСОПЛБ, друга предпоставка за тези различия е отмененото преди години изискване за минимален брой пациенти в листата на ОПЛ. Следователно, разликите („аномалиите“) са резултат на реализираното от пациента право на свободен избор.

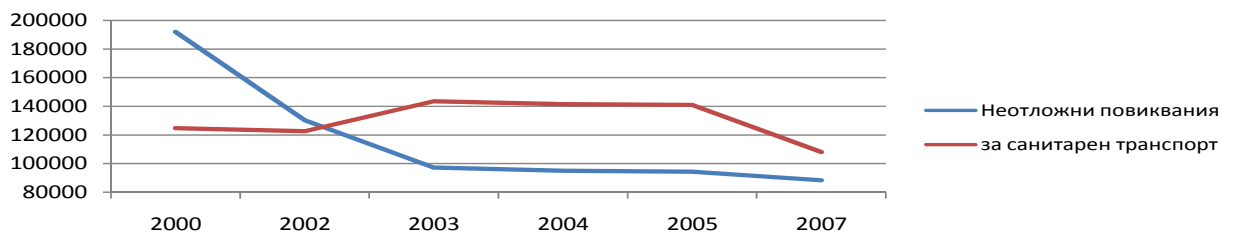
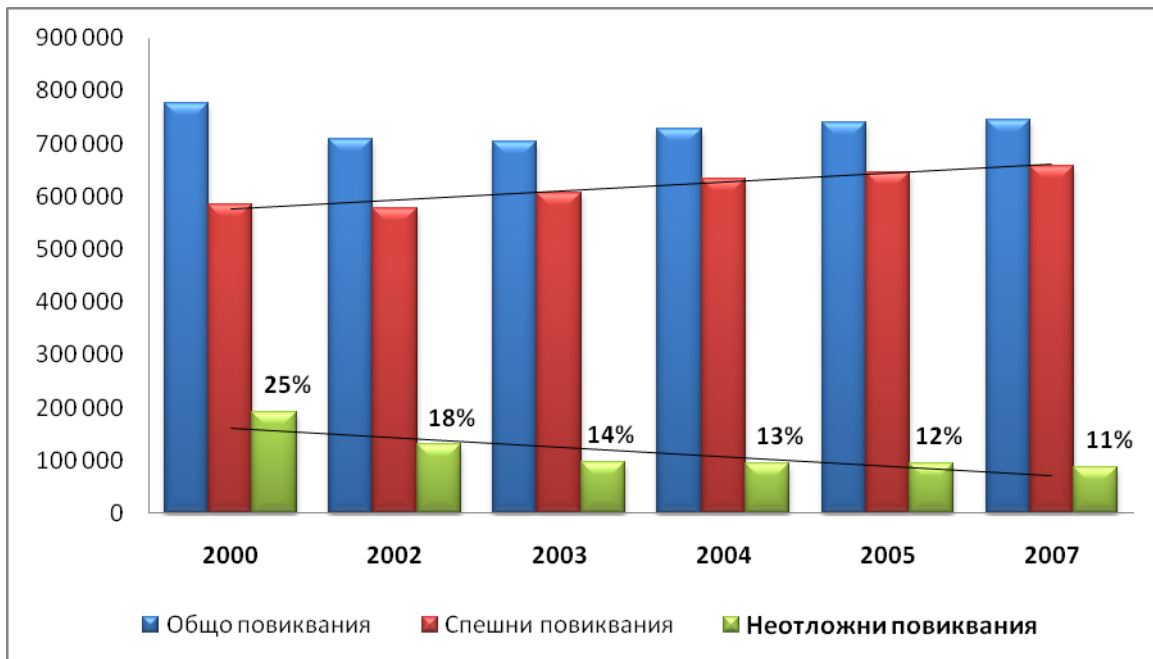
Не може да оставим без коментар термина „GP лекар“. Такава компилация на общопрактикуващ лекар (англ. General Practitioner) и лекар, не ни е известна в световната литература, но го приемаме като симптом на недостатъчно познаване на материята, с която се борави.

IV. „Физическа невъзможност за 24 часово разположение, което практиката доказва, поради което пациентът се обръща към СМП“.

Безспорно, „Недостатъчната ефективност и ефикасност на тази идея се доказва с годините и трябва да бъде намерено друго решение, което да установи ясен регламент и да даде точни дефиниции на дейностите“ (От писмо на НСОПЛБ с Изх. № 242/28.10.2008 г. до Председателя на Парламентарната здравна комисия в НС).

Не приемаме, че това е основната и единствена причина, поради която пациентът се обръща към СМП. Представяме на вниманието ви таблици и анализ (извадки от цитираното писмо).

Спешна медицинска помощ



***Данните са от Националния Център по Здравна Информация**

АНАЛИЗ

1. „Неотложните“ повиквания са с трайна тенденция към намаляване.
2. Намаляване на „неотложните“ повиквания значително под броя на тези за санитарен транспорт.

Причини: По-добро наблюдение на пациентите и множество консултации по телефона от страна на ОПЛ.

3. Трайна тенденция за увеличаване на спешните повиквания.

Причини: Голям брой здравнонеосигурени, ползващи осигурената по закон услуга на спешна помощ, недостиг на ОПЛ, както и на лекари в спешна помощ, за да се покрие територията на Р България и др.

Бележка: Липсата на право на неосигурените пациенти да ползват услугите на ОПЛ, води до усложняване на заболяванията и обслужването им в спешните центрове или чрез търсене на „спешна помощ“. Феноменът се появява 2002 г., когато се въведе възможността за проверка на здравноосигурителния статус.

Анализът, който отдавна сме направили сочи, че част от състоянията, поради които пациентите търсят ОПЛ извън работния му график са в основния пакет на семейния лекар, а останалите дори не са обект на дейността на ОПЛ. Уместен е въпросът в кои случаи е оправдано да бъде търсен ОПЛ, чиято мобилност, кадрова и материално техническа осигуреност е по-малка от тази на СП (ефективност/ефикасност)."

V. „Осигуряване на 24 часово дежурство за оказване на неотложна помощ”.

В резултат на експертните дискусии между МЗ и НСОПЛБ, през 2009 г. се реализира нова концепция за денонощния ангажимент на ПИМП - *"Общопрактикуващият лекар осигурява постоянен денонощен достъп до консултация по телефон, в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на самия общопрактикуващ лекар."*(Нар.40, Прил.1, Обн.ДВ. бр.2/ 9 Ян. 2009г.)

Подчертаваме, че тази концепция беше приета като компромисен вариант на решение, за да се запази достъпът и да се осигури време за тестване на пилотен проект за Call-центрове (които са близки до предлагания модел на Обединен център за медицинско обслужване - ОЦМО).

Във връзка с въведената промяна, терминът „неотложност” беше изведен от нормативната уредба, чрез промяна и в Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, чл. 15, ал. 3 (Обн. ДВ. бр.1 от 6 Януари 2009г.)

VI. „ОПЛ не изпълниха мисията за „пазач на вратата” на системата”.

Според експертите на НСОПЛБ, това е вярно до известна степен, но причините са различни от посочените в проекта на МЗ. Това са: дискриминация на ОПЛ чрез силово ограничаване на свободата за диагностика и назначаване на лечение, бумацина, недобро познаване на същността на Общата медицина, недостатъчно финансиране и др.

С въведените нови условия на работа през тази година, в резултат на експертните дискусии между МЗ, НЗОК и НСОПЛБ, значителна част от тези пречки бяха премахнати. Нашата концепция е – ОПЛ да не бъде „пазач на вратата на системата”, а лекарят, който „отваря вратата” когато и колкото е необходимо, въз основа на професионалната си компетентност.

Изводът на експертната група на НСОПЛБ е, че именно общопрактикуващите лекари, въпреки трудните условия, предпазиха системата от срив.

VII. „Неудовлетвореност на населението към системата“.

Това твърдение не е достоверно за ПИМП. Проведени проучвания у нас показаха, че удовлетвореността на българските граждани е най-голяма от специалистите по дентална медицина и общопрактикуващите лекари. С въвеждане на договорения, в резултат на експертните дискусии между МЗ, НЗОК и НСОПЛБ, удължен срок за изписване на медикаменти на хронично болни, както и на новия начин на водене на профилактика и диспансерно наблюдение (въпреки негативните реакции на някои среди от медицинското съсловие към последните две), очакваме тази удовлетвореност да бъде още по-висока в края на 2009 г. и началото на следващата година.

VIII. „Определяне на горна граница в пациентските листи на ОПЛ“.

В Интегративния модел на НЗК на МЗ, няма фиксиран брой за горна граница. Предложенията на РЦЗ са 1400 – 1500 души.

Въвеждането на горна граница е неприемливо и не съответства на реалната ситуация в системата на здравеопазване, защото:

- Нарушава се правото на пациента за свободен избор на ОПЛ.
- Няма механизъм за отписване на пациенти над горната граница, без това да наруши правата им и да се избегне конфликтът между тях и ОПЛ.
- Няма да се повиши качеството на медицинската услуга, която не е пряка функция от броя обслужвани пациенти.
- Затрудненият достъп, (ако въобще има такъв в ПИМП), не може да бъде аргумент, тъй като се дължи основно на нерационалните и тромави правила за работа в ПИМП (начин на изписване на лекарствени средства, усложнена и претрупана документация). Част от тях са вече отстранени, а други предстои да бъдат коригирани. България е единствената страна, в която няма „Листа на чакащите“ в ПИМП. Достъпът до лекаря се осъществява в рамките на деня или, ако търпи отлагане, през следващия ден.
- Ограничаването на броя на пациентите в листите на ОПЛ е в противоречие с принципите на пазарната икономика.
- При малък брой записани ЗЗОЛ, приходите ще са по - малки от разходите за функционирането на една практика за ПИМП.

IX. „Окрупняване на GP практиките до групови практики (ГП) с 8 – 10 души лекари, с включване на педиатър и АГ при възможност, с оглед осигуряване на 24 часово дежурство за оказване на неотложна помощ“.

В Интегративния модел на НЗК липсва точна дефиниция и регламент за работа на групова практика. 24-часовото дежурство не може да бъде основен мотив за създаването на ГП. Това дежурство е начин да се осигури непрекъснатост на възможността да се ползва определена медицинска услуга и подходът към реализацията му трябва да бъде друг.

Групирането на практиките на ОПЛ е сложна, неизяснена и финансово необезпечена теза. Възможността за включване на педиатър и акушер-гинеколог е в противоречие със същността на Общата медицина. Начинът на работа в селата и в градовете е различен – факт, който също не е отчетен.

Как ще се формират ГП в населени места, отдалечени едно от друго на 20 км.? Ще се подобри ли обслужването на населението, ако обединим напр. лекарите от селата, разположени на юг от р. Марица (община Първомай)? Означава ли това, че хората трябва да отидат в другото село на 20 км, в което е разположена ГП, вместо да стигнат до града, който е в центъра на общината и е на разстояние 20 км от всички села? Да не забравяме, че в не малко населени места няма аптеки, или ако има, те нямат договор с НЗОК – така че, на болните отново са принудени да отидат в града. Коя от предишните индивидуални практики ще бъде център на ГП; откъде ще бъдат осигурени педиатри и гинеколози? Включването на лекари от тези две специалности към ПИМП променя модела на системата на здравеопазване – от общ медицински модел, в смесен медицински модел. Възниква въпросът: как ще се заплаща на тези лекари – като на ОПЛ или представители на СИМП и дали те ще трябва да осигуряват 24-часова непрекъснатост на услугата и какво възнаграждение ще получат за това? На много места амбулаториите са собственост на ОПЛ. Как ще се регистрира групова практика в община, в която няма лекари с придобита специалност Обща медицина?

Груповата практика е вариант на регистрация на лечебното заведение и не променя предмета му на дейност, но включването на представители на СИМП изискват промяна и в регистрацията. По сега съществуващите закони, тази компилация от специалисти би могла да се регистрира като Медицински център. Това поражда въпроса: каква ще бъде съдбата на сега съществуващите МЦ и ДКЦ?

ПИМП са отделни ЛЗ, регистрирани по Търговския закон и дори базата да не е собственост на ОПЛ, той е собственик на дейността чрез регистрацията, и не може да бъде принуден да се „слива“ с други ЛЗ, освен ако не прецени, че това е полезно за развитието на неговото здравно предприятие.

Предлаганото обединяване на практики е възможно, но не за всички райони в страната, и е някакво решение за онези населени места, където проблемът (ако изобщо съществува) е най-малък, т.е. в големите градове.

Икономическите мотиви и облекченият режим на работа са факторите, които биха подтикнали ОПЛ към групиране, а не посоченият от МЗ 24-часов ангажимент.

Х. „Подобряване на материалната база – помещения, апаратура и други“.

Това може да стане с целеви субсидии от държавата и бюджет, който осигурява по - големи доходи на практиките в ПИМП. Такава е световната и европейски практики.

ХІ. „Обединен център за медицинско обслужване“ (ОЦМО).

Идеята се доближава до структурата на предлаганите от нас „call-centers“, но не съвсем. „Преобразуване на лечебни заведения за болнична помощ в ОЦМО“ означава да се създаде и регистрира нов тип лечебно заведение - нови правила, финансиране, управление и др. Не е отчетен фактът, че съществуват лечебни заведения, които са частна и публична собственост.

Да бъдат „обединени на функционален принцип“ ПИМП, СИМП и ЦСМП е съвсем различен акт от цитираното „преобразуване“ и означава самостоятелно функциониране на отделните ЛЗ с обединяване на кадровия и материално-технически в определен момент, за определено време и ясна цел.

Изложените идеи, посочени в НЗК са взаимно изключващи се.

Целта, поради която се предлага създаването на ОЦМО, а именно „гарантиране на спешната и неотложна помощ на населението с 24-часово покритие“ също не е издържана. Не може да бъде цел едно несъществуващо понятие - „неотложност“.

Извън спешността е необходимо наистина да се въведе терминът „медицина по необходимост“ или „състояние, което не търпи отлагане до следващия работен ден“. Трябва да се изработи дефиниция: кога, защо и при какви условия се търси консултация с медицински специалист след времето на амбулаторния прием, както и за домашно посещение. Тази дефиниция да бъде разписана и

широко оповестена. Добре е да се рамкира и в Закона за защита правата на пациента. Като цяло трябва не само да се оптимизира начинът на предоставяне на услугата, но и да се прецизира на правото за нейното ползване.

Според експертите на НСОПЛБ, дейността на структури като ОЦМО или „call-centers“, трябва да се финансира от източници извън задължителното здравно осигуряване и първо да бъдат преодолени някои съществуващи проблеми като:

- Липса на механизъм за установяване на осигурителния статус на пациента, особено ако се обажда по телефон или иска посещение в дома.
- Какви документи, по какъв начин ще се издават и заплащат при необходимост от лабораторни, образни изследвания и консултации, ако пациентът е здравноосигурен? А, ако не е здравноосигурен?
- Увеличаващ се дефицит на ОПЛ, дефицит на кадри и филиали в СП, неатрактивност.
- Липса на денонощно работеща лаборатория, рентген или консултант?
- Кой и при какви условия извършва транспортиране на болен или лекар извън случаите на спешна помощ?

Предлагаме следния модел: Изграждане на центрове за здравно обслужване в извънработно време (ЦЗОИРВ), разположени в осигурени от съответната община помещения, оборудване, транспорт и постоянен персонал (специалисти по здравни грижи - мед.сестри, фелдшери и др., помощен персонал и шофьори), които да се финансирани от общинския и/или републикански бюджет. В ЦЗОИРВ, по желание и срещу заплащане, дават дежурства лекари и медицински специалисти от ПИМП, СИМП и БП. МЗ и общините да изготвят проекти за финансиране на тези центрове по програмите на ЕС.

Като първа стъпка, миналата година предложихме през 2009 г. да стартира пилотен проект на този модел в няколко общини в страната и, ако се окаже работещ, да се мултиплицира.

КАКВО ОЧАКВАМЕ ОТ НЗК?

- НЗК трябва да гарантира организационна и количествена стабилност на системата на здравеопазване.
- НЗК трябва да създаде условия да се оптимизира системата и да бъде достъпна, а не да обезценява и подарява този достъп.
- НЗК трябва осигури присъщо необходимото, а не лукса.
- НЗК трябва да е ориентирана към пациентите (реални и потенциални), но в същата степен и към медицинските специалисти.

- НЗК трябва да е съобразена със съществуващите реалности - социални, икономически, кадрови.

За да бъдат постигнати тези цели е необходима предварителна, едновременна работа в няколко взаимосвързани направления:

1. Организация.

Структура на ЛЗ, видове, взаимоотношения. Реалностите на потребление, финансиране и очакван здравен резултат, изискват промяна на съществуващите в момента и създаване на нов тип лечебни заведения. За да се пристъпи към действие в тази посока, трябва да има ясна формула как и определение на съдържанието, целите и вътрешните отношения в тези ЛЗ и между самите тях. Например, ако се преобразува болнично лечебно заведение в ОЦМО, какво се случва с ЛЗ, които ще формират ОЦМО?

2. Медицински специалисти.

НЗК трябва да се основава на ясна представа за необходимия вид и брой лекари по специалности, както и специалисти по здравни грижи в близките 10 години, начин на специализация, продължаващо медицинско обучение и място за реализация при установени ясни правила и очакван резултат (професионално осъществяване и възнаграждение за медицинския специалист и здравен ефект върху обществото от дейността му).

3. Пациенти.

НЗК трябва да осигури равнопоставеност и достъп до системата, а не „bypass“ на системата. НЗК е неработеща, особено в частта си 24-часово осигуряване на медицинска консултация, докато не се реши проблемът с гражданите с прекъснати здравноосигурителни права. За да няма българи без здравни осигуровки, трябва да се определят социално слабите и да бъдат осигурени от държавата с участието на централната и местните власти. Необходима, макар и непопулярна мярка, е въвеждането на регулиращ потреблението на здравни услуги механизъм, като потребителска такса за всички потребители, във всички нива на системата, независимо дали дейността се осъществява в амбулатория или в дома. Като за домашните посещения (независимо дали са извършени от ЦСМП или ОЦМО) тази такса бъде по-висока.

4. Финансово осигуряване.

Системата на здравеопазване попада в онази част от човешката дейност, която е бюджетирана. Тя не създава бюджет, от който да се издържа и развива, а ползва предварително заделени финансови средства, за да предостави условия за ползване на медицински услуги. Ако се запази тенденцията за рестриктивно финансиране, наложените чрез една НЗК реорганизационни мерки ще доведат до поредното преливане на средства от една в друга дейност с краен резултат обща здравна недостатъчност.

НСОПЛБ има готовност да се включи със свои експерти в дискусия с участие на всички заинтересовани страни в системата на здравеопазване.

***НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ
НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ***