

IX ГОДИШНА КОНФЕРЕНЦИЯ



ИНОВАЦИИ И ДОБРИ ПРАКТИКИ В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР

8 ноември 2022
ONSITE AND ONLINE



Медицинска пустиня

Д-р Христина Божинова-Димитрова





Първична медицинска помощ в България

Първичната медицинска помощ в България се поставяна участъков принцип в началото на XX век.

За първи път терминът „участъков лекар“ се използва в Закона за народното здраве от 1929 г.

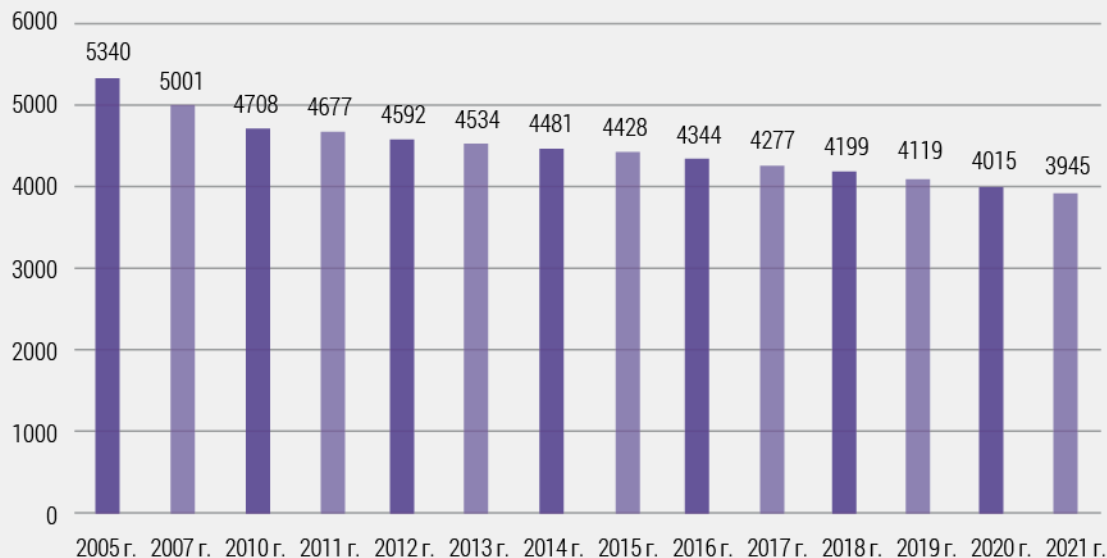
Участъковите здравни служби са обезпечени от държавата. Общините предоставят на лекаря жилище, транспорт и други социални придобивки.

През 1951 г. с въвеждането на безплатна медицинска помощ за цялото население, се затвърждава участъковият принцип, с терапевтични и педиатрични участъци по местоживееене.

До края на 90 те години на XX век има силно развита участъкова мрежа, покриваща равномерно територията на страната, с лекари, фелдшери, медицински сестри и обществен транспорт в почти всяко населено място.

Реформата в първичната медицинска помощ стартира през 2000 г. В съответствие със Закона за лечебните заведения и Търговския закон, участъковите лекари започнаха да се регистрират като общопрактикуващи, с многократно увеличен обем медицински, административни и финансови задължения.

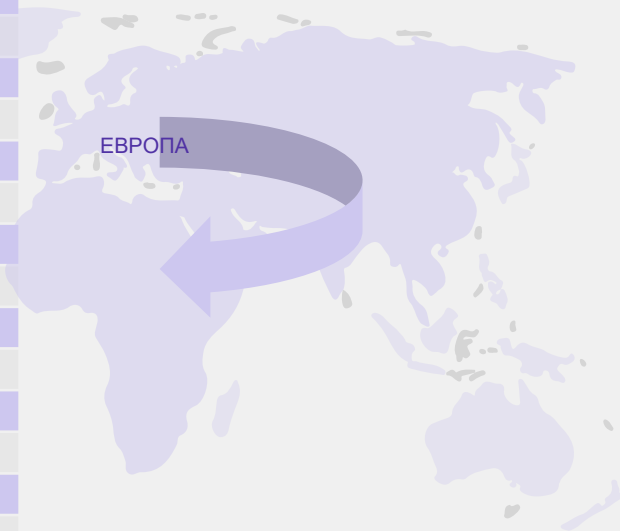
Брой общопрактикуващи лекари в България, 2005–2021



- намаляващ брой, застаряващи кадри, неравномерно разпределение;
- оголване на малките населени места;
- опит за решаване на проблемите чрез допълнителни финансови средства за неблагоприятни райони не стимулира лекарите да работят в такива практики;
- през 2016 г. в България се регистрира най-големият брой завършили лекари от 2002 г. насам, но това не води до установяване на новозавършилите като ОПЛ в нуждаещите се райони.

Брой общопрактикуващи лекари на 10 000 души от населението, в някои европейски страни, 2019

Страна	Брой ОПЛ	Брой ОПЛ на 10 000 население
Германия	59 711	7,19
Франция	58 493	8,68
Обединено Кралство	51 096	7,66
Испания	43 131	9,18
Италия	42 428	7,02
Нидерландия	15 373	8,89
Белгия	13 425	11,70
Полша	8 418	2,21
Чехия	7 357	6,90
Австрия	6 750	7,61
Швеция	6 480	6,63
Норвегия	4 587	8,60
Унгария	4 493	4,59
България	4 119	5,88
Ирландия	4 058	8,27
Гърция	3 701	3,45



Общ поглед на респондентите върху най-честите им функции, различни от медицинските договорености

- Всички респонденти отговарят, че извършват изключително много дейности извън медицинските, които не са нито остойностени, нито регламентирани, нито се споменават в договореностите в първичната помощ.
- Обобщено ги наричат – „социални“ аспекти/дейности/функции.
- **Работа със здраво неосигурени** – 10-30% от листите; не заплащат прегледите и домашните посещения, нито приложените медикаменти.
- **Снабдяване с лекарства** – в селата без аптеки ОПЛ носят лекарства, сами купуват лекарства на бедни пациенти, дават мостри.
- **Лабораторни изследвания** – ОПЛ носят биологичен материал.
- **Работа, свързана с инвалидността** – **регламентирана** функция, но с проблеми експертизата за насочване към ТЕЛК изисква направления, които са ограничен брой изчерпването им създава конфликт между социалните нужди на едни пациенти и медицинските нужди на всички останали
- **Транспорт на пациенти** – със и без връзка със здравното състояние, когато в населените места няма обществен транспорт или е неудобен напр. веднъж на ден
- **Работа с възрастни, живеещи сами** – всички социални функции спрямо лицето се прехвърлят на ОПЛ като най достъпен.
- **Общуване с лекаря** – често без връзка със здравето, само за социален контакт, в неприемливи размери и теми.
- **Телефонни контакти, въпроси и снимки по вайбър** – по всяко време на денонощието, често без връзка със здравето, действа стресогенно и изтощително.
- **Безплатно обслужване на гости и роднини на пациентите** – в малките населени места.
- **Включване на семействата на ОПЛ в обслужването на пациенти** – документи, лекарства, транспорт.

Право на лекаря да отпише пациент от своята листа?

- невъзможност да се носи непрекъснато голям социален товар;
- необоснован натиск от страна на пациентите за дейности и услуги;
- необосновани жалби на пациенти до институциите.

Транспорт

Редовен обществен транспорт до или в населеното място на практиката

Има – 119 (76,3%) в областните градове

неудобен или нередовен – 28 (17,9%)

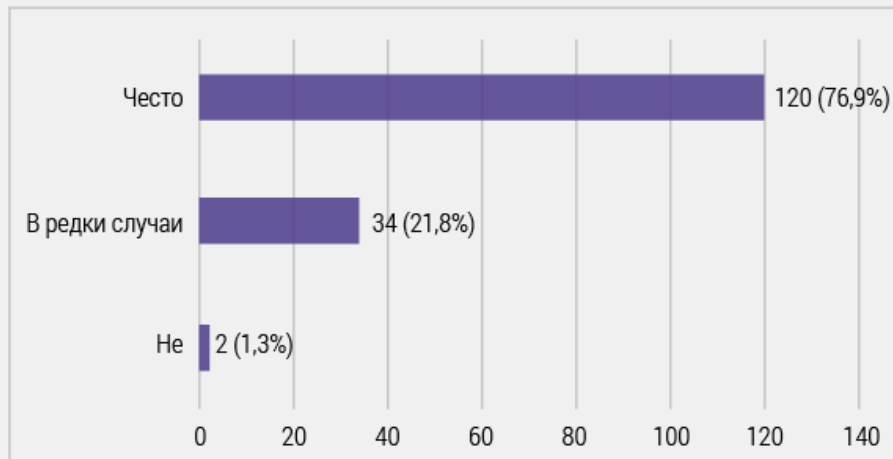
няма – 9 (5,8%)

71 (45,5%) от ОПЛ са транспортирали пациенти

Населените места в България, които нямат никакъв обществен транспорт (**закрит**) са **над 120**

Домашни посещения на здравно неосигурени пациенти

Търсят спешна помощ



Търсят ОПЛ

Домашно посещение от ОПЛ	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
Често	4 (2,6%)	7 (4,5%)	7 (4,5%)	18 (11, 6%)
Рядко	74 (47,4)	18 (11,5%)	12 (7,7%)	104 (66,6%)
Никога	30 (19,2%)	4 (2,6%)	0 (0,0%)	34 (21,8%)
Общо	108 (69,2%)	29 (18,6%)	19 (12,2%)	156 (100,0%)

Реакция към практики с неблагоприятни условия



Коментари:

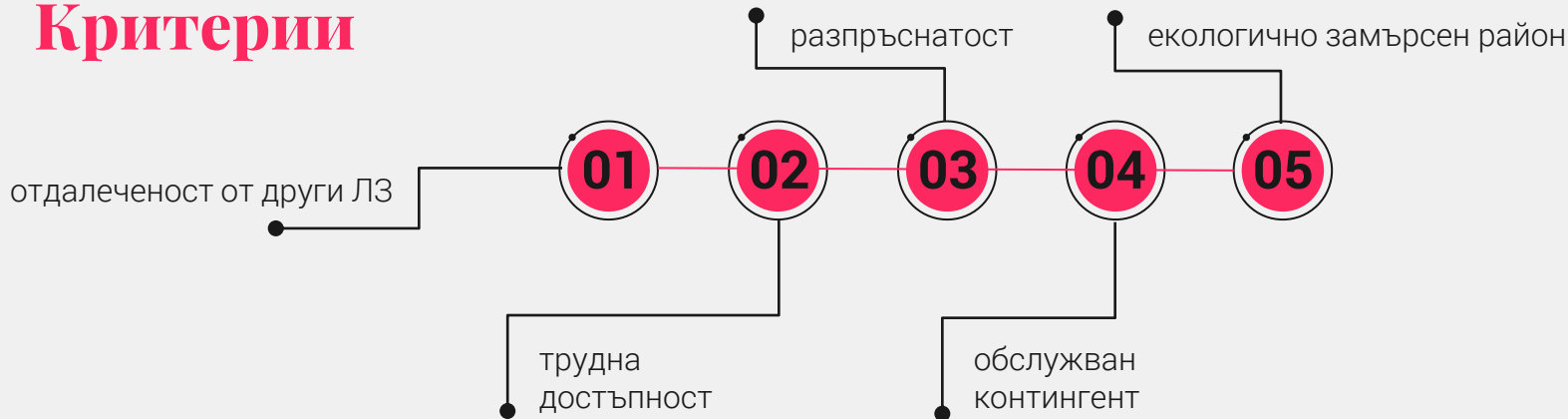
Лекарят ще трябва да се справя не само с медицинските грижи, а с всички социални проблеми в съответните места.

Неблагоприятни практики

Методика на НЗОК / Методика за определяне на месечното заплащане за работа в населени места-център на практика с неблагоприятни условия на работа за изпълнителя на ПМП.

Те са еднократна финансова помощ /при условия като практиката да е била незаета минимум 6 месеца и допълнително разположение/ и месечни помощи от НЗОК/2017 г. – 5 млн лева/

Критерии



Неблагоприятни практики

Доклад на МЗ, 2017 г.

- Потребност от лекари със специалност обща медицина **4886**, при осигуреност на **100 000** души – **67**
2017 г.
- Лекари със специалност ОМ – **2973**
- Лекари без специалност ОМ, работещи в ПМП – **2155**
- Общ брой работещи в ПМП 2017 г. – **5128**
- С договор с НЗОК в ПМП, 2017 г. – **4415**
- Недостиг на лекари в ПМП през 2017 г. – **471**.
- Най-голям в Бургаска, Хасковска, Кърджалийска, Великотърновска, Русенска, Монтанска области.
- Общият брой незаети практики в ПМП – **534**
- Най-много от тях са в област Монтана, Бургас, В.Търново, Кърджали, Русе и Хасково.
- Подчертава се, че наличието на квалифициран персонал, адекватна организация, материална осигуреност и своевременност на медицинската грижа в ПМП.
- Основни мерки в ПМП – усъвършенстване на структурата и организацията, нормативна база, осигуряваща равнопоставен достъп.



Възможности за оптимизиране на първичната медицинска помощ през погледа на личните лекари

- Да се намали бумашината и бюрокрацията всеобщо мнение.
- Да се намалят санкциите за ОПЛ по най различни поводи.
- Да се регламентира организация на обслужване на здравно неосигурените пациенти в общински центрове
- Да се определи пакет услуги за здравно неосигурени и да е ясно как ще се финансира
- Да се акцентира и на задълженията на пациента, не само на неговите права.
- Държавата да създаде условия на хората да се трудят, вместо да се търсят социални помощи или работа в чужбина.
- Да спре закриването на автобусни и влакови линии.
- Да има общински аптеки, както и денонощни аптеки.



Изводи



- В своята работа при изпълнението на всички регламентирани задължения, ОПЛ извършват и множество нерегламентирани, без които не може да изпълнят професионалните си медицински задължения. Тези аспекти на практиката си ОПЛ наричат „**социлни**“.
- Най-честите контингенти, при които ОПЛ изпълняват такива дейности, са **здравно неосигурените**, бедните, възрастните, самотните, инвалидите, живеещите в малки населени места.
- Домашните посещения са част от задълженията на ОПЛ, но тяхната обоснованост, кратност и продължителност не могат да се регламентират, поради което **свърхизпълнението им извън медицинските показания** е чисто социална функция. Най-чести необосновани визити има при новородените и при възрастните хора.
- ОПЛ е източник на **социална подкрепа** за своите болни и здрави пациенти. Те се обръщат към него по всякакви житейски въпроси, включително за финансова помощ
- Резултатите потвърждават **недостига на ОПЛ**. От своя страна изчезването на лекарските практики в малките населени места затваря порочния кръг, водейки до тяхното напредващо обезлюдяване
- ОПЛ считат за необходимо да могат **да отпишат пациент** от своята листа, като главната причина е непосилността на социалното натоварване.
- Работата на българския ОПЛ е затруднена от **независещи от него фактори**, като липса на достъпни аптеки в малките населени места, липса на обществен транспорт, бедност и др. За да изпълнява професионалните си задължения ОПЛ трябва да компенсира тези неуредици на държавата, организацията на **здравеопазването** и **лекарствоснабдяването**.

Препоръки



Към Министерството на здравеопазването

По-малко **бюрократични изисквания** за документация, защото огромният набор документи не само отнема от времето за преки медицински задължения, но не отразява дори отчасти реално свършената работа по обслужването на пациентите.

По-малък **административен натиск** към първичната медицинска помощ, защото администрацията няма представа за огромния обем социални функции на лекаря, които не влизат в задължителните и подлежащи на контрол правила.

Да се обмисли възможността за определяне на пакет за **здравно неосигурени пациенти**.

Да се преосмисли политиката по **лекарствоснабдяване**, като се разчита не само на частната инициатива (ориентирана към печелившия пазар в големите градове), а и **общински ангажимент** за аптечни пунктове в малките населени места.



Препоръки

Към Министерството на транспорта и съобщенията и Министерството на регионалното развитие и благоустройството:

Да се поддържат **пътищата** към и в малките населени места, които не са ремонтирани от десетилетия и са опасни не само за жителите, но и за лекарите при обхождането на разпръснатите си практики.

Да спре **закриването** на транспортни връзки (автобусни и влакови линии), защото неудобният или липсващ обществен транспорт откъсва населеното място от всякакви услуги.

Към Министерството на труда и социалната политика:

Да се преосмисли държавната политика по **заетостта**, да се създават работни места (вместо да се закриват), за да може хората да работят, да получават достойно заплащане и да се осигуряват (вместо да се стремят към емиграция, социални помощи или освидетелстване от ТЕЛК), да живеят спокойно и да се грижат за възрастните си близки.

Заклучение ...

Като медицинска пустиня могат да се обозначат всички райони и населени места с незаети практики за първична медицинска помощ.

Част от тях имат статут на „неблагоприятни практики“ според методика на НЗОК.

Това са населени места, чиито жители нямат достъп до ОПЛ в населеното място.

Други характеристики могат да бъдат трудна достъпност, разпръснатост, екологично замърсяване.

Още през 2017 г. се отчита, че над 500 неблагоприятни практики са незаети.

Рискови да се превърнат в „медицинска пустиня“ са и селищата (дори центрове на общини), които в момента са с един или двама ОПЛ около или в пенсионна възраст.

ОПЛ изпълняват не само медицински, но и множество социални функции, насочени към здравнонеосигурените, инвалидите, самотно живеещите особено в малките населени места и отдалечени райони.



Възможности за преодоляване на кризата в здравеопазването, наречена „медицинска пустиня“

Финансови /данъчни/ облекчения за лекари със селски практики или неблагоприятни такива при определени условия.

Административни облекчения при разкриването на селски практики.

Увеличаване на броя на акредитирани практики по обща медицина, за включване на повече млади лекари в системата на обучение и възможност да разкрият практики в селата и малките населени места при облекчен режим.

**Реална помощ от общините за издръжка и ремонт на лечебни заведения на тяхна територия в села и неблагоприятни практики.
Една почти стогодишна забравена традиция.**

Телемедицина.

Регламентиране на заплащането на дистанционните консултации.

Телемедицината не отменя необходимостта от ОПЛ с неговите многообразни функции – медицински и социални и осъществяващ продължаваща грижа за всички групи от населението.



Благодаря за вниманието!



За контакт:

christina.dim@gmail.com

