**ДО**

***Институциите в Република България***

**ДО**

***Медиите и обществото***

 **ОТВОРЕНО ПИСМО ЗА ПРОБЛЕМИТЕ В ПИМП**

от  общопрактикуващи лекари, работещи в България

***Уважаеми господа управляващи,***

***Уважаеми господа ръководители на институции,***

***Уважаеми граждани,***

Ние,  общопрактикуващите лекари, подписали настоящото писмо, обръщаме вниманието Ви към  проблемите на първичната извънболнична медицинска помощ в страната ни. **За една година, по официални данни на НЗОК, в страната ни са прекратили работата си 400 общопрактикуващи лекари (ОПЛ)**. Това са 10 % от ОПЛ, работещи  към м. септември 2020 година. Броят ни намалява и към днешна дата вече е фактически недостатъчен, за да осигури качествена и достъпна първична медицинска помощ за всички. Нови практики се разкриват малко, и са концентрирани в големите градове. Извън тях, ако се закрие практика на ОПЛ,  **пациентите остават без лекар в населеното място и са принудени да търсят медицинска помощ далеч от дома си.** Повечето от хората без хронични заболявания изобщо не правят нов избор на лекар поради липсата на ОПЛ близо до тях.  Много от практиките на ОПЛ вече са надхвърлили броя пациенти, за които могат да полагат качествени медицински грижи.  Пациентите, които нямат общопрактикуващ лекар, се увеличават ежедневно. Голяма част от тях са с непрекъснати здравноосигурителни права.

В първичната извънболнична медицинска помощ**се извършват над 90 % от медицинските консултации на пациентите, като в огромния процент от случаите проблемите на пациентите се  решават на ниво  първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)**.  Липсата на добре структурирана и работеща ПИМП рефлектира в:

-           претоварване на спешната помощ;

-          влошаване на контрола на хроничните заболявания, водещо до хоспитализации;

-          късна диагностика на острите заболявания, водещо до усложнения;

-          късна диагностика на онкологичните заболявания, водещо до повишена смъртност;

-          влошено качество на живот на пациентите;

-          повишен брой хоспитализации по повод на заболявания, които биха могли да се диагностицират и лекуват успешно амбулаторно;

-          повишени разходи на Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), Национален осигурителен институт (НОИ) и Министерство на здравеопазването (МЗ), свързани с влошеното здравно състояние на хората.

-          намален приход за НЗОК и държавния бюджет поради загубен огромен брой човекочасове труд вследствие на неработоспособност и смърт

Ние, общопрактикуващите лекари, с години се борим с лошата регламентация на нашата дейност, като предлагаме промени в нормативните документи и условията за работа, които биха ни позволили да сме по-ефективни. Постигнахме някои промени в полза на нашите пациенти**. Но много проблеми останаха нерешени**. В условията на намаляващ брой общопрактикуващи лекари и увеличаване на средната ни възраст (към момента е около 60 години) те ще стават все по-тежки. Те са причината да няма много желаещи да работят в ПИМП, те са и причината все повече практики за ПИМП да се закриват.  Виждаме го всеки ден, особено по време на  2-годишната епидемия, изтощила физически, психически и емоционално общопрактикуващите лекари, наблюдаващи и лекуващи над 95 % от болните от COVID.

**Основните нерешени проблеми и възможностите за повлияването им са:**

**1. 24-часовото разположение.**

**От 2000 година ОПЛ са задължени да осигуряват непрекъснати медицински грижи за  своите пациенти**. С времето в по-големите градове се оформиха и функционират дежурни кабинети, но в по-голямата част от страната пациентите нямат достъп до дежурен кабинет и ОПЛ поема денонощно вече 22 години медицинските грижи за своите пациенти без регламентирана възможност за дневна, седмична и годишна почивка, за повишаване на квалификацията... Вече не можем. Вече сме с 22 години по-възрастни, доста по-болни и твърде уморени, особено в последните 2 години. Много от нас не преживяха епидемията и загинаха, заразени и забравени... Намаляваме всеки ден...

Спешно е **този ангажимент на ОПЛ да бъде отменен и медицинската помощ за пациентите да бъде организирана на териториален принцип** чрез разкриване на дежурни кабинети на издръжката на държавен и/или общински бюджет или по договор с НЗОК за тази дейност. В градовете, в които има разкрити и работещи дежурни кабинети, те могат да продължат дейността си, финансирани по новия начин. ОПЛ сме на границата на своето физическо изтощение, особено в последните 2 години и нямаме възможност да продължим денонощните грижи за записаните в практиката ни пациенти.

 Отпадането на 24-часовото разположение може да отложи кризата в ПИМП, като даде възможност на възрастните и болните ОПЛ да продължат да работят в рамките на своите възможности (по няколко часа 2-3 пъти седмично).

Необходимо е политическо решение и малки корекции в нормативната база и НРД.

**2. Огромен списък от медицински услуги, които извършваме, и за които няма определена цена.**

Тук се включват всички прегледи по повод остро заболяване, всички дистанционни консултации (телефонни, писмени, видео и др.), домашните посещения, цялостното наблюдение на болни и карантинирани от COVID. В условията на епидемия прегледите на потенциално болни и доказано болни от коронавирусна инфекция отнемат голяма част от времето на лекарите, изискват силно увеличено количество лични предпазни средства и повишена консумация на дезинфектанти, както и усилия за подобряване на организацията на работа („зелени“ коридори,  групиране на болните в определени часове, въвеждане и спазване на часови графици и подобни).  **Ние сме единствената група „договорни партньори“ на НЗОК, които извършват цялостното наблюдение и лечение на КОВИД на цена 1.40-2.20 лв.** (толкова е капитацията за един пациент за един месец). В болничната помощ и в специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) тези дейности имат определена, отделна и ясно дефинирана цена, а не са в общия „пакет“.

Наложително и спешно е **да се регламентира цена за преглед на потенциално инфекциозно болни и цена на дистанционна консултация или пакетна цена за наблюдение на доказано болни.**

На по-късен етап е уместно да се мисли за въвеждане на цена за дейност за всички остри заболявания (различни от профилактика и диспансеризация)

Необходима е промяна в НРД.

**3. Възстановяване на регулиращия ефект на потребителската такса или въвеждане на официално доплащане от страна на пациента (напр. 20-30 % от стойността на услугата).**

Това е важно за ограничаване на свръхпотреблението на квалифицирани медицински услуги.

След множество лобистки промени в ЗЗО потребителската такса за ползване на медицински услуги, която **в началото беше 1 % от минималната работна заплата и се плащаше от всички**, вече 10 години стои на ниво 2.90 лв (за пенсионери 1 лв), като реално се заплаща от не повече от 25 % от потребителите на медицински услуги. Така потребителската такса изгуби  както функцията си на ограничаване на свръхпотреблението на медицинси услуги, така и дофинансиращата роля за лечебните заведения. Безплатният достъп до лекар води до извършването на множество излишни консултации в ПИМП, ангажира безсмислено времето на ОПЛ и по този начин лишава пациентите, нуждаещи се от лечение, от възможност да го получат.  Това рефлектира и в намаляване на качеството на оказаната помощ,  конфликти и агресия в лечебните заведения.

**Необходимо и спешно е да се възстанови  обвързването на потребителската такса с минималната работна заплата и да се прецизират категориите лица, освободени от заплащане на потребителска такса.**

***Вариант***: Възстановяване на сумите, дължими от определени категории лица от институцията, която ги е освободила. **Лечебните заведения не трябва да изпълняват социалнната функция на държавата**, като освобождават по принуда за своя сметка определени в закон и в НРД категории лица от регламентираното доплащане (по този начин беше решено да се изплащане на пълния размер на потребителската такса за прегледите, извършвани от педиатрите от СИМП)

Необходима е промяна в ЗЗО или в ПМС, регламентиращо потребителската такса

**4. Отпадане на лимитите за изследвания и консултации.**

**Важно и спешно е да отпаднат лимитите за диагностика и наблюдение на инфекциозно болните – ПКК, ЦРП, АСАТ, АЛАТ, Креатинин, д-димер, феритин, прокалцитонин, графия на бял дроб**. Изследванията да се назначават от ОПЛ и от COVID-центровете по преценка на преглеждащия лекар.

Едно от уникалните правила в България, отличаваща я от останалия цивилизован свят, е че лекарят при превишаване на лимитите за изследвания и консултации, необходими за наблюдаваните от него болни, **заплаща от собствените си приходи** (които за лечение на инфекциозно болни са в размер 1.40-2.20 лв месечно – капитация) **изследванията и консултациите, извършени в полза на пациентите**. Аналог на това явление няма никъде по света. Затова на вратите на някои ОПЛ има табели „лимити няма до края на месеца“.  Ужасно, но напълно официално регламентирано, за срам на тези, които са го измислили и подписали. След 24-часовия ангажимент на ОПЛ към записаните в практиката му пациенти, това е следващият „принос“ на България в съвременното здравеопазване.

В средносрочен план (1-2 години) трябва да се мисли за замяна на „лимитите“ и регулация чрез ограничаване на диагностично-лечебната дейност към друг регулиращ свръхпотреблението механизъм. Трябва да отпаднат и заложените в Националния рамков договор (НРД) ограничения за назначаване на изследвания, както и задължителните консултации при стабилни пациенти.  Диагностиката и лечението в ПИМП е и винаги ще бъде по-изгодна икономически, отколкото в останалите звена на здравеопазването.

Възможен механизъм при отпадането на „лимитите“ е въвеждането на регламентирано доплащане (20-30% от стойността на медицинските услуги), което се е доказало като ефективен метод за ограничаване на свръхпотреблението на медицински услуги в много страни в Европа.

Необходима е промяна в правилата, заложени в НРД.

**5. Отсъствието на ОПЛ.**

Ние, ОПЛ, също сме хора, имаме своите болести, необходимо ни е лечение, имаме проблеми с роднините си или просто се нуждаем от няколко дни почивка. Не. В България това на ОПЛ е забранено. **Нямаме право на боледуване, на отпуски, дори на почивка нощем**. Ако случайно решим да почиваме, трябва да осигурим друг лекар – заместник. В общи линии, 22 години се справяме с тази задача – за плануваните отсъствия. Но все по-трудно се намират заместници.

Съвсем по друг начин обаче изглеждат **отсъствията поради** **внезапни събития** – заболяване, травма, карантина, смърт на близък роднина и др. В момента, поради трудностите при заместването (липсват лекари, трудности при използването на базата данни на отсъстващия от заместника, необходимост от съгласуване на електронните подписи, различни софтуерни продукти, липса на достъп на заместника до данните на пациентите на отсъстващия), особено при спешно прекъсване на дейността на ОПЛ (заболяване, карантина, травма), пациентите реално остават без медицинска помощ, ако официалният заместник отсъства по същото време (което не е изключение в последните 2 години) или не може да поеме практиката. Може **да се регламентира в  условията на спешно отсъствие на ОПЛ пациентите да могат да получават медицинска помощ при всеки ОПЛ в техния район, като тези прегледи се отчитат и заплащат на принципа на „инцидентно посещение“.** Това е напълно възможно в  условията на вече напредналата електронизация на здравеопазването – отсъстващият лекар да бъде вписан в определено място в НЗИС и за срока на отсъствието му останалите лекари в района да имат възможност за достъп до данните на пациентите (рецепти, консултации, протоколи).

**Вариант**: НЗОК да изиска от застрахователите да направят специфичен застрахователен продукт, с който да застрахова ОПЛ за отсъствие при заболяване или травма до 3 месеца, като при настъпване на застрахователно събитие  дейността на заместващият лекар се заплаща от обезщетенията по застраховките за времето на отсъствие – тази практика се е наложила като работеща в Шотландия.

По същия начин би могло да се регламентира и медицинската помощ за пациентите, докато техният ОПЛ отсъства за повишаване на квалификацията си (което също не е регламентирано досега, макар че всеки иска да получи съвременна и качествена медицинска помощ)

Изискват се минимални промени в НРД и Националната здравно-информационна система (НЗИС)

**6. Липса на равнопоставеност във взаимоотношенията между лекаря и пациента**

Пациентът има възможност да смени лекаря си на всеки 6 месеца, а лекарят няма възможност да се откаже от грижите за пациент, дори когато е проявил агресия, неуважително отношение или вандализъм. Принудата лекарят да лекува в тези условия е свързана със статистически по-висока честота на неуспех от лечението, поява на  нежелани медицински инциденти с всички последствия от това за пациентите и за лекарите. Тези случаи са редки, но създават огромни проблеми и за двете страни, отнемат много време и психическа енергия за съдебните спорове и влошават медицинските грижи за всички останали пациенти в практиката на лекаря.

Важно и спешно е **да се създаде възможност за предсрочен избор на нов ОПЛ в случаите, когато доверието между лекаря и пациента е компрометирано**.

Необходими са минимални промени в Наредбата за достъпа и в НРД

**7. Огромно административно натоварване с ненужни дейности.**

Напр. защо е необходимо децата, върнати от училищната сестра, да бъдат изпращани при лекар, за да извини отсъствията им? Защо да не ги извини училищната сестра, след като тя е върнала детето?  Огромно количество отчети, списъци, справки, журнали и други документи продължават да се изискват в работата на ОПЛ и отнемат от времето за диагностика и лечение на пациентите.

В условията на напредваща електронизация на здравеопазването и бързи темпове на намаляване на общопрактикуващите лекари, те не трябва да се ангажират с немедицински дейности и предоставяне на информация, която вече е централизирана и налична, **а да се осигури възможност за персонализиран достъп на различните институции до информацията в НЗИС за целите на справки и отчетност**.

Необходими са съгласуваност в указанията на институциите, корекции в няколко наредби и в правилата на НЗИС . Всички тези дейности всъщност биха изпълнили Закона за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност, който продължава да е грубо погазван вече близо двадесет години от практически всички държавни институции.

**8. Административни проверки и санкции.**

Не са редки случаите на множество проверки на различни институции (РЗОК, НЗОК, РЗИ, ИАМН) по една и съща жалба, както и множество жалби по един и същи повод, за всяка от които днес институциите са длъжни да реализират проверка, което губи времето на лекаря и нарушава диагностично-лечебния процес.

Санкционирането на лекаря за дребни пропуски, които не ощетяват НЗОК и не вредят на пациентите; отказът от заплащане на извършена дейност поради липсваща думичка на амбулаторния лист или липсваща отметка в някое квадратче  –  това е поредният уникален принос на България в системата на световното здравеопазване, който демотивира младите лекари да работят като ОПЛ.  Има дори случаи, в които ОПЛ е глобен заради това, че е извършил медицинска помощ (преглед, имунизация, изследване) на нуждаещ се пациент!

Необходимо е да се промени контролната дейност на НЗОК и **преминаване от контрол с цел налагане на санкции за незначителни пропуски, неощетяващи НЗОК и пациентите, към методичен контрол, поясняващ работните процедури в различни ситуации**. Вместо налагане на санкции за дребни пропуски, да се въведе стимулиране на добрата медицинска практика по разумни критерии, водещи до подобряване на качеството на извършваната медицинска дейност.

Необходима е промяна в ЗЗО и НРД

**9. Въвеждане на понятието "допустимост на жалбата" подобно на практиката в съда.**

**Жалби, подадени от анонимни граждани, жалби, по  които вече има проведена процедура по проверка и решение, жалби от пациенти, проявили агресия към работещите в системата на здравеопазването, да не се разглеждат по същество**. В условията на изключителна натовареност на ОПЛ с лечебно-диагностична дейност и дистанционно проследяване, подобни жалби водят до излишен разход на време и енергия както за проверяващите, така и за проверяваните.

Необходимо е да се централизира базата данни за извършваните от различните институции проверки на ОПЛ по жалби на пациентите.

**10. Ефективно решаване на проблемите с агресията на пациентите в лечебните заведения.**

Видно от продължаващите случаи на вербална, физическа и документална агресия (непрекъснати жалби по един и същи повод до всички възможни институции), сегашният регламент на тези казуси е неработещ. **Трябва да се възприеме като основен принцип „Агресията във всяко лечебно заведение е неприемлива, без значение какъв е поводът за това“.**

Необходимо е политическо съгласие и съгласуваност на действията на различните институции в подобни случаи.

**11. Нормативни промени с отложена спешност.**

Заедно с решаването на спешните проблеми, посочени по-горе, изброените нормативни промени ще направят привлекателна дейността на ОПЛ за младите лекари и ще осигурят продължаване на дейността на ПИМП след няколко години, когато сега работещите ОПЛ вече ще са спряли активната си дейност.

–         **Подобряване на нормативната уредба в здравеопазването и** **изготвяне на Кодекс на здравеопазването,** който да обединява различните закони и наредби и да осигурява яснота по отношение на изискванията към ИМП , които в момента са пръснати в  10-ина закона и поне 50 наредби. Промените в толкова много нормативни документи трудно се следят от лекарите.

–         **Подобряване на условията и възможностите за специализация по Обща медицина**, което ще  даде възможност на младите лекари да започнат работа като ОПЛ и да получат качествено и полезно обучение за амбулаторната дейност на ОПЛ.

–         **Промяна на отношението на институциите към ОПЛ от почти пълно неглижиране на нашата дейност към уважение за извършения от нас труд и адекватното му заплащане.** Това ще рефлектира в по-голямо доверие на пациентите към лекарите, ще подобри крайните резултати на нашата дейност и ще доведе до по-добро здраве за всички жители на страната ни.

Ние, общопрактикуващите лекари, подписали това писмо, вярваме, че проблемите могат да бъдат решени в условията на равнопоставен диалог. Вярваме, че решението на проблемите ще позволи на ПИМП да продължи да извършва над 90 % от  медицинската услуга  за хората и в бъдеще, и че когато ние, работещите днес, имаме нужда от общопрактикуващ лекар, ще има към кого да се обърнем. От Вас, ръководителите на институциите, медиите и обществото, зависи ще има ли ПИМП след 5-10-20 години. Можем заедно да направим нужното – СЕГА! Ако не го направим сега, след няколко години няма да има ПИМП. От Вас зависи.

27.01.2022 г

*Отвореното писмо е подписано от 435 общопрактикуващи лекари в цялата страна към 13.30 ч на 28.01.2022 г; ОПЛ продължат да заявяват своята подкрепа за изложените в писмото проблеми, като броя на подкрепилите писмото непрекъснато расте.*

За контакт – **д-р Виктория Чобанова, тел. 0888 88 99 55**, един от всички подписали писмото общопрактикуващи лекари.