

ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ НА ДОСТЪПА В ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

Ралица Златанова-Великова, Тихомира Златанова, Добринна Лалева

Медицински университет – София, Факултет по Обществено здраве, 1527 София, България, e-mail: ralicazlatanova@abv.bg, drzlatanova@abv.bg

GENERAL PROBLEMS OF ACCESS TO PRIMARY MEDICAL CARE IN BULGARIA

Ralitsa Zlatanova-Velikova, Tihomira Zlatanova, Dobrina Laleva

Medical University – Sofia, Faculty of Public Health, 1527 Sofia, Bulgaria. E-mail: ralicazlatanova@abv.bg, drzlatanova@abv.bg

ABSTRACT

The providing of qualitative medical care to the population is a major problem placed to the Health system reform. The efforts of all participants - administration, funding organizations, doctors and patients - should be aimed to introducing the new requirements for providing qualitative and affordable medical care. Ensuring the accessible and qualitative health services is a basic principle.

The purpose of this paper is to reveal and analyze the main problems of the population access to primary outpatient medical care in Bulgaria. To achieve the objective we set ourselves the following tasks

1. Explaining the essence of the term "access" to medical care.
2. Study of the main legal documents concerning the access to primary outpatient medical care /ПОМС/.
3. Justification of the main reasons outlining real restrictions on access to ПОМС

Techniques: The documentary and critical analysis are used to projection the observed results.

Irregular spatial distribution of GPs is the leading problem of access to ПОМС. More than half a million people / 582,809/ don't have a GP. The most common reasons for this are that the location where they live is remote and unattractive, poor, is in a remote area or is inaccessible. Therefore, they are forced to enroll in the list of a GP in closest town.

Vacant GP practices in the country are 424. The biggest problem with vacant practices have in Kardjali - barren jobs for GPs there are 51. Under 27 are unemployed practices in Targovishte and Silistra, 26 - in Plovdiv and Varna, 25 - in Razgrad and Rousse. But there are some areas where this problem does not exist - as in Vratsa and Gabrovo.

Another major problem is the lack of directions (direction N3) for specialists in outpatient care because of regulatory standards that determine the number of directions, which has a GP within a quarter of year.

Lack of organization in the work of GPs in ambulatory increases the patient's waiting time and is a frequent cause of conflict. Not least is the problem of access to ПОМС relating to financial constraints related to consumer participation in the financing / user fee /.

Key words: *access, primary health care, GP*

Здравната реформа поставя като основен приоритет предоставянето на качествена медицинска помощ на населението. Усилията на всички участници в системата – администрация, финансиращи организации, лекари и пациенти – трябва да са насочени към въвеждане на нови изисквания за осигуряване на качествени и достъпни медицински грижи.

Осигуряването на достъпна и качествена здравна помощ е един от основните принципи и приоритети, залегнали в Националните здравни стратегии на България..

В резултат от реструктурирането на здравеопазването след 1990г. и промяната в модела на финансиране се създаде институцията на общата медицинска практика, като

форма на първична медицинска помощ – „вход“ на пациентите в здравната система. По този начин се преустанови предишната система на свободен достъп на гражданите до медицинска помощ в различните нива на здравната система [2]. Общопрактикуващият лекар, като основна фигура в първичната медицинска помощ е първия свободен контакт на пациента със здравната система [1] Той трябва да осигурява непрекъснати, висикокачествени и адекватни на здравните потребности на хората медицински грижи, като решава 80-90% от здравните им проблеми и да координира достъпа до другите нива на здравната система.

Целта на настоящата разработка е да разкрие и анализира оснивните проблеми на достъпа на населението до първичната извънболнична медицинска помощ в България.

За постигането на целта си поставяме следните задачи:

1. Разясняване същността на понятието „достъп“ до медицинска помощ.
2. Проучване на основните нормативни документи касаещи достъпа до първична извънболнична медицинска помощ.
3. Обосноваване на основните причини очертаващи реалните ограничения в достъпа до ПИМП.

Методи: За обективизиране на наблюдаваните резултати са изпозвани документален и критичен анализ.

Основен компонент в оценките на системите за обществено здраве е достъпът на пациентите до медицинска помощ.

Достъпът е сложно и многофакторно понятие, за което няма единно и универсално определение. Според СЗО достъпа до медицинска помощ се определя като: ”продължително във времето, организирано предоставяне на медицинска помощ, която географски, финансово, културно и функционално е лесно достъпна за цялото общество, по своя обем и количество удовлетворява и е адекватна на потребностите на хората и се извършва посредством методи и практики приемливи за тях” [7]

Най-общо под достъп до здравни услуги се разбира своевременното получаване на медицинска помощ от хората, които имат нужда и без сериозни ограничения, съобразно потребностите на индивидите независимо от техните финансови възможности.

Понятието достъп се свързва с редица други понятия и характеристики на здравната система, като:

- Право на здраве и достъп до здравни услуги;
- Достъп и качество на медицинската помощ;
- Справедливост;
- Равнопоставеност;
- Ефективност и ефикасност;

Според законодателството в България достъпа до медицинска помощ е „право на всеки гражданин да получи медицинска помощ” при условия и ред, уредени в Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване.

Правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи [3]:

- своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ;
- равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година;
- сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения;
- зачитане правата на пациента.

Законът за здравното осигуряване дава право на свободен достъп до медицинска помощ на всички задължително здравноосигурени лица, но в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса /НЗОК/, както

и да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК, без географски и административни ограничения [4]

Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани се предоставят медицински услуги, които са свързани със [3]:

- медицинска помощ при спешни състояния;
- профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на родоразрешение, по обхват и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;
- стационарна психиатрична помощ;
- осигуряване на кръв и кръвни продукти;
- трансплантация на органи, тъкани и клетки;
- задължително лечение и/или задължителна изолация;
- експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност;
- заплащане на лечение за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването;
- медицински транспорт по ред, определен от министъра на здравеопазването.

Всеки български гражданин ползва ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести, както и техническите средства за прилагането им; пълен обем от противоепидемични дейности; достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми. [3]

Тези дейности се финансират от републиканския бюджет и от общинските бюджети и се ползват при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването.

Деца до 16-годишна възраст имат право на медицинска помощ извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. [3]

Чужденците, на които е разрешено дългосрочно или постоянно пребиваване в Република България, се ползват с медицинска помощ по чл. 81 и 82 от ЗЗ наравно с българските граждани.

Според Конституцията на Република България гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. [5]

С наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ се уреждат условията и редът за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ на задължително здравноосигурените лица в Република България и на лицата, които пребивават в Република България и за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от допълнителната разпоредба на Закона за здравното осигуряване. [6]

Съгласно тази наредба здравноосигурените лица имат право свободно да избират лекар в лечебно заведение за първична медицинска извънболнична помощ на територията на цялата страна, сключило договор с НЗОК. Достъпът до специалистите в извънболничната помощ и до лечебните заведения за болнична помощ се осъществява с медицинско направление издадено от общопрактикуващия лекар.

От анализът на достъпа в разгледаните нормативни документи става ясно, че „свободно” здравноосигурените лица могат да отидат единствено при общопрактикуващия лекар, който е на входа на системата на здравеопазване. Нормативните документи и стратегии гарантират правото на здравна помощ и равен достъп на всички граждани, независимо от пол, възраст, етническа, социална и политическа принадлежност. Въпреки това съществуват много ограничения в достъпа до медицинска помощ.

Основните причини очертаващи реалните ограничения в достъпа до ПИМП са:

1. Неравномерното териториално разпределение на общопрактикуващите лекари.
2. Ограничения в пакета от дейности включени в здравното осигуряване.
3. Организационни проблеми в работата на ОПЛ.
4. Липсата на направления за консултации и изследвания.
5. Финансови ограничения свързани с участието на потребителите във финансирането.
6. Проблеми при осигуряването на достъп за неосигурените лица.

Неравномерното териториално разпределение на общопрактикуващите лекари е водещия проблем на достъпа до ПИМП. Повече от половин милион българи - 582 809 души нямат общопрактикуващ лекар в града или селото, в което живеят. Най-честите причини за това са, че съответното населено място е отдалечено и непривлекателно, в затънтен или беден район или е труднодостъпно. Затова жителите са принудени да се запишат в листа на общопрактикуващ лекар в най-близкия до тях град или село.

Незаетите джипи практики в държавата са 424. Най-голям проблем с незаетите практики за лични лекари имат в Кърджалийско - пустеещите работни места за общопрактикуващи лекари там са 51. По 27 са незаетите практики в областите Търговище и Силистра, 26 - в Пловдивско и Варненско, 25 - в Разградско и Русенско. Но има и такива райони, където подобен проблем не съществува - като във Врачанско и Габровско.

Негативна тенденция е намаляването на броя на общопрактикуващите лекари като през 2000 г. е бил 5146, а през 2010г. е 4728, която ако се зъдържи ще доведе до влошаване на обхвата и достъпа на населението до извънболничната помощ оттук до закъсняла реакция при остри случаи и обострени хронични състояние, които биха могли да бъдат решени на ниво извънболнична помощ и съответно до увеличаване на хоспитализациите.

Друг основен проблем е липсата на направления (направление N3) за специалистите от извънболничната медицинска помощ поради наличието на регулативни стандарти, които определят броя на направленията, с които един ОПЛ разполага в рамките на едно тримесечие за обслужването от него задължително здравно осигурени лица. Това води до ограничаване на достъпа на здравноосигурените лица до консултации със специалистите от извънболничната помощ, ненавременна и понякога закъсняла поставена на диагнози, които са животозастрашаващи. Същият е и проблема с направленията за изследвания /МДД/, които са ограничени от отпуснатите регулативни стандарти и общопрактикуващите лекари на практика се оказват с „вързани ръце” – не могат да изследват пълно и качествено пациентите си и от там да поставят точни диагнози.

Липсата на организация в работа на общопрактикуващите лекари в амбулаториите води до увеличаване на времето за чакане пред кабинетите им и е честа причина за конфликт с пациентите. Проблемът съществува предимно в практики с по-голям брой пациенти и би могъл да се преодолее, като се въведе практиката за предварително записан час за преглед при пациентите с хронични заболявания посещаващи ежемесечно личния си лекар. Профилактичните, диспансерните прегледи и имунизациите също могат да бъдат планирани от всеки ОПЛ предвид индивидуалната натовареност на лекарите.

Не на последно място е проблема за достъпа до ПИМП отнасящ се до финансовите ограничения свързани с участието на потребителите във финансирането /потребителска такса/. При много от пациентите тази такса се оказва като бариера за достъпа до ОПЛ. Пациентите не разполагат с необходимата сума и не могат да посетят личния си лекар, а ако все пак намерят средства да посетят личния си лекар при необходимост от изследвания и консултации със специалист те трябва да платят потребителска такса за оказаната помощ от съответния специалист и такса за изследване, което за някои пациенти е непосилно.

Според законодателството у нас здравноосигурените пациенти нямат право на достъп до здравни услуги. С невъзможност да внесат дължимите здравни осигуровки са безработните без право на обезщетение, социално слаби, които не отговарят на условията за получаване на помощи и нерегистрирани лица – безработни, лица без подслон, неграмотни и

др. Дори и да фигурират в листата на общопрактикуващия си лекар те нямат право на услугите включени в основния пакет първична извънболнична медицинска помощ. Ако искат да ползват здравни услуги тези пациенти трябва да си заплатят всичко, което им се налага според състоянието им – прегледи, изследвания и консултации или да възстановят здравноосигурителните си права заплащайки пропуснатите вноски. Здравнонеосигурените имат право единствено на спешна помощ и по този начин много от тези лица заобикалят системата на първичната помощ и се възползват от услугите на спешните центрове.

От преставените данни може на направим следните изводи:

1. Достъпът до здравни услуги е сложно и многофакторно понятие, за което няма универсално определение.
2. Нормативните документи в нашата страна гарантират правото на здравна помощ и равен достъп на всички граждани до здравни услуги независимо от пол, възраст, етническа, социална и политическа принадлежност.
3. Основните причини очертаващи реалните ограничения в достъпа до ПИМП са: неравномерното териториално разпределение на общопрактикуващите лекари, ограниченията в пакета от дейности включени в здравното осигуряване, организационните проблеми в работата на ОПЛ, липсата на направления за консултации и изследвания, финансови ограничения свързани с участието на потребителите във финансирането и проблемите при осигуряването на достъп за неосигурените лица.

Литература:

1. Балканска, П., 2011. Невербалното поведение – съществен елемент в психологичната подготовка на здравни специалисти, Интердисциплинарната идея в действие, ТЕМПО, София, 84-87
2. Димитрова Д., 2010. Достъп до медицинска помощ-подходи и модели за измерване и оценка, Пловдив, , с. 130
3. Закон за здравето, Обн. ДВ бр. 70 от 10.08.2004г, в сила от 01.01.2005г,изм. ДВ бр. 60 от 05.08.2011г.
4. Закон за здравното осигуряване, Обн. ДВ бр. 70 от 19.06.1998 г.,..... изм. ДВ бр. 100 от 20.12.2011 г., в сила от 1.01.2012 г.
5. КОНСТИТУЦИЯ на Република България, Обн., ДВ, бр. 56 от 13.07.1991 г., в сила от 13.07.1991г.
6. Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, в сила от 02.06.2006 г., Приета с ПМС № 119 от 22.05.2006 г., Обн. ДВ. бр.45 от 2 Юни 2006г., изм. ДВ. бр.57 от 13 Юли 2007г., изм. ДВ. бр.1 от 6 Януари 2009г., изм. ДВ. бр.5 от 14 Януари 2011г.
7. www.who.int