

До:

Членовете на Работна група по Заповед РД-02-146/11. 09. 2017 г. на Министъра на здравеопазването

**Становище от доц. д-р Любомир Киров, дм,
Председател на НСОПЛБ, Национален консултант по Обща медицина във връзка
със заповед РД-02-146/11. 09. 2017 г. на Министъра на здравеопазването**

Уважаеми колеги,

В предложените за обсъждане документи има промени с положителен ефект, други са положителен, но неосъществим поради други текстове в съответните документи, трети могат да бъдат добавени.

Концептуално обаче няма дефинирано ясно разделение на функциите. От една страна, определяне на временната и трайна нетрудоспособност да се извършва от медицински лица въз основа на оценка на здравния проблем, а степента на възможност за упражняване на определен вид труд да се определя от друг орган по ясни критерии, който е извън медицинската експертиза. В този друг орган, разбира се, биха могли да участват и лекари, но по-скоро специалисти по трудова медицина.

Преобладаващата част от предлаганите промени са правилни, но недостатъчни и не осигуряват решение на съществените проблеми, които не само водят до неефективно разходване на публичните ресурси, но и създават значими затруднения за нас – лекарите и нашите пациенти.

Необходимо е в чисто практически план да се посочи ясно кой, откъде и как финансира свързаните с експертизата на нетрудоспособността дейности на всички нива; как, по какъв алгоритъм и от кого се извършват дейностите на всички нива, както и осигуряване на съответно възнаграждение. Това е в контекста на огромните проблеми в ПИМП и СИМП, т.е. на първо ниво, при обработване и подготовка на пациенти за представяне.

По предложенията в документите:

1. Предложения проект за изменение на Закон за здравето

Подкрепям представените изменения и допълнения в чл.106 на Закона за здравето. Това е промяна, която трябваше отдавна да се случи, тъй като тя възстановява възможността на колегите от ТЕЛК и НЕЛК да упражняват професията си и премахва едно дискриминационно решение, а също ще доведе до решаване на кадровия проблем в съответните институции. Подобна дискриминационна забрана има спрямо ОПЛ вече 18 години в НРД.

За съжаление, тази положителна законова промяна се обезсмисля ако не се променят някои текстове, за които ще спомена в изложението.

2. Проект за изменение и допълнение на Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи

Част от предлаганите промени са необходими, но недостатъчни за цялостна промяна на системата и уреждат само кадрови и организационни проблеми в ТЕЛК и НЕЛК.

- Чл.6, ал.(3) т. 2, а)

Предлагам да се обмисли участието и на ОПЛ с призната специалност по ОМ, която е една от специалностите по медицина и не трябва да бъде пренебрегвана. Общата медицина е и широкопрофилна специалност, което е допълнителен плюс.

- Промени в чл.11, ал.1. от ПУОРОМЕРКМЕ

Подкрепям предложената промяна, която е правилна, добре мотивирана в предложението за промяна в ЗЗ.

Не е рационално обаче най-малко 3^{-ма} от лекарите в ТЕЛК да са на пълен работен ден.

Това няма да реши кадровия проблем, тъй като лишава тези лекари от възможността да практикуват, респективно не може да се очаква проява на интерес от млади колеги и практически блокира възможността, която дава промяната в чл. 106 на ЗЗ, тъй като работата на пълен работен ден в ТЕЛК на практика лишава съответния лекар от възможност да работи и на друго работно място.

Предлагам текстът да се промени, като се задължи ръководителят на лечебното заведение да осигури ежедневен почасов график за участие на поне трима специалисти в рамките на пълен работен ден. Това означава, че в осигуряването на осемте часа може да се включат повече от трима колеги. Това от една страна ще позволи на лечебното заведение да ползва целия си кадрови капацитет с който разполага и ще даде възможност на колегите да практикуват, а от друга ще осигури възможност за по-независима оценка на случаите и преодоляване на някои негативни практики.

- По чл.15-19 от ПУОРОМЕРКМЕ

Предложените промени, касаещи организацията на дейността на НЕЛК са рационални.

- По чл.20 от ПУОРОМЕРКМЕ

И старият и новият текст не са коректни и предлагам да отпаднат или да бъдат изцяло преработени. От текста не става ясно как и какво лекарите от НЕЛК отработват половин

работен ден в университетски болници, предвид обстоятелството, че болниците са търговски дружества (държавни, общински и частни), осъществяват лечебна дейност и носят отговорност за нея, включително за дейностите, осъществявани от медицинските специалисти в тях. Това означава, че лекарите в НЕЛК следва да имат трудов договор в лечебното заведение с регламентирани права и задължения. Не става ясно каква дейност извършват лекарите от НЕЛК в тези болници – медицинска или административна. Понятието „отработват“ показва, че лекарите би трябвало да осъществяват дейност, сходна на тази в НЕЛК, каквато обаче не се осъществява в болнични заведения. Освен това понятието университетски болници е свързано с функциите им по обучение на студенти и специализанти. Ако целта на посочения текст е да се осигури поддържане на професионалната квалификация по съответната специалност и да се даде възможност на лекаря да практикува по специалността си, то по-коректното понятие е лечебно заведение със структура по съответната специалност с най-високо ниво на компетентност. Всъщност не виждам смисъл да бъде и с най-високо ниво на компетентност, а ниво, в което е възможно да се диагностицира и лекува даден здравен проблем. Например в областта на очните болести това би било могло да бъде и лечебно заведение за извънболнична помощ, а в областта на психиатрията – център за психично здраве и др. подобни.

В заключение, текстът е архаичен, спорен и некоректен, поради което предлагам да отпадне изцяло. Дадената възможност чрез промените в ЗЗ на лекарите в ТЕЛК и НЕЛК да работят и на други места, решава проблема, който някога е провокирал съществуването на този текст.

- По чл.23, ал.1 от ПУОРОМЕРКМЕ

Предложеният проект не включва промени в текста на чл.23, но такива са крайно наложителни в следните направления:

В т.1. на чл.23, ал.1 е посочено, че лекарят прави преценка на здравословното състояние на болния и на неговата работоспособност въз основа на клиничен преглед, резултатите от направените изследвания, заключенията на консултантите, и „характера на работата и условията на труд на болния“. Уместно е, ако остане този текст да се промени така **„съобразно информацията предоставена му чрез анамнезата за характера на работата и условията на труд на болния“**.

Както е разписано в съществуващия текст, изискването лекуващият лекар да оценява характера на работата и условията на труд на пациента създава проблеми при неговото практическо прилагане и може да е основание за търсене на отговорност от страна на лекаря за „некоректна“ оценка, която по обективни причини е субективна, а и няма ясно разписани критерии, на които да се обоснове.

Би могло да има един обективен вариант-представянето на производствена характеристика или друг документ от компетентен орган (СТМ), в който да е описан характера на работата и условията на труд на пациента, но това е изключително затрудняващо и за работодателите и за служителите и нецелесъобразно. В същото време

предоставянето на данни от пациента в хода на анамнезата може да е донякъде подвеждащо и некоректно, но не товари лекаря с излишни административни отговорности.

Предлагам да бъде заличено понятието ЛАК и изискуемите спрямо нея дейности в чл. 23 и не само тук.

Всичко, което е необходимо да се попълва в понастоящем в ЛАК е отразено в Амбулаторния лист (АЛ) на пациента, както и се прилагат допълнително се прилагат копия от други изискуеми документи. Т.е. оформя се набор от необходими документи за освидетелстването.

В т.3. на чл.23, ал.1 е регламентирано, че лекарят описва болничния лист в контролния лист към ЛАК по следните реквизити: номер, начало и продължителност на временната неработоспособност, органа, който го е издал (лекуващ лекар или лекар по дентална медицина, ЛКК, по решение на ТЕЛК), и диагноза. Подобни бележки са относими и по повод поставяне на печати, подписи и др. в ЛАК.

Този текст трябва да отпадне, тъй като:

- В т.2. на същият член подробно е регламентирано какво документира лекарят при извършване на оценка на временната неработоспособност, като това може да бъде направено в амбулаторния лист - официално въведен и използван в практиката медицински документ, както и да бъдат приложени допълнителни документи.

- „номер, начало и продължителност на временната неработоспособност, органа, който го е издал (лекуващ лекар или лекар по дентална медицина, ЛКК, по решение на ТЕЛК), и диагноза“ са атрибути, които се вписват в болничния лист, който лекарят издава и информацията за него веднага е налична в информационната система на НОИ.

- Изискването за вписване на тези атрибути в ЛАК беше въведено преди години с цел осигуряване на механизъм за контрол на болничните листове, какъвто в към този момент не съществуваше. Сега в НОИ има действаща информационна система, достъпна за всички лекари и контролни органи, която гарантира по-ефективен механизъм на контрол. При справка в нея всеки лекар може да види издадените в минал период болнични листове на пациента: кой ги е издал, кога, на какво основание, продължителност, дати има ли етхвърлени такива и т.н.. При издаване на болничен лист информацията за него е налична в системата почти на момента, тъй като постъпва по електронен път. При неизправност в системата или мрежата срокът е до 7 дни.

- ЛАК е медицински документ, ползван в медицинската практика и отменен като форма и съдържание, вероятно поради отпаднала още тогава необходимост от неговото съществуване. В момента ЛАК не е регламентиран като официално въведен от МЗ документ.

- Ползването в 21 век на архаичната книжна форма ЛАК, при наличие на информационни системи на НЗОК, НОИ и всички лекарски практики, които издават болнични листове е

не само обременително за лекарите и пациентите, но и неефективно от гледна точка и на контрола и на ресурсите в системата.

Във връзка с това категорично настоявам да отпадне въведеното изискване за документирани дейности по медицинска експертиза в ЛАК, което е обсъждано в широк кръг в средите на ОПЛ

- Т. 4 „изпраща служебно болничния лист на работодателя, при условие че болният заяви писмено, че липсва възможност болничният лист да бъде предоставен на работодателя, най-късно два работни дни от началото на разрешените отпуски;“

Предлагам да се промени, като този ангажимент се вмени на пациента или близките му, които могат да го предоставят по поща или друг избран от тях начин. Време е да се въведе и възможността за изпращане на БЛ и до работодателите като втора стъпка от реформата в НОИ!

- По чл.32, ал.6 от ПУОРОМЕРКМЕ

Липсата на тарифа за освидетелстване на освидетелстването не може да е мотив за премахване на текста, а пречка, която следва да бъде преодоляна:

Лечебните заведения, към които са разкрити ТЕЛК са самостоятелни търговски дружества и могат самостоятелно да формират цени, които се включват в ценоразписа на лечебното заведение.

Министерство на здравеопазването заплаща дейностите по освидетелстване и преосвидетелстване в ТЕЛК по реда на Методиката за субсидиране на лечебните заведения, в която има определена стойност на 1 освидетелстване/ преосвидетелстване. Така определената стойност може да бъде ползвана като отправна точка за формиране на цена в лечебните заведения.

Предлагам текста да се коригира, като се добави „по цени, определени от лечебното заведение.“

- Чл. 24, ал (7)

(7) (Нова - ДВ, бр. 55 от 2014 г.) В случаите по ал. 1, т. 7, при които за конкретно заболяване са извършени консултации и изследвания през последните дванадесет месеца, предхождащи явяването в ЛКК, и резултатите от тях са налични в медицинската документация на лекуващия лекар, последният прилага **заверени копия** на същите, без да се налага повторното им назначение и извършване.

Какво означава „заверени копия“. Да се прецизира. Предлагам „Вярно с оригинала“, подпис и печат на лекаря или лечебното заведение, който подготвя и представя пациента за освидетелстване.

- По чл. 37 и 38, 39 от ПУОРОМЕРКМЕ

Въпросът е концептуален: **Има ли изрична необходимост да се осъществява клиничен преглед на пациента или е достатъчно да се направи оценка по документи, издадени от компетентни лица.**

Предлаганите промени не дават отговор и решение на този въпрос.

Подлагането на клиничен преглед на пациента обезсмисля всички предварителни прегледи, изследвания и процедури и аргументи ги подлага на съмнение като достоверност и компетентност и ги прави излишни. Освен това поставя оценяващите в суперпозиция спрямо предишните извършители прегледите (относно знания, умения и др.). Обект на настоящият модел на медицинска експертиза са лица, със заболявания и състояния от цялата медицинска нозология, като често се отнася до тесни специалности, които не са предвидени в съставите на ТЕЛК – например акушерство и гинекология, УНГ, онкологични заболявания и др.. ТЕЛК не разполага с медицинска апаратура и оборудване (или поне няма въведени изисквания), необходими за осъществяване на обективен клиничен преглед при настоящото ниво на развитие на медицината, особено в някои специфични медицински специалности. Пациентите, които се явяват на ТЕЛК, идват насочени от специалист с пакет медицински документи и резултати от изследвания, обективизиращи тяхното състояние и изискуеми съгласно нормативните документи. В много случаи те са преминали консултации или стационарно лечение в лечебни заведения с най-високо ниво на компетентност и имат дадени медицински заключение за състоянието си.

Смисълът на клиничният преглед е в установяване на диагноза с последващо лечение или контрол на състояние, каквито не са целите на ТЕЛК. ТЕЛК трябва да определи, въз основа на установеното вече състояние на пациента, неговата нетрудоспособност.

Предлагам, Чл. 37 да отпадне, както и 38 и 39 да се разпише по начин, който указва, че оценката се прави въз основа на предоставената от пациента документация по съответни критерии. В случаи на съмнение в предоставените от пациента медицински становища и медицински изследвания или неясноти, по-правилния подход би бил, лечебното заведение към което е ТЕЛК, да осигури повторна консултация или изследване.

Това предложение е и в аналогия с мотивите за отпадане на възможността за клиничен преглед в НЕЛК. Доколкото решението на ТЕЛК се позовава основно на медицински изследвания и консултативни мнения, които няма как да осъществи на място, много по-коректно и защитимо на този етап е тяхното цялостно произнасяне по медицинска документация.

- чл.43 и 45 от ПУОРОМЕРКМЕ

Подкрепям предложението по чл.43 и 45, тъй като те потвърждават становището, че постановяване на решения от органите на медицинската експертиза с експертни функции (ТЕЛК и НЕЛК) могат да се осъществяват само на база на съществуваща медицинска документация.

По отношение на другите направени предложения нямам бележки, доколкото те са основно технически и редакционни и не променят по същество регламентирания ред.

- Чл. 71. (1) Експертите на РКМЕ:

1. изпращат с обратна разписка екземпляр от експертното решение на заинтересуваните страни и НЦОЗА. (добавя се НЦОЗА с оглед статистическата обработка на данните за инвалидността на територията на страната) **ДА СТАВА ПО ЕЛЕКТРОНЕН ПЪТ!**

3. „Алгоритми/стандарти за подготовка на медицинска експертиза“

1. Следва да се уеднаквят заглавните части на таблиците по всички специалности и структурата на съдържанието в тях, тъй като в момента са налице съществени различия между таблиците по различните специалности.
2. МКБ кодовете следва да се изпишат коректно – да се посочи само с МКБ кода с цифрово изписване или МКБ кода и пълното наименование на заболяването, а не на част от него.
3. Да се изпишат коректно видовете лечебни заведения – например понятието „онкодиспансер“ да се замени с КОЦ и т.н.
4. За всички специалности да се използват уеднаквени понятия – преглед, консултация, етапна епикриза и т.н., като се посочи какво се разбира под всяко от тях – например каква е разликата между преглед и консултация, както и какво съдържание се влага в понятието „етапна епикриза от болнично заведение“.
5. За всички заболявания с МКБ код С, т.е. злокачествени новообразувания, като документи да се изискват:
 - решение на онкологична, съответно онкохематологична комисия, съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“, съгласно образца, утвърден от НЗОК и МЗ;
 - документ за провеждано диспансерно наблюдение („етапна епикриза“ или друг) по съответното заболяване и резултатите от него.
6. За всяко заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение задължително да се изисква документ за провеждано диспансерно наблюдение (тип „етапна епикриза“) по съответното заболяване и резултатите от него. От една страна това носи ценна информация за състоянието и развитието на заболяването, от друга страна не би следвало да е допустимо лица, които искат освидетелстване или преосвидетелстване да не провеждат диспансерно наблюдение и да не контролират своето състояние, довело до увреждане и неработоспособност.
7. Да се прецизират внимателно исканията за видове документи с оглед най-достъпна и ресурсно ефективна подготовка на пациента за явяване пред ТЕЛК – например за всички лица с ушно-носно-гърлени заболявания се изисква Етапна епикриза от болнично заведение през последната 1 година. Липсва яснота защо вместо този документ не може да бъде представен консултативен преглед или етапна епикриза от лечебно заведение, провеждащо диспансерното наблюдение. Поставянето на такова безалтернативно изискване ще доведе до допълнителни и излишни разходи на НЗОК за болнично лечение

(тъй като болниците не осъществяват амбулаторна консултативна дейност), като няма да допринесе за качеството на експертизата, особено при пациенти със злокачествени заболявания на ушите, носа или гърлото. В този смисъл коректно са разписани стандартите в частта за очни болести.

8. Във връзка с горното предлагам към проекта да се направи и **представи детайлна оценка на въздействието на въвежданите алгоритми/стандарти по отношение на бюджета на НЗОК от една страна и разходите за консултации и медико-диагностични изследвания за насочване за ТЕЛК на ОПЛ, с цел осигуряване на съответните регулативни стандарти.**

Бележка! Навсякъде думите „личен лекар“ е необходимо да се заменят с „Общопрактикуващ лекар (ОПЛ)“.

В заключение: Необходимо допълнително обсъждане ако направените предложения за корекции бъдат взети предвид. Ако не, следващи срещи са излишни и последващата оценка да проекта би била негативна.

Необходимо е допълнително и внимателно прецизиране на изискуемите в приложението дейности.

Доц. Л. Киров