



Изх. 47/ 22.12.2022 г.

ДО
ДОЦ. Д-Р АНТОН ТОНЕВ, ДМ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДО
ЧЛЕНОВЕТЕ НА КОМИСИЯ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

СТАНОВИЩЕ

Относно: Проект на решение на Народното събрание за приемане на Национална здравна стратегия 2030, № 48-202-03-2, внесен от Министерски съвет на 21 октомври 2022 г.

Уважаеми дами и господа,

В отговор на Ваше писмо с Изх. № КЗ-48-253-10-33 на покана за участие по точка 4 от дневния ред в заседанието на комисия по здравеопазването на 22.12.2022 г., (четвъртък), представяме на вниманието следното становище.

В Национална здравна стратегия 2030, която за краткост ще наричаме Стратегия, са заложили неотменни цели, към които всяко едно общество следва да се стреми и са валидни за всяка една система на здравеопазване. Някои текстове будят притеснение и поражда въпроси.

Например, без претенции за изчерпателност.

1. *„Предизвикателство...: България има най-ниски разходи за здравеопазване на глава от населението в ЕС, които използва неефективно, а българите плащат най- много от джоба си.“*

„Това налага в системата на здравеопазването да бъдат предприети сериозни промени, които следва да се планират в контекста на настоящата и вероятно бъдещата макроикономическа и по-специално фискална ситуация, в т.ч. пренасочването на финансовите ресурси на НЗОК от болничната към извънболничната медицинска помощ с акцент върху финансирането на дейности в първичната помощ, прегрупиране на разходите по направленията промоция, профилактика, скрининг, диагностика, лечение и рехабилитация и др.“



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplbg@gmail.com <http://www.nsoplbg.com>

Коментар: Основният проблем е „най-ниските разходи за здравеопазване на глава от населението в ЕС“, който влиза в грубо противоречие с и е пречка за постигане на целите за високи постижения, релевантни на ЕС. Доплащането „от джоба“ , в преобладаващата си част, е следствие на посочения основен проблем, също така е явно недостатъчно, за да го компенсира. Какво е решението? Увеличаване на здравноосигурителните вноски и с какъв процент; едновременно, не поетапно достигане на необходимия процент здравноосигурителна вноска за осигуряваните от държавния бюджет групи хора и на каква база; какво решение се предлага на проблема със здравнонеосигурените; таксата за посещение при лекар или пролежаване в болница и т.н.? Неефективното разходване на средствата, което съществува в определени направления, е допълнителен, утежняващ ситуацията фактор, но не е първопричина и няма как да е универсалното решение. В случая са необходими политики, конкретно посочени и разписани, за решаване на тези проблеми взети заедно.

И тъй като е ясно, че в болничната помощ също има дефицити и отнемането на средства няма да се приеме добре, се прави опит за диверсификация на еднотипни дейности между ПИМП, СИМП и БП (не става дума за профилактика на по-високо специализирано ниво, т.е. допълване). Но за това по-долу в изложението. А, дали наличния болничен ресурс се ползва достатъчно целесъобразно и ефективно в национален план?

2. „Национален план за подобряване на достъпността и капацитета на първичната извънболничната медицинска помощ и осигуряване на балансирано териториално разпределение на медицинската помощ и здравните грижи в Република България“

„Подобряване на достъпа до първична и извънболнична помощ“, насочени към подобряване структурата, организацията и методологията на предоставянето на здравните грижи в извънболничната помощ. Това включва инвестиции в създаването на амбулатории за извънболнична помощ и консултативни медико-социални звена за профилактично- промотивна дейност в цялата страна, както и създаване на стимули за ангажирането на общопрактикуващите лекари и специалистите по здравни грижи – медицински сестри, акушерки, фелдшери, лекарски асистенти и рехабилитатори, в промоцията и профилактиката на хроничните незаразни болести.“

Болничните заведения също ще бъдат насърчавани да разширяват спектъра си от услуги с такива, които имат профилактична насоченост. Диверсификация? Какви?

Липсата на организиран скрининг с цел откриване, диагностика и ранно лечение на социалнозначимите заболявания е голямо предизвикателство пред системата на здравеопазването в България.“



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplbg@gmail.com <http://www.nsoplbg.com>

Коментар: Крайно време е да се престане с некоректната употреба на термина достъпност. Да се дефинира ясно идеята за достъпност. Дали е възможност за ползване на медицинска услуга от ПИМП, СИМП или БП в рамките на час, два, на деня, два дни? България е една от малкото, ако не и единствената страна, в което това може да се случи в рамките на един ден. Коментарът е излишен. Или пък достъпност е равно на лекар или медицинска сестра или една от двете опции във всяко едно населено място (лукс, който едва ли има държава, която да си го позволява). Като става дума за достъп, не е ли по-разумно да се осигури достъп до услугата, където е позиционирана, отколкото услугата да е навсякъде?

В момента има 3800 ОПЛ на територията на страната. Да, най-голяма е концентрацията в София, където обаче живеят и прихождат близо 2 млн. души, т.е. 1/3 от населението на държавата. Но ако хипотетично се осигурят ПИМП в почти всяко населено място, какво се случва с позиционирането на болничните лечебни заведения, защото общинските болници са на изчезване, а понятие от миналото като „районна болница“ няма. Как се интерпретира терминът достъпност в този случай?

Нека внесем яснота що е то „**първична и извънболнична помощ**“? По дефиниция, Първичната помощ в системите на здравеопазване е мястото на първи контакт, където хората търсят медицинска консултация/помощ. Това при системи като нашата са ОПЛ (ПИМП) и центровете за Спешна помощ. Те са част от извънболничната помощ (в която се включва и СИМП). В този смисъл терминът извънболнична помощ е некоректно употребяван в Стратегията и внася неяснота и объркване.

Каква е дефиницията, съдържанието на планираните да бъдат създадени „**амбулатории за извънболнична помощ и консултативни медико-социални звена за профилактично- промотивна дейност**“. Амбулатории за извънболнична помощ-практики на ОПЛ, освен съществуващите; сестрински практики; апендикс към болничните лечебни заведения или друго? След като ще са на територията на „**цялата страна**“, означава създаване на система от дублиращи практиките за ПИМП (ОПЛ) структури и дублиране на вече осъществявани дейности и вероятно е така при условие, че се мисли за „**създаване на стимули за ангажирането на общопрактикуващите лекари (които вече са налице) и специалистите по здравни грижи**“, за да подпомогнат „**промоцията и профилактиката на хроничните незаразни болести**“, която ще се прави в новите структури и вероятно ще бъде преустановена в практиките на ОПЛ? **Добре е да се изясни, че няма промоция на хронични или каквито и да било болести!** Има промотиране на определени действия, които водят до превенция на болестите, например промоция на здравословен начин на живот.



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplbg@gmail.com <http://www.nsoplbg.com>

Категорично не можем да се съгласим с изявленията: **„Липсата на организиран скрининг с цел откриване, диагностика и ранно лечение на социалнозначимите заболявания е голямо предизвикателство пред системата на здравеопазването в България.“**, както и **„Реформата е насочена към преодоляване на липсата на организирана система за скрининг с цел откриване, диагностика и ранно лечение на социалнозначимите заболявания“**.

По дефиниция, например диабетът, артериалната хипертония са също толкова социалнозначими заболявания, колкото и онкологичните. За сведение, съобразно Наредба № 8 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и НРД, при ежегодния профилактичен преглед на лица ≥ 18 г. възраст (ежегодно преминават около 2.4млн.човека) се прави скрининг за диабет с въпросник FINDRISK и при скор ≥ 12 (валидиран за българската популация) се назначава изследване на кръвна захар на гладно; при лица ≥ 50 години се изследва на всеки две години PSA (скрининг за рак на простатната жлеза) за мъже и се извършва мамография (рак на гърдата) при жени; задават се задължителни въпроси, насочващи към повишен риск от колоректален карцином и др. и се формират рискови групи; жени над 30годишна възраст в определена периодика се насочват към гинеколог и цитонамазка, търси се артериална хипертония и т.н., детайлите могат да бъдат разгледани в приложенията към съответната наредба и НРД. Наредбата бе допълнена през 2022 г. с още тестове, например ехография на млечни жлези при по-младите жени и др. Съществува прилаган на същото основание алгоритъм и за проследяване на пациенти с хронични заболявания в ПИМП, както и СИМП, който би могъл да бъде надграден, но не и дублиран или прехвърлян някъде другаде. Същото важи и за профилактиката в детска възраст.

Така че подобни твърдения са недопустими и притеснителното и необяснимо е, че в стратегията няма идея за надграждане и развитие на тези процеси с очертан ясен път на пациента и финансово осигурен, а обратното-дублиране на дейности и структури в този първоначален етап.

3. И ето визията за *„Подобряване на достъпа до превантивни скринингови дейности“*.

„В резултат от осъществяване на реформата ще бъде създаден единен Национален интердисциплинарен център за скрининг (пренатален, неонатален и на социалнозначимите заболявания) с изграждане на регионална мрежа, съчетаващ клинична експертиза, необходимите скринингови и лечебни програми, както и добре оборудвани и акредитирани лаборатории, покриващи територията на цялата страна. В мрежата поетапно ще бъдат включени лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ, което ще осигури на българските граждани навременен



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplbg@gmail.com <http://www.nsoplbg.com>

достъп до достъпни, превантивни и здравни грижи с добро качество, предопределящи успешно лечение. За това ще бъде търсено балансирано географско разполагане на лечебни заведения и медицински специалисти, както и политики за свеждане до минимум на дългите периоди на чакане.

Изграждането на Национален интердисциплинарен център за скрининг в гр. София с развитие на регионална мрежа, съчетаващ клинична експертиза, необходимите скринингови и лечебни програми, ще създаде условия за преодоляване на едно от големите предизвикателства, стоящо пред системата на здравеопазването в България, а именно - откриване, диагностика и ранно лечение на социалнозначимите заболявания. Центърът ще осигури адекватен достъп до навременна медицинска помощ и ангажираност от страна на лечебните заведения и медицинските специалисти към превенцията на ХНБ, в т.ч. система за координация на профилактичната дейност на специалистите и работата им в екип.

Крайната цел на политиката е да се подобри здравето на населението и да се повиши качеството на живот чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последици за здравето (инвалидизация) от основните ХНБ (сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, хронични белодробни болести, диабет).“

По какъв начин създаването на още една институция плюс допълнителни структури би допринесла за повишаване на ефикасността и ефективността на процеса остава неизяснено? Вместо коментар: „Производителност означава да правиш правилно нещата, ефективност - да правиш правилните неща.“ Питър Дракър. Дебатът по темата следва да е отделен и продължителен.

4. Макар и накратко доста ясно е представено състоянието на общопрактикуващите лекари по отношение на възрастта. Вероятно близо половината от нас ще бъдат, ако останат в добро здраве, пенсионирани до 2030 г. и въпреки добрите, но неясни, пожелания в Стратегията за по-добро финансиране и организиране на дейността и специализацията, не става ясно как ще се осигурят близо 2 000 млади ОПЛ, за да поемат дейността.

Вероятно за това се предлага създаване на „консултативни медикосоциални звена за профилактично- промотивна дейност, които ще предлагат здравно- социална услуга (интегрирана консултативна, промотивна, профилактична и патронажна дейност) за всички нуждаещи се групи в района им на обслужване. Тези звена ще извършват и по-високо квалифицирани медицински грижи по диагностика, проследяване и подпомагане на лечението при хора с хронични заболявания като провеждат



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplbg@gmail.com <http://www.nsoplbg.com>

комплекс от здравни, медицински и социални дейности“. Да, тези звена биха могли да подпомагат, но не могат да заменят ОПЛ. И това е недооценен проблем- няма да има кого да подпомагат.

И тук идва важният въпрос, който изисква ясен отговор: дали целта е да се съживи и развие общомедицинският модел, който е приложен у нас и в много други страни, където централна роля играе ОПЛ, съобразно своето ниво на компетентност и правомощия? Или се върви към някакви модификации с цел „плавна“ смяна на модела с друг, но твърде неясно какъв?

5. Чудесна идея е да бъдат оборудвани практики на ОПЛ с техника, която дава допълнителни възможности и ползването ѝ би дало професионално удовлетворение и развитие. Но, въпросът е защо само за практики в отдалечени райони, след като нововъведенията биха довели и до по-голяма ефективност и ефикасност в диагностичния, лечебен и процеса на профилактика още на ниво „първи контакт“, както и до повишен интерес у младите колеги? Или тази дейност ще се извършва, дублира от новосъздадените структури?

В заключение, в стратегията има още много какво да се коментира и коригира. Не сме засегнали и електронизацията, която се прокламира с много позитиви, но реалността, с която ежедневно се сблъскваме е нежеланието на институциите да комуникират чрез нея, така щото да облекчат административната дейност на лекарите. Когато се четат текстовете за извънболничната помощ, свързани и с нас, ОПЛ, на преден план се очертават идеи за създаване на нови структури без осигурен ясен път за развитие и надграждане на съществуващите; тенденция към диверсификация на еднотипни дейности, вместо надграждане, което съответства на нивото на компетентност; под формата на действия за разширяване на професионалните възможности и издигане на лечебнодиагностичния процес и профилактиката в полза на част от населението се създава неравнопоставеност между самите хора, както и медицинските специалисти; няма очертана визия как да се развият съществуващите практики, но за сметка на това е ясно разписано създаването на структури, чиято основна цел е да промотират здравословен начин на живот, което е само част от дейностите на всеки един лекар.

За УС и НС на НСОПЛБ:

София
22.12.2022 г.

Доц. д-р Любомир Киров, дм
Председател на НСОПЛБ