



НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ
ЧЛЕН НА АСОЦИАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ ПО ОБЩА/ФАМИЛНА МЕДИЦИНА ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА
ЧЛЕН НА СЪЮЗА НА БЪЛГАРСКИТЕ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ
ЧЛЕН НА EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK (EGPRN)



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

Изх. 9/11.02.2020.

ДО:

Д-Р ДАНИЕЛА ДАРИТКОВА

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА Р БЪЛГАРИЯ

ДО:

ЧЛЕНОВЕТЕ НА КОМИСИЯ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА Р БЪЛГАРИЯ

ДО:

Г-Н КИРИЛ АНАНИЕВ

МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДО:

Г-ЖА ЖЕНИ НАЧЕВА

ЗАМ.-МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДО:

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА БЛС

ДО:

Д-Р НИКОЛАЙ БРЪНЗАЛОВ

ЗАМ.- ПРЕДСЕДАТЕЛ НА БЛС

ДО:

КОМИСИЯТА ПО ОСИГУРИТЕЛНИ ОТНОШЕНИЯ

ДО:

КОМИСИЯТА ПО ТРУДОВО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО КЪМ НСТС

СТАНОВИЩЕ

Относно: Становище по искане на Комисията по осигурителни отношения и Комисията по трудово законодателство към НСТС относно възможни решения по обсъждани теми, свързани с реда на издаване на документи за временна нетрудоспособност и тяхното финансиране

Уважаеми дами и господа,

Обсъжданата тема е изключително важна и подходът не може да бъде чисто статистически и икономически, тъй като зад често цитираните цифри стоят съдбите на стотици хиляди хора, които в един или друг момент са в състояние на „нездраве“, което не винаги задължително означава болест по смисъла на МКБ, но прави човека неработоспособен. След внимателен прочит на достъпните документи, между които особено ценен е Анализът на причините за нарастване на изплатените от осигурителите и държавното обществено осигуряване парични обезщетения за временна неработоспособност поради общо заболяване в периода 2016-2019 г., става ясно, че тезата „фалшиви болнични листа“ е преекспонирана и настояваме коментарите по нея да бъдат прекратени и да се съсредоточим върху същинските данни. Както е посочено в анализа „данните на съвкупностно ниво не позволяват да се направи извода, че най-голям брой болнични листове се издават в месеците, в които има най-голям брой официални празници. Напротив, най-голям брой болнични листове се издават в зимните месеци (януари, февруари).“

В цитирания документ са очертани ясно няколко основни тенденции: застаряване на работещите, „работната сила чувствително намалява за сметка на най-младите генерации“, нарастване на минималната работна заплата, респ. средното трудово възнаграждение. Упоменати са най-често кодираните в графа „общо заболяване“ болести. Посочени са и системни недостатъци. Става ясно, че „с цялостната информация за издадените болнични листове на територията на съответната област разполага единствено съответното териториално поделение на НОИ“, функционален дефицит в РЗИ и др. Всичко това отразява естествени закономерности или зависимости:

- Заболеваемостта нараства с нарастване на възрастта
- Средствата, които се изплащат за временна нетрудоспособност нарастват съответно на установения „съществен ръств динамиката на минималната и средната работни заплати“
- Средната продължителност на временната нетрудоспособност остава непроменена, увеличава се броят на случаите на болест.
- Кодираните най-често заболявания по МКБ отразяват и най-честите причини (оплаквания), поради които хората търсят медицинска помощ не само у нас, но и в другите страни: кашлица, болки в кръста и т.н.

Следователно, в това, което обсъждаме няма нищо противоестествено в рамките на допустимата грешка. Налице са обаче възможности за корекции с цел справедливост, както и за оптимизиране на системата.

Като първи стъпки (изискват промени в различни нормативни документи) преди да се обсъждат детайли предлагаме да се обсъди следното:

1. НОИ да поеме изплащането на пълния размер на болничните листа (БЛ) като работодателите бъдат освободени от задължението да заплащат част от дните (прието като антикризисна мярка, превърнала се в практика с вече десетгодишна давност). За целта както работодателят, така и работникът или служителят в различен процент плащат съответната осигурителна вноска. Ако тя не е достатъчна, нека се мисли в посока осигуряване на достатъчен ресурс или оптимално опериране с наличния. Подробности може да бъдат обсъждани на следващ етап.
2. Да се създаде възможност, електронен екземпляр на БЛ да се изпраща от ЛЗ, което го издава, автоматично на работодателя по начина, по който НОИ получава данните в момента. Това предложение бе направено от НСОПЛБ още при разработването на функцията изпращане по електронен път от ЛЗ към НОИ, като втори етап на реформа. Трябваше да се случи в рамките на година. Сега е неотменно условие, което ще повиши не само контрола, но ще създаде и удобство за пациента и всички заинтересовани страни. Техническата изработка е предмет на съответните специалисти, законовите промени на юристи, одобрението на съответните институции.
3. Предложенията за вменияване на допълнителни функции на Регионалните съвети към РЗИ с оглед контрол са неработещи. Напротив, ние предлагаме изцяло да се премахнат тези Регионални съвети, тъй като по обективни причини те нямат необходимия капацитет, нито компетентност да осъществяват очаквания контрол. Вероятно не за всички, но за хората в системата на здравеопазването отдавна е ясен кадровият и ресурсен дефицит в системата на РЗИ. Друг утежняващ фактор е софтуерното осигуряване на РЗИ и т.н.. Не е необходимо да навлизаме в детайли. В тази връзка предлагаме разписаното в т. 4.
4. Факт е, че всеки работодател има задължение да сключи договор със Служба по трудова медицина (СТМ). СТМ има задължение да извършва ежегоден анализ на заболяемостта по временна нетрудоспособност на работещите по представените БЛ. Работодателят да изисква от СТМ при изготвянето на този анализ да идентифицира случаите на често боледуващи или такива, които по някаква причина са "съмнителни" от гледна точка на работодателя. След това СТМ да разгледа обстойно тези случаи и да планира за тези хора по-целенасочен от стандартния профилактичен преглед (става дума за профилактичните прегледи, които работодателят осигурява по наредба), за да види дали има причина те да боледуват толкова често и каква е тя. Едновременно с това СТМ да прави и по-детайлна оценка на рисковите фактори на работната

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>

среда. Работодателите да могат да възложат на СТМ да извършва проверки по спазване на предписания в БЛ режим. Неспазването на режима би могло да се третира като дисциплинарно нарушение, самоотлъчка или друго, но всичко това не е ангажимент на лечебното заведение, издало БЛ. Когато се установят повишена честота на БЛ в дадено предприятие, фирма с оглед превенция на некоректни практики от всички страни, СТМ да сезира също НОИ и ГИТ (Главна инспекция по труда), като последната извърши проверка на условията на труд в предприятията, в които има установен голям брой БЛ. В Анализа е посочено, че това са или предприятия/фирми с под 9 души персонал или с над 500. Повечето от посочените функции на СТМ са разписани нормативно, други трябва да се допишат и да се изпълняват.

5. Процедурата по обжалване на БЛ от страна на работодателите е твърде сложна и трябва да се опрости. СТМ може да върши това от името на работодателя като обжалва пред съответната инстанция. Това е тема за дискусия.
6. По никакъв начин не трябва да се намаляват сега нормативно установения брой дни и ред за издаването им на временната нетрудоспособност, което би било в ущърб на здравето на болните, но също и с отрицателен икономически резултат, когато недолекувани, нездрави хора се връщат в работната среда.
7. По отношение на БЛ издавани еднолично от ОПЛ (като брой и брой дни) считаме за уместно и настояваме да се направи оценка на финансовото въздействие върху бюджета на НЗОК, която ще трябва да заплаща за ЛКК за експертиза, която няма връзка с диагностика и лечение, т.е. парите няма да се употребят за същински здравни дейности, а за обслужване на интерес извън здравноосигурителния.
8. Първият БЛ се издава от ЛЗ (лекаря), който е поставил диагнозата, назначил или провел лечението. Същият може да работи в ПИМП, СИМП, БП, СП, специалист по дентална медицина, частно практикуващ или друго.
9. Издалият БЛ лекар или ЛЗ не носи отговорност за действията на пациента по време на дните временна нетрудоспособност.

Това, уважаеми дами и господа са основни теми, които изискват дискусия. Навлизането в детайла следва да стане ако има съгласие по поставените идеи. Работата в детайлите е също многостранна и сложна. Пример за това са следните варианти на поставения от вас въпрос за режима на БЛ.

- Първи вариант: Не трябва да се променят. Ето и малко по- пространни мотиви.

Някога старите лекари са държали много на режима на лечение и са го уточнявали строго, но и пациентите стриктно са го спазвали. Сега режимът се пренебрегва, разчита се повече на медикаментите. Пациентите не искат да спазват дори болничния режим и си позволяват да го нарушават, какво остава за домашния.

Домашният режим може да бъде строг постелен или олекотен- няколко часа на легло, през останалото време-леко раздвижване, но това е обект на обяснение и договаряне между лекуващия лекар и пациента, а не на "tag" в БЛ. Да не забравяме, че през дните на БЛ пациентът се лекува и възстановява и например сковаващата болка в кръста постепенно отзвучава, човекът се изправя раздвижва, докато се възстанови и е годен да се върне на работа. Режимът изисква да е първо на легло (повече часове), после повече движения и накрая свободно движение.

Посоченото състояние не отговаря на нито един от режимите в наредбата. Най-близо е до „домашен- на легло - постоянно или за определени часове на деня“. Да, но кои часове от деня? Абсурдно е да се фиксират, а ако се фиксират и не е в леглото тогава, а в други часове, нарушил ли е режима или не с всички последствия и санкции?

При заразните заболявания режимът трябва да бъде строг домашен стаен, ясно защо.

Свободен с напускане на населеното място най-често пишем при бременност и раждане (майчинство). Излишно е да навлизаме в детайл, но от казаното става ясно, че режимът няма как да отрази многоликата специфика на всяко едно заболяване и страдащ човек.

- Предлагаме и друг по-общ, опростен и функционален вариант, който обаче ограничава поводите за „следене“. Но не следенето трябва да е целта, поне не нашата.

Чл. 15. (1) В зависимост от състоянието на болния в болничния лист се определя един от посочените режими:

1. болничен;
2. санаторно-курортен;
3. домашен без да напуска района на населеното място

(Домашен означава лечението да се провежда, като пациентът не пребивава в болница или друго ЛЗ, а е в дома. Каква е разликата между домашен

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

стаен и на домашен на легло? Все пак за яснота и функционалност може да има две поддефиниции:

а) домашен-свободен (бележка-лекува се в дома, а не на работа или в болница или другаде и не напуска населеното място)

б) домашен-карантина (не напуска дома-в случаи на силно заразни болести).

а) на легло — постоянно или за определени часове на деня;

б) стаен;

в) амбулаторен;

4. свободен:

4 (Нова) Домашен с право да отиде в друго населено място в границите на Република България. (Какъв е смисълът на ограничението само в населеното място или извън него, след като е свободен?. Не са редки случаите когато самото лечение е проведено в друго населено място(голям град),пациентът живее в на друго място и трябва да ходи на контролни прегледи пак в другото населено място.)

а) само в района на населеното място, където болният прекарва отпуската по болест;

б) с право да отиде в друго населено място в границите на Република България.

- Възможни са и други, но по-сложни комбинации от режими ако трябва да сме перфектни. Например, домашен-на легло до свободен и т.н., което на всички е ясно, че няма да доведе до никакъв полезен резултат освен объркване на всички засегнати страни.

В заключение, независимо какви режими ще бъдат възприети, кой, кога и на сто процента да бъде указан от лекаря, няма как да се разпише в задължаваща административна разпоредба, а по-скоро трябва да е ориентир. Дори едно и също заболяване протича различно при различните пациенти. Пример, печалният ни опит от преди седем години, когато със свое указание НОИ задължи ОПЛ да определят режим „Свободен без напускане на населеното място“ при издаване на болничен лист на майка за гледане на болно дете. Тази разпоредба би могла да се приложи за пациенти живеещи в голям град, но тя наложи



НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ
ЧЛЕН НА АСОЦИАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ ПО ОБЩА/ФАМИЛНА МЕДИЦИНА ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА
ЧЛЕН НА СЪЮЗА НА БЪЛГАРСКИТЕ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ
ЧЛЕН НА EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK (EGPRN)



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

майките живеещите в селата и малките градове да нарушават режима, за да заведат детето си в близкия по-голям град на изследване или консултация с лекар от СИМП.

Уважаеми дами и господа, предлагаме да обсъдите внимателно и осмислите изложените от нас предложения. Готови сме на допълнително обсъждане, като на следващ етап ще получите и наши предложения за промяна в Наредбата за медицинската експертиза.

11.02.2020 г.
София

За УС и НС на НСОПЛБ:

Доц. Любомир Киров, дм

Председател на НСОПЛБ,

Национален координатор на Експертен съвет

по Обща медицина)

