НЕРЕШЕНИ ОРГАНИЗАЦИОННИ ПРОБЛЕМИ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

К. Крумов

Резюме. Извънболничната медицинска помощ е основен елемент на здравната система. Ефективното ѝ функциониране определя до голяма степен ефективността на цялата система. Изпълнението на функциите на извънболничната помощ ограничава потребността от болнично лечение и спестява финансови ресурси. Въпреки петнадесетгодишната история на нейното съществуване извънболничната помощ продължава да страда от нерешени организационни проблеми. Проучването на тези проблеми и предложените варианти за решение в литературните източници е предмет на тази статия.

Ключови думи: *извънболнична медицинска помощ, общопрактикуващ лекар, специализирана извънболнична медицинска помощ*

UNSOLVED ORGANIZATIONAL PROBLEMS OF THE OUTPATIENT CARE

K. Krumov

Summary. Outpatient care is a basic element of a national health system. The effective function of outpatient care determinate effectiveness of the whole system. Realization of functions limits the necessity of hospitalization and saves up financial resources. Outpatient care in Bulgaria has been suffering continuously from unsolved organizational problems in spite of 15-years history. The survey of these problems and suggestions for solutions in the literature sources is the subject of this article.

Key words: *outpatient care, primary outpatient care, specialized outpatient care, coordination*

Въведение

Извънболничната медицинска помощ (ИМП) съществува като отделен сектор в българското здравеопазване от 2000 г. Правно-нормативното ѝ регламентиране е извършено със Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), приет през 1999 г. Петнадесет години по-късно продължават да съществуват нерешени проблеми в нейната организация и функциониране. Тази статия е посветена на обобщеното им представяне и на предложените решения по литературни данни.

Цел

Да се направи обзор на публикациите от различни автори, посветени на проблемите на извънболничната медицинска помощ. Да се изведат водещите нерешени проблеми на извънболничната медицинска помощ.

Задачи:

1. Да се определят водещите нерешени проблеми в организацията на извънболничната медицинска помощ според наличните литературни данни по въпроса.

2. Да се обобщят решенията на тези проблеми, предложени от авторите.

Материал и методи

Използвани са материали, публикувани в научни списания, монографии, учебници и литературни бази от данни в периода 2000-2014 г. Извършен е литературен обзор на публикации, засягащи нерешените проблеми в извънболничната помощ.

Резултати и анализ

Здравните услуги, оказвани от специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП), имат значителен дял в разходите за здравеопазване. Затова всяка държава е заинтересована да намали излишното използване на тези услуги и да стимулира общопрактикуващите лекари (ОПЛ) в тяхната регулираща и координираща роля, при условие, че се поддържа качество на оказваната помощ. Приоритетът на извънболничната медицинска помощ, според редица наши експерти, през последното десетилетие е неоправдано подценен [1, 2, 3, 4, 5]. Националният консултант по здравен мениджмънт проф. Ц. Воденичаров подчертава, че в цялата национална здравна система и особено в извънболничната помощ е нужно реализирането на **здравна политика, базирана на доказателства** [3]. Този акцент е очевиден и в анализите на чуждестранни автори [9, 10, 11]. Тогава, когато пациентите имат свободен достъп до второто ниво на системата – СИМП, те много често търсят консултация по неясни проблеми и за неточно определени симптоми, които в повечето случаи нямат връзка с конкретна диагноза. Това води до излишни консултации, назначаване на повече и излишни

медико-диагностични изследвания и оттам – завишаване на разходите. Обратно, ако специалистът работи предимно с пациенти, изпратени след преглед от ОПЛ, би следвало процентът на действително болните от селектираните пациенти да е значително по-голям и лекарят концентрира своята работа върху по-ясно представени симптоми и състояния.

Реализирането на разнообразните медицински дейности е затруднено поради редица нерешени организационни проблеми на извънболничната медицинска помощ. Преди всичко липсва прецизна координация между извънболничната и болничната помощ, както и между отделните заведения за извънболнична помощ. Липсва необходимата интеграция, което особено се подчертава от Ч. Еленков [6]. Интеграцията на грижи се очертава като основно предизвикателство за предоставянето на здравни грижи, особено при пациенти с множествени, сложни хронични заболявания. Интегрираните грижи (integrated care programme) са структурирани планове, които фиксират подробно съществените стъпки в лечението на пациенти със специфичен клиничен проблем чрез **мултидисциплинарен подход**. Те са също и средство за подобряване на системното събиране на клинични данни за медицински одит и за насърчаване на иновациите в практиката [4, 6, 7, 8].

Сравнителното разглеждане на достъпа до специализирана извънболнична медицинска помощ на пациентите в различни страни по света позволява да се оцени мястото и ролята на този сектор от системата на здравеопазване в България. В литературата не са налични много данни по този въпрос, но поради актуалността му вече има автори, които публикуват проучвания по него, базирани на достоверни научни факти. Въпросите за координацията и взаимодействието между двете нива на извънболничната помощ – ОПЛ и СИМП, стават по-ясни и конкретни. В публикацията на Стр. Генев „Подходи за ефективен мениджмънт на ресурсите в извънболничната медицинска помощ в условията на здравно осигуряване" се представят някои международни данни за извънболничната помощ в ЕС и САЩ (табл. 1).

В монографията на Б. Борисова за извънболничната помощ се поставя особен акцент на **маршрута на пациента**, който пряко зависи от организацията и качеството на този вид помощ. Подце-

няването на извънболничния сектор е главна причина за феномена свръхоспитализация, който се наблюдава у нас през последните години.

Таблица 1. Параметри на достъпа в България и някои европейски страни

Филтрираща роля на ОПЛ		**Препращания към специалист (на 1000 посещения при ОПЛ)**		**Интервал между датата на направлението и датата на прегледа от специалиста (в дни)**	
Финландия	Да	Норвегия	80.5	Унгария	1.5
Унгария	Да	Италия	66.2	Франция	6.3
Холандия	Да	Югославия	63.7	Германия	6.9
България	Да	България	63.0	България	1.0-3.0
Велико-британия	Да	Португалия	55.6	Белгия	7.5
Дания	Да	Германия	55.1	Холандия	10.8
Ирландия	Да	Испания	54.6	Испания	12.0
Италия	Да	Великобритания	47.2	Швейцария	12.5
Испания	Да	Холандия	44.2	Дания	26.2
Австрия	Не	Ирландия	42.0	Ирландия	27.4
Белгия	Не	Швейцария	38.4	Португалия	28.5
Франция	Не	Белгия	37.5	Португалия	33.7
Германия	Не	Унгария	34.6	Великобритания	36.3

Източник: Хервас, Х., Общопрактикуващият лекар – пазач на входа на системата. Медицинска практика, № 1, 2001.

Анализът на Гл. Комитов и Стр. Генев обобщено показва следното:

Достъпът на ЗЗОЛ до извънболнична помощ е осигурен във висока степен и като процент препращания на пациенти от ОПЛ към СИМП е по-висок, отколкото в други държави в ЕС, в които съществува gatekeeping – над 55% средно от пациентите получават едно направление месечно, а близо 7% получават по четири направления месечно.

Времетраенето на интервала, през който пациентите посещават специалист с направление от ОПЛ е много по-нисък в сравнение с други страни. Резултатите от анкетата сочат, че

между 60,91 и 71.0% от пациентите са прегледани още в деня на получаване на направлението.

Желанието на пациентите да се прегледат при специалист е прието и съобразено от ОПЛ, който е издал направления при 63,80 до 84.3% от анкетираните. Това говори за висока удовлетвореност на предпочитанията на пациента, като, разбира се, неясен остава въпросът наистина ли е имало обективна необходимост за препращане към специалист.

Продължителността на прегледите в ПИМП и СИМП в България – 20 мин, не се различава от тази в САЩ и Европейския съюз, която е средно 20-21 минути.

Анкета на двамата автори показва, че най-голяма част от анкетираните пациенти – 63,2%, биха отишли на платен преглед при специалист, ако 90% от сумата за прегледа им бъде възстановена. 20,1% не биха отишли на такъв преглед, защото смятат, че трябва да им бъде възстановена цялата сума. Немалък е делът и на тези, които не могат да преценят – 15%. Гл. Комитов и Стр. Генев правят следните *основни изводи:*

Инфраструктурата на извънболничната помощ в страната, осигуреността с медицински персонал и излизането на повече изпълнители на пазара на медицински услуги предоставя възможности за осигуряването на равен достъп за населението и създава благоприятна конкурентна среда с оглед подобряване на качеството на услугите;

Осигуреността на медицинската помощ, в т.ч. и на извънболничната помощ, в страната с лекари е дори по-висока, отколкото в други държави от ЕС. Изключително ниска е осигуреността със специалисти по здравни грижи (по данни на НСИ през 1990 г. в страната ни е имало 53 810 медицински сестри, а през 2008 г. техният брой е едва около 29 000);

Броят на лечебните заведения – изпълнители на ПИМП и СИМП, надвишава значително регламентираните в Националната здравна карта държавни стандарти;

Здравните проблеми, поради които пациентите посещават ОПЛ, са основание за препращане в специализираната помощ във висок процент;

Достъпът до нивата на извънболнична помощ в страната ни е изключително широк, като за СИМП той е на четвърто място по ниво на достъп за Европа. Подобен достъп, като времетраене на

интервала, не се наблюдава в Европейския съюз, с изключение само на Унгария – 1,5 дни. Този резултат е свързан вероятно с липса на точни анализи и изследвания в България на здравните потребности за СИМП, неясни разчети за необходимия брой направления за СИМП, осигурявани от НЗОК, и отсъствие на мотивация в ОПЛ за получаване на средства, заплащани за реално извършени дейности;

Пациентите традиционно желаят преглед при повече от един лекар, като предпочитанията им са за едновременни консултации с ОПЛ и специалист.

Съществуват серия **нерешени проблеми в извънболничната помощ,** които според Гл. Комитов и Стр. Генев са следните:

Достъпът до СИМП се влияе по-скоро **от броя направления** за консултация и съвместно лечение, с които разполага един ОПЛ, а не толкова от неговата професионална преценка;

В СИМП за периода **се увеличава относителният дял** на заплащането за първични прегледи – консултации. Намалява делът на заплащането за вторичните диспансерни прегледи, което формира тенденция на намалена активност за извършване на диспансерни дейности в специализираната помощ.

Системата на регулативни стандарти е механизъм за финансова регулация, която се основава на медико-статистически и икономически данни за обръщаемостта към ПИМП, препращанията по вид и брой за консултации в СИМП, назначените медико-диагностични изследвания, необходимостта от диспансерно наблюдение и др. и е в по-силна зависимост от рамките на утвърдения бюджет на НЗОК, а не толкова от реалните здравни потребности, оценени по държавна и нормативно утвърдена методика;

В светлината на резултатите от анкетните проучвания, че от 63,80 до 84.3% от анкетираните пациенти получават направление за специализираната помощ, възниква следният въпрос – наистина ли този висок процент от пациентите са имали **здравна потребност** (обективната и осъзната нужда) от медицински услуги в специализираната помощ, или това е следствие на традиционното желание на българския пациент да бъде непременно прегледан и от специалист;

Съществуването на **високи възможности и капацитет на извънболничната помощ** до настоящия момент не изпълнява

нейната основна мисия – изграждането на мощна система за първично (базово) и вторично специализирано здравно обслужване, които да доведат до качествени промени в здравната система и здравето на нацията;

Отсъства **нормативно утвърдена методика за оценка** на лечебните заведения. При финансирането на извънболничната помощ не се отчита ефективността на извършените разходи по отношение на здравния ефект от извършваните медицински дейности;

В НРД не са посочени индикатори за **качество** в извънболничната помощ. Заплащанията в ПИМП и СИМП се извършват на основание на отчетена дейност, като към настоящия момент не е възможно да се вземе предвид качеството на предлаганите здравни услуги;

Акредитационната оценка не служи като инструмент за договаряне на дейност или за определяне на нива на заплащане;

Не са разработени **диагностично-лечебни алгоритми**, протоколи, указания (guidelines) за извънболничната помощ. Липсата на диагностично-лечебни алгоритми (протоколи), като правила за добра медицинска практика, води до затруднения при решаването на здравните проблеми, невъзможност за оценка на дейността на лечебните заведения, неясни рамки на пакета от медицински и немедицински дейности, които се заплащат, и трудности в осигуряването на качество на здравната помощ;

В СИМП само около една пета от лекарите специалисти работят в индивидуални практики. Всички останали работят в **мултиекипни форми** на организация на лечебно заведение – групови практики, медицински центрове или диагностично-консултативни центрове. В цитираните ЛЗ (преобладаващи в страната ни), които са общинска собственост, съгласно Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), управителят се назначава. Това означава, че участниците в екипа нямат глас в мениджмънта на лечебното заведение. В частните МЦ и ДКЦ обикновено управителят е собственик или доверено лице на собственика на лечебното заведение и екипът отново няма глас в избора на стратегията за мениджмънт.

Според цитираните автори **възможностите за подобряване на извънболничната помощ** са:

Участие на пациентите в управлението и контрола на средствата за извънболнична помощ чрез въвеждане на система за реимбурсиране на заплащания от пациента на лекаря. Наред със сега съществуващата система може да се създаде и паралелен достъп до СИМП, който се регулира и контролира от и чрез пациента. По желание пациентът "прескача" ОПЛ и посещава директно лекаря специалист. След извършване на необходимия преглед и процедури пациентът заплаща тази дейност на лекаря по цени, определени от обществения фонд – каса, и еднакви с тези при другия път на достъп. Лекарят издава финансов документ, по който общественият фонд възстановява заплатената сума до определено ниво, като това става непосредствено след извършване на прегледа. Нивото на реимбурсиране може да се определи като съответно на нивата в някои други държави от ЕС. Например в Словения е 85%, а във Франция – 80%, като останалите 15-20% са за сметка на допълнително здравно осигуряване в доброволни фондове или остават за сметка на пациента. В отчетния период лекарят отчита в касата извършения преглед и процедури по установения ред. Самото възстановяване може да става в офисите на касата, а също така и в търговски обекти, намиращи се непосредствено до лечебното заведение – книжарници и магазини. Финансовият документ се превръща в универсална ценна книга. Необходимо е да се предвидят и минимални средства, които ще се отчислят от оставащите 15-20% за търговците, желаещи да възстановяват суми, т.е. да извършват услугата, и ще сключат договор с НЗОК. Предимствата на тази система са няколко:

- Пациентите участват в управлението и контрола на собствените си пари, както и на действително извършената дейност от лекарите при решаване на здравен проблем. В случай, че лекарят не извършва качествено дейността, отделя по-малко време за преглед в сравнение с нормативно регламентираното времетраене или изобщо не я извършва, пациентът не заплаща.
- Лекарите получават незабавно сумите за извършените прегледи и процедури, без да се чака отчетният период.
- Системата използва високия капацитет и възможности на извънболничната помощ, като натоварва оптимално лечебните заведения.

• Пациентите сами избират начина на своя достъп до СИМП – с направление от ОПЛ или чрез системата за реимбурсиране.

Необходимо е да се намери **баланс между размера на капитационната сума и сумата, заплащана за дейност в ПИМП.** Капитационното заплащане трябва да е достатъчно, за да поддържа финансовата стабилност на практиките и да осигурява посрещане на разходите по осъществяване на първичната помощ. От друга страна, неговият размер трябва да е такъв, че да стимулира лекарите към изпълнение на дейности, които се заплащат извън капитацията – провеждането на профилактика, превенция, промоция на здравето, прегледи, назначаване на изследвания, извършване на манипулации на здравноосигурените лица, попадащи в листата на ОПЛ.

Разработването на нормативно утвърдена методика за **остойностяване на здравните дейности в извънболничната медицинска помощ** е изключително важно с оглед както на прогнозирането и планирането на средства, така и на отчитането и заплащането на дейността.

Съществуват възможности за проучване и разработване на други системи на заплащане – виртуален (индивидуален) бюджет; финансово участие на здравноосигурените лица – допълнително осигуряване (доосигуряване), доплащане, франшиз, заплащане на разликата (balance billing); системи за влагане на средства в сектора на първични здравни грижи; амбулаторно свързани групи и др. Световният опит показва, че липсва напълно сигурна система за мениджмънт на ресурсите и овладяване на експанзията на разходите. Вероятно един смесен модел, в който са включени елементи от посочените по-горе системи, ще покрие оптимално изискванията за ефективна система за управление.

Необходимо е да се разработят и внедрят диагностично-лечебни алгоритми, правила за добра медицинска практика (guidelines) или протоколи, които са задължителни за всички медицински специалности. Те трябва да съдържат план за прилагане на предварително определени и разработени по образец “Evidence-Based Medicine” дейности, разписани във времева рамка с оптимална последователност, които се извършват при да-

дени състояния и заболявания. Този план за действие включва в себе си както стандартизирани и ресурсно осигурени елементи на диагностично-лечебния процес, така и конкретно посочени отговорности на професионалистите и мястото им в процеса. Към настоящия момент в страната съществуват някои единични разработки на диагностични и терапевтични процедури по образец “Evidence-Based Medicine”.

Разработването на **нормативна методика за оценка на дейността на лечебните заведения за ПИМП и СИМП**, която да бъде обвързана с финансово стимулиране на развитието на практиката, както и обратното – при дълготрайна и непроменима във времето негативна оценка на дейността лекарят да бъде освобождаван от лечебното заведение, води до нецелесъобразно и неефективно управление на ресурсите. Вземането на решения за ефективно управление и разпределние на финансовите ресурси в извънболничната помощ е въпрос с неотменима важност, особено при сегашното състояние на този вид здравна помощ (Гл. Комитов, Стр. Генев, 2010).

Представеният по-горе анализ съдържа няколко важни констатации:

В системата на извънболничната медицинска помощ продължават да съществуват **нерешени базови организационни проблеми**.

Проблемите на **взаимодействието и координацията** между различните нива на извънболничната помощ продължават да са водещи.

Важна група нерешени проблеми са тези, свързани с остойностяването на медицински дейности и изработването на лечебно-диагностични алгоритми за поведение в извънболничната медицинска помощ.

Заключение

Необходими са нормативни промени за подобряване на координацията и взаимодействието в системата на извънболничната медицинска помощ и между нея и болничната помощ. Необходимо е прецизно остойностяване на медицинските услуги в извънболничната помощ.

Неотложна потребност в извънболничния сектор е изработването на лечебно-диагностични алгоритми за поведение на лекарите в извънболничната медицинска помощ.

Библиография

1. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. София, 2003, 280 с.
2. Воденичаров, Ц. Нови акценти в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, **1**, 2001, 2-3.
3. Борисова, Б. Извънболничната медицинска помощ: функции, организация, проблеми. 2014, 150 с.
4. Борисова, Б. Маршрутът на пациента – индикатор за организация и качество на медицинската помощ. – Здравна политика и мениджмънт, **2**, 2014, 24-29.
5. Брант, Х. Европейската здравна политика – стратегии и реалности. – Здравен мениджмънт, **7**, 2007, 68-76.
6. Златанова Т., Цв. Петрова-Готова, Г. Комитов, С. Генев и Р. Златанова-Великова. Проблемът с направленията за специалист от гледна точка на пациентите. – Здравен мениджмънт, **8**, 2008, №4, 8-17.
7. Кушев, Кр. и Ев. Гошев. Координация и взаимодействие в новите условия на извънболничната медицинска помощ. – Социална медицина, **3**, 2000, 18-20.
8. Еленков, Ч. Проблеми на интегритета и координацията на извънболничната помощ. – XIV национална конференция за ОПЛ и педиатри с международно участие, Слънчев Бряг 24-26 май, 2013.
9. Черкезов, Т. Нерешени стратегически дилеми в здравеопазването, пораждащи конфликти, Сборник „Конфликтология и съвременност", бр. 1(3), 2008 г., София, 125-130.
10. Campbell, H. et al. Integrated care pathways. – BMJ, **316**, 1998, № 7125, 133-137.
11. Griffith, J. et al. The revolution in hospital management. – J. Healthc. Manag., **1**, 2005, № 5, 15.
12. Shankar, K. N. et al. Toward patient-centered care: a systematic review of older adults' views of quality emergency care. – Ann. Emerg. Med., **63**, 2014, № 5, 529-550.

✉ *Адрес за кореспонденция*:
Д-р Крум Крумов
e-mail: kr.krumov@mail.bg