

## 4. Медицинско обслужване

Според Закона за социално подпомагане и правилника за прилагането му в домовете за лица с умствени затруднения не се извършва медицинско обслужване, а само се съдейства за получаването му:

*“Социалните услуги, предоставяни в специализирани институции и в общността, трябва да отговарят на следните стандарти и критерии за здравни грижи:*

- 1. осигуряване на съдействие за получаване на медицинска и стоматологична помощ, както и на други здравни грижи;*
- 2. осигуряване на съдействие за снабдяване с предписаните лекарства;*
- 3. определяне на служител с подходящо образование, отговорен за изпълнението на критериите и стандартите за здравни грижи.”*<sup>66</sup>

Освен това чл. 40 г, ал. 4 от ППЗСП разпорежда:

*“При необходимост за задоволяване на здравните потребности на потребителите на социални услуги се изготвя писмен план за здравни грижи от лице с подходящо медицинско образование, който включва:*

- 1. медицинска история;*
- 2. необходими превантивни мерки;*
- 3. наличие на алергии;*
- 4. потребности от зъболечение;*
- 5. потребности от лечение или оздравителни програми;*
- 6. имунизации и наблюдение;*
- 7. хранене и диети;*
- 8. рехабилитация;*
- 9. лична хигиена.”*

Разбира се, гореописаните стандарти биха били реални, ако домовете бяха разположени в големи градове, разполагаха с транспорт и можеха да разчитат на квалифициран персонал, отговорен за изпълнението на стандартите за здравни грижи. При настоящите условия обаче дори и осигуряването на съдействие за получаване на медицинска помощ се оказва предизвикателство, особено в домовете, разположени в планински или гранични местности. Затова при своите посещения в домове за социални услуги за лица с умствени затруднения БХК установи големи разлики в практиката и организацията на медицинското обслужване.

В някои домове липсваше какъвто и да е регулярен контакт с медицинско лице за дълъг период от време (напр. в ДВПР - Свиленград), докато на други места здравните грижи бяха обезпечени от две, дори три независими една от друга институции (ведомствен лекар, общопрактикуващ лекар, специалист от диспансер, специалист от извънболнична помощ и т.н.) с различна степен на ангажираност (напр. в ДВУИ - с. Присово). И това бе така, защото няма единна система за осигуряване на медицинското обслужване на лицата, настани в социални домове.

### 4.1. Статут на медицинските служби

Статутът на медицинските служби и на самите домове по отношение на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ)<sup>67</sup> е неясен. Домовете за социални услуги не са споменати в ЗЛЗ и следователно не се разглеждат от националното ни законодателство като лечебни заведения. Очевидно в тях обаче се извършва медицинска

<sup>66</sup> *Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане*, чл. 41, ал. 2.

<sup>67</sup> *Закон за лечебните заведения*, обн., ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г.

дейност (прегледи и предписване на медикаменти от лекари или фелдшери) и се води медицинска документация. Последната е указана в писмо на МТСП с изх. №СГ-91-00-04 от 11.01.1999 г. и включва: тетрадка за назначения на настанените лица<sup>68</sup>, приходно-разходна книга за лекарствата, тетрадка за разхода на лекарствени средства от спешния и манипулационен шкаф и амбулаторна книга. Тази документация определено не отговаря на медико-юридическите критерии, утвърдили се в медицинската практика в България, и затруднява сериозно комуникацията на домовете с други институции. Някоя институция в България не изисква, приема и анализира медико-статистическа информация за медицинските дейности, осъществявани от здравните служби на домовете, и съответно такава информация не се изготвя и в самите домове. В документацията, която се води в домовете, обаче липсват основни параметри, които да позволяват статистическа обработка (например вид на прегледа, диагноза по МКБ, документно оформяне на прегледа и прескрипцията). Така данните за специфичните проблеми с медицинското обслужване в домовете остават встрани от националната статистика и общественото внимание. За вписване в единните стандарти на водената медицинска документация в страната е необходимо да се отменят указанията на МТСП относно медицинската документация и да се приемат критериите по отношение на документацията, приложими за останалите лечебни заведения.

Във всеки от посетените от БХК домове има щат (макар и невинаги зает) за медицински фелдшер или лекар<sup>69</sup>. Правеше обаче впечатление липсата на съгласуваност между общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и ведомствените медицински лица. Понастоящем лекарите (фелдшерите), работещи на щат в дома, нямат никакви правомощия по отношение предписването на медикаменти и консумативи, както и към направлението към други медицински специалисти и лаборатории. Изготвените от тях документи са неизползваеми от ОПЛ и от другите лечебни заведения. В интерес на настанените пациенти и за увеличаване административните способности на ведомствените медицински лица за диагностика и лечение би било извънредно целесъобразно между МТСП и НЗОК да се регламентира редът, по който фелдшерите и лекарите - служители в дома, да могат да издават медицински документи в обема и правомощията на общопрактикуващ лекар съгласно Националния рамков договор (НРД) по отношение на настанените в дома. Подобна практика съществува в местата за лишаване от свобода и в следствените арести. Единствените подобни случаи сред домовете, за които БХК научи, бяха фелдшерите в ДВУИ - с. Куделин, и ДВД - гр. Русе, които бяха упълномощени от общопрактикуващите лекари на домуващите да издават направления за лечение.

Сред неясните все още проблеми остана и този за реда, по който се осъществява контрол върху медицинската дейност в здравните служби в домовете за предоставяне на социални услуги. В структурата на МТСП липсва специализирано звено от медицински специалисти, което да изготвя указания и критерии за добра медицинска практика в подведомствените си обекти, както и да осъществява контрол в тях. Във всички посетени домове медицинският персонал бе категоричен, че Министерството на здравеопазването (чрез РЦЗ) няма правомощия и практика да извършва медицински контрол и да изисква статистическа информация. Единственият орган, който осъществява проверки в рамките на компетентността си, е ХЕИ, чиято дейност обаче не предполага контрол на здравните служби в професионален медицински аспект. Ето защо за постигане на статистическа отчетност и медицински контрол върху ведомствените медицински лица би било целесъобразно създаването на независимо звено в МТСП или възприемане на контрола и изискванията по *Закона за статистиката*<sup>70</sup>, които има Министерството на здравеопазването спрямо останалите лечебни заведения.

## 4.2. Работни помещения

Към всеки дом за лица с умствени затруднения има оборудвана здравна служба, площта и броят на кабинетите в която варират в широки граници. В ДВПР - с. Радовец, ДВПР - с. Раздол, ДВД - с. Горна

<sup>68</sup> Трябва да съдържа записи за имената на лицето, на което се прилага определена терапия, за дозировката на медикаментите, за времетраенето на лечението, за това на какъв интервал трябва да се правят назначенията на тази терапия.

<sup>69</sup> Съгласно приложение №1 към Заповед №5 от 16.02.1999 г., раздел 2, в заведенията за социални услуги с откъсване от обичайната домашна среда е определен един щат за лекар при под 150 домуващи. Според специфичните разпоредби на Заповед №5 от 16.02.1999 г., т. 5, "в заведенията за социални услуги длъжността "лекар" може да се заема от медицински фелдшер, ако няма кандидат с висше медицинско образование".

<sup>70</sup> Обн., ДВ, бр. 57 от 25.06.1999 г.

махала, ДВУИ - с. Драганово, и др. например има само по един кабинет с площ няколко квадратни метра, докато на други места са оформени по няколко големи медицински и стоматологични кабинета, манипулационни и лечебница с по няколко легла (ДВУИ - с. Подгумер, ДВУИ - гр.Твърдица, ДВУИ - Качулка) (снимка 25).

В типичния случай в повечето домове са оформени лекарски кабинет и манипулационна. Повечето такива помещения нямат обследване и разрешително от ХЕИ.

По принцип хигиената в медицинските кабинети и манипулационни в домовете е на по-добро равнище от хигиената в общите и спалните помещения. Оборудването на кабинетите за съжаление е минимално и амортизирано – кушетка, бюро, стерилизатор, шкаф за лекарства и превързочни материали и спешен шкаф (снимка 26).



Снимка 25: Домуваща в тежко състояние в болничното отделение на ДВД - гр. София, липсват чаршафи и калъфка на възглавницата. Снимката е от посещението на БХК на 23.02.2004 г.



Снимка 26: Медицински кабинет в ДВУИ в Качулка. Снимката е предоставена на БХК от директора на дома г-н Данков.

По разпореждане на МТСП с писмо №482/31.07.2000 г. е прието спешният шкаф да съдържа медикаментите, посочени в НРД от 2000 г. за спешен шкаф. Изискванията за съдържанието на спешния шкаф се изпълняват почти във всички домове за лица с умствени затруднения, но на някои места липсват лекарства и консумативи, тъй като бюджетът за медикаменти в домовете е крайно оскъден. По данни на дежурния медицински персонал, с когото бяха осъществени срещи по време на посещенията на БХК в домовете, в по-голяма или в по-малка степен съществува недостиг на антибиотици, аналгетици, превързочни материали, апарати за кръвно налягане, глюкомери, спринцовки, игли, памперси, дамски превързки, инструменти и др.

#### 4.3. Персонал

Съотношението на медицинския персонал към броя на домуващите, както и квалификацията и задълженията на медицинските лица в социалните домове се определят от Заповед №5 на министъра на труда и социалната политика от 16.02.1999 г. В нея за домовете за лица с умствени затруднения, където са настанени по-малко от 150 домуващи (каквато е ситуацията в над 95% от домовете в България), се определя един щат за лекар. В домовете с повече от 150 домуващи трябва да се назначават двама лекари. Щат за пет медицински сестри е определен в домове с по-малко от 70 домуващи, а щат за осем медицински сестри – в домовете с над 70 домуващи. Според Заповед №5 в домовете за лица с умствени затруднения трябва да има и поне по един рехабилитатор.

Въпреки изискванията в Заповед №5 наблюдаваната практика за числеността на персонала в домовете е доста разнообразна. Лекари (фелдшери) има в около 70% от домовете за лица с умствени затруднения, а

броят на медицинските сестри в много малко домове е съобразен с броя на домакущите, както се изисква в Заповед №5 (вж. приложение №7). Едва в около 1/3 от домовете за лица с умствени затруднения в страната има медицински персонал през нощта и той е недостатъчен. Медицинският персонал в домове като ДВУИ - гр. Батак, ДВУИ - с. Орсоа, ДВУИ - с. Присово, ДВУИ - с. Тръстика, ДВУИ - с. Церова кория, ДВПР - с. Бориловец, ДВД - с. Огнен, и ДВД - с. Опанец, е недостатъчен съобразно броя на домакущите и през нощта в домовете не остава нито едно медицинско лице.

Във връзка с децентрализацията в сферата на социалните услуги от 1.01.2003 г. фелдшерите и медицинските сестри се назначават от кмета на съответната община, в която се намират домовете за възрастни с умствени затруднения. Длъжностната характеристика на медицинските сестри предполага те да изпълняват предписаните от лекар процедури и терапии. Те не могат да извършват медицински прегледи и да предписват медикаменти. При фелдшерите обаче има известна неяснота по отношение на функциите и правомощията им. Медицинското образование и професията "фелдшер" са типичен за българското здравеопазване феномен. Професията никога не е била детайлизирана в законодателството. В някои социални домове фелдшерите изпълняват задълженията на медицинска сестра и работят на щат, определен за медицинска сестра. В други социални домове фелдшерите са висококвалифицирани и практически изпълняват функцията на лекари. Например в ДВД - гр. Русе, фелдшерът е лекар по образование, работи на щат за фелдшер в дома, но има и договор с ОПЛ на домакущите. В ДВУИ - с. Лозево, пък фелдшерът писмено и еднолично беше наредил изолация на домакущи за неопределено време (регистрирани са четири месеца изолация) поради психичното им състояние. От действащата нормативна уредба е ясно, че фелдшерите могат да извършват самостоятелни медицински прегледи и да предписват медикаментозна терапия (с изключение на малки групи лекарства, за които се изисква изписване от тесен специалист).

Тъй като в законодателството ни нищо друго не е уточнено за ролята и положението на фелдшерите, следва да се допусне също, че - по аналогия с лекарите - ако лекуват, то фелдшерите следва да осъществяват дейността си в лечебно заведение или в приравнено на такова по ЗЛЗ, а домовете за лица с умствени затруднения не са здравни заведения. Би се очаквало също и фелдшерите да отразяват медицинските прегледи по приетия документен начин – в амбулаторен лист, като изискват, получават и документират информирано съгласие от пациентите си, а това не се прави от фелдшерите в домовете, тъй като здравните служби там нямат статут на здравни заведения и не работят с бланките и документацията, изисквани от НЗОК.

Според наблюдението на БХК в социалните домове с назначени фелдшери нивото на медицински услуги винаги е по-високо, въпреки че те предимно дават устни консултации и нареждания (трудно може да се открие писмен запис от назначена от фелдшер терапия). За това има няколко обяснения. От една страна, в социалните домове няма медицински звена и лечебни заведения. Освен това според ППЗСП в домовете има само специалисти, които осигуряват и отговарят за медицинското обслужване. Несъмнено обаче при трудна комуникация с общопрактикуващия лекар фелдшерът преглежда и лекува. Така осъществявана, фелдшерската дейност обаче е в конфликт с изискванията на *Закона за лечебните заведения*.

При хармонизиране на статута на професията в социалните домове фелдшерите лесно биха обезпечили първичната доболнична медицинска помощ в почти пълния обем. Това е особено актуално за отдалечените заведения, където фелдшерът е същевременно нает и от общопрактикуващия лекар. По този начин той би работил в регистрирано лечебно заведение с ясни ангажменти и правомощия и практически би извършвал цялата неспециализирана медицинска помощ, при това по легален начин.

#### **4.4. Информирано съгласие за лечение**

Съгласно българското законодателство искането и получаването на информирано съгласие са задължителни преди извършване на преглед, манипулация и лечение<sup>71</sup>. За да получи информирано съгласие от

---

<sup>71</sup> *Национален рамков договор* между НЗОК, Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България, 2003 г. (издаден от НЗОК, БЛС, ССБ и министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 29 от 31.03.2003 г., в сила от 1.04.2003 г.).

"Чл. 6. (1) Изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ са длъжни да оказват помощ след получаване на

пациента или негов настойник/попечител, лекарят дава медицинска информация с достатъчно съдържание и обем, за да помогне на пациента да приеме или откаже предложеното лечение.

В условията на извънболнична медицинска помощ (каквато главно се осъществява в домовете) съгласието би следвало да се отразява в амбулаторния лист с подписа на пациента. Няма основание да се предполага, че повечето издадени амбулаторни листи нямат такъв подпис, въпреки че изследователите на БХК нямаха възможност да прегледат много такива листи. Съществуват и изключения като например ДВУИ - гара Самуил, където въобще не бе позната идеята за информирано съгласие при приемане на медикаменти.

По отношение на информираното съгласие, давано от лица с умствени затруднения в социалните домове, съществуват няколко основания за загриженост. Най-напред често представители на медицинския персонал в домовете са членове на настойническия съвет (ДВУИ - гара Самуил, ДВУИ - с. Българево, ДВГР - с. Говежда, и др.) или настойници на домуващите (ДВУИ - с.Подгумер), които нямат близки или чиито близки не се интересуват от тях. Понякога е възможно да възникне конфликт на интереси между поставения под запрещение домуващ и медицинското лице, което е същевременно негов настойник. По тази причина следва да се избягва поемане на настойничество от фелдшери и медицински сестри.

Освен това конфликтни ситуации се създават в още два случая: когато домуващият е поставен под запрещение и когато прегледът и терапията се реализират от фелдшер. В първия случай законният представител на пациента се подписва вместо него. Според данните, събрани от БХК, най-често настойници на домуващите са директорът на дома или социалният работник. В други случаи, когато близки са настойници на домуващите, но живеят далече от дома, те упълномощават директора или някой от служителите да се грижи за всекидневните интереси на запретените домуващи. Нереално е да се предполага, че директорът или социалният работник ще присъстват на всички медицински прегледи (например в ДВГР - с. Радовци, директорът е настойник на 84-ма домуващи, в ДВГР - с. Правда, директорът е настойник на 65 - домуващи и т.н.), получавайки информация от лекаря и давайки писменото си съгласие от името на запретения. На практика дори те и да разписват документите в края на деня или месеца, подобно действие обезсмисля идеята за даване на информирано съгласие относно медицинския преглед и лечението на домуващите. Друго често срещано решение на ситуацията е прехвърлянето на правомощия от страна на директора като настойник/попечител към длъжностните медицински лица от дома, които да дават информирано съгласие от името на запретените домуващи. Извън неминуемия конфликт на интереси подобно преупълномощаване е доста спорно.

При втората хипотеза фелдшерът извършва медицинския преглед и назначава терапия, която не се реимбурсира от НЗОК. В този случай не се издава амбулаторен лист и не е възможно обективно доказване на информираното съгласие. Допълнително усложнение е практиката фелдшерите да са и членове на настойническия съвет.

Съгласно декларацията на Световната медицинска асоциация от Лисабон, 1981 г., ревизирана през 1995 г. в Бали и приета за задължителна и от Българския лекарски съюз<sup>72</sup>, следва да се зачитат желанията и на недееспособните пациенти, ако те могат да ги изкажат, включително и правото им да не се разкрива информация на настойника им.

Във всички социални домове се е наложил патерналистичният подход на персонала и лекарите към домуващите. Той е традиционен и търсен включително и от пациентите. В редица случаи обаче подобен подход може да бъде явно неприемлив по отношение на отделни хора.

---

информирано съгласие на ЗЗОЛ, а ако то е недееспособно - съгласие на негов родител/настойник/попечител.

(2) За получаване на информирано съгласие по ал. 1 лекарят или стоматологът трябва да предостави на пациента или негов родител/настойник/попечител медицинска информация в обем, даващ му възможност да приеме или откаже предложеното лечение.

Чл. 7. Медицинската информация по чл. 6 следва да се предостави на ЗЗОЛ или негов родител/настойник/попечител във възможно най-ранен етап и по подходящ начин, даващ му възможност да направи свободен и независим избор.

Чл. 8. Съгласието се дава писмено и се оформя чрез подписване на декларация.”

<sup>72</sup> Кодекс на професионалната етика, обн., ДВ, бр. 79, 29.09.2000 г. “Чл. 10. Лекарят признава и защитава правата на своите пациенти така, както са посочени в Декларацията на Световната медицинска асоциация (Лисабон, 1981 г.), и се отнася с уважение към достойнството на човешката личност.”

#### 4.5. Избор на личен лекар

По отношение на избора на личен лекар за настанените в социални домове са приложими *Законът за здравното осигуряване*<sup>73</sup> и *Наредбата за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ*<sup>74</sup>. Тези пациенти се третират от законодателството по общите разпоредби, а в случаите на поставяне под запрещение настойникът осъществява избора на личен лекар. При посещенията си в домовете за лица с умствени затруднения БХК не установи липса на избор на личен лекар. Правило е да се избира един общопрактикуващ лекар за всички домуващи. Подобна практика е разбираема и допустима за малките и отдалечени населени места, но не и за домовете в големите градове. В няколко дома изборът на личен лекар е осъществен служебно по реда на НРД между директорите на заведението и РЗОК. Независимо от причините, наложили този вид първичен избор, следва при желание от страна на пациента личният лекар да бъде сменен въпреки явните неудобства за администрацията на дома.

От чл. 119, ал. 3 от *Националния рамков договор* (НРД) за 2003 г.<sup>75</sup> е видно, че отговорността за здравословното състояние на настанените в домовете е вменена почти изцяло на общопрактикуващия им лекар (ОПЛ), при условие че е реализиран личен или служебен избор на такъв. Факт е обаче, че в почти всички посетени домове бе съобщено за минали и/или настоящи проблеми с медицинското обслужване, осъществявано от ОПЛ. Съобщените затруднения варират от липса на медицинска практика и фактически отказ за оказване на медицинска помощ до комплицирани ситуации, свързани с явяване пред ТЕЛК и осигуряване на направления за хоспитализация или преглед при специалист.

#### 4.6. Първична доболнична медицинска помощ

Особеност на системата на медицинското обслужване в домовете според експерт, който придружи изследователи на БХК в няколко дома<sup>76</sup>, е, че инициативата за медицинските грижи е оставена като задължение на самите домуващи, без да се отчита здравословното им състояние. Това отговаря на изискванията на НЗОК и домуващите не получават нищо повече от средностатистическия български гражданин независимо от увреденото си състояние.

Общопрактикуващите лекари нормативно нямат никакви по-особени ангажименти към настанените в социални домове в сравнение с останалите си пациенти. Те осъществяват дейността си в регистрирани в

---

<sup>73</sup> Обн., ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г.

<sup>74</sup> Приета с ПМС №206 от 17.11.1999 г., обн., ДВ, бр. 101 от 23.11.1999 г.

<sup>75</sup> Според чл. 119, ал. 3 от *Националния рамков договор* общопрактикуващият лекар е длъжен да:

1. оказва спешна медицинска помощ на всеки пациент независимо от неговата регистрация и местоживеее, когато такава е потърсена от него, до идване на екип на спешна помощ;
2. провежда профилактични прегледи на недиспансеризирани лица над 18 години по приложение №8 и работи по национални програми;
3. създава и поддържа регистри на диспансеризирани лица и лица по договорените програми на хартиен или електронен носител;
4. подготвя документацията по консултации и медико-диагностични изследвания, когато прецени, че са необходими такива;
5. подготвя документацията в случаи на хоспитализацията на ЗЗОЛ, осъществява връзка с лечебните заведения, които ще я осъществят, и уговаря с тях дата и час за прием на осигурените лица;
6. извършва посещения в домове за медико-социални грижи в района на практиката, ако настанените в него ЗЗОЛ са записани в регистъра на лечебното заведение;
7. осъществява методична помощ по отношение на здравните дейности в училищата, касаещи включените в регистъра му лица, ако са създадени условия за това от ръководството на съответното учебно заведение; и
10. осигурява непрекъснатост на медицинските грижи за регистрираните при него ЗЗОЛ."

<sup>76</sup> Мнение на д-р Ангел Броцилов, психиатър, посетил ДВУИ - гр. Батак, ДВПР - Свиленград, и ДВПР - с. Радовец, с екип на БХК съответно на 18.06.2003 г., 25.06.2003 г., 26.06.2003 г.

РЦЗ медицински кабинети, одобрени от органите на ХЕИ със санитарно разрешително. Прегледите, осъществявани от ОПЛ в социалните домове, са юридически еквивалентни на "преглед в дома на пациента" съгласно НРД. Тези прегледи по презумпция са "неотложни случаи". Всички други прегледи се осъществяват в регистрирания кабинет, който обикновено е в центъра на селото или в съседното село.

БХК установи голяма разлика в честотата на посещения на ОПЛ в социалните домове - от две посещения седмично до липса на посещения през годината. НРД допуска наличието на установен график на посещения на ОПЛ (напр. в училища, социални домове и др.), който да се изготвя между лекаря и заведението и да се подписва от РЗОК, с което става задължителен. При посещенията си в социалните домове изследователите на БХК не установиха наличието на подобен график, изготвен по гореописаната процедура. Въпреки това в много социални домове има неофициална договореност за регулярни посещения през 2003 г., която вероятно ще бъде продължена и през 2004 г. (вж. приложение №3).

Ръководствата на няколко дома споделиха с БХК, че съществуват проблеми с оказваната помощ от страна на личния лекар. Най-често те бяха дефинирани като незаинтересованост и нежелание за оказване на системна адекватна здравна грижа (ДВД - гр. Казанлък).

#### **4.7. Специализирана доболнична медицинска помощ**

Домуващите пациенти по правило не ползват платена медицинска помощ. Нуждата от специализирана доболнична медицинска помощ се преценява единствено и само от общопрактикуващия лекар. През 2003 г. т.нар. натурални показатели на НЗОК (определеният лимит направления за изследвания) не бяха рестриктивен фактор за дейността на ОПЛ, особено в малките населени места. БХК разполага с информация от пет дома за обема на оказаната специализирана медицинска помощ. В тях бе съобщено за около 50 издадени от ОПЛ направления за СДЛП на всеки 100 пациенти, като в тази бройка не са включени направленията за психиатър.

По действащия НРД за 2003 г. повечето психофармацевтични медикаменти се изписват ежемесечно от ОПЛ. За целта обаче са нужни предварителен преглед от психиатър и издаден от него протокол с валидност 6 месеца. Това изискване автоматично обуславя 2 прегледа годишно за всеки пациент на подобна терапия. Първият за годината преглед обаче може да бъде осъществен само след направление, издадено от ОПЛ към психиатъра. Схемата е ненужно усложнена и създава предпоставки за множество конфликти и пропуски. Така например в ДВУИ - с. Лозево, през 2003 г. не са издадени първични направления за психиатъра и в началото на 2004 г. РЗОК не признава резултатите от осъществените прегледи от психиатър на домуващи.

В някои от домовете има ангажирани с частичен трудов договор психиатри (вж. приложение №3). А в ДВПР - с. Правда, например психиатър е сключил граждански договор с дома и го посещава веднъж седмично срещу възнаграждение от 100 лв. месечно. Тази форма е удобна за администрацията и мотивира психиатъра да прекарва определено време в дома, което вероятно минава в прегледи и терапия. По отношение на изписването на медикаменти обаче отново е необходимо наличието на направления от ОПЛ и договор с РЗОК.

#### **4.8. Болнична помощ**

Спешните хоспитализации в социалните домове са много редки, а плановете такива са няколко годишно за дом. Домовете за възрастни с деменция представляват изключение от това правило. Терминално болните от някои домове обикновено се настаняват в болница, където умират. Ръководствата на всички домове споделиха с БХК, че имат проблеми с хоспитализацията на домуващите. Пример в това отношение е следният случай:

##### **Случаят на И. С., настанена в ДВУИ - с. Горно Вършило**

*По време на последното си посещение в ДВУИ през март 2004 г. БХК попадна на случай, в който на домуваща в афективно състояние от около месец наблюдаващият психиатър в гр. Пазарджик е отказал настаняване в болнично заведение за активно лечение. От около два месеца И. чупи прозорци в социалния дом. По данни на персонала тя страда от тази "маня" от*

години, но състоянието ѝ е изострено през последния месец. След преглед, извършен в ДПБ - Пазарджик, от д-р Дора Атанасова, терапията на домуващата е променена (увеличени са дозите на халоперидол, хлоразин, коректор), но ѝ е отказано настаняване за активно лечение в ДПБ. По данни на персонала назначеното лечение е неадекватно и не е довело до подобряване, а напротив – причинило е влошаване на общото психосоматично състояние на домуващата.

#### **Друг случай представлява отказът за прием в болница на мъж от ДВПР - с. Радовец**

По време на посещението от 26.06.2003 г. в ДВПР - с. Радовец, на екипа на БХК е бил споменат случаят на мъж от дома, на когото е отказано да се лекува в отделение "Вътрешни болести" на МБАЛ - гр. Хасково, защото е психично болен, а в отделението няма условия за лечение на такива хора.

По принцип, ако заболяването не съвпадне с определена група, за които НЗОК заплаща (т.нар. клинична пътека), приемът в болницата е практически невъзможен. Във всички случаи хоспитализираните пациенти или домът доплащат за медикаменти, консултативи и услуги. Много домове (ДВД - гр. Дряново, и др.) осигуряват изхранването на приетите домуващи в болницата поради лошото качество на болничната храна.

#### **4.9. Спешна медицинска помощ**

По същество терминът "спешен случай" в медицината е дефиниран като състояние, застрашаващо непосредствено живота или водещо до краткосрочно развитие на трайно влошено здравословно състояние. Всеки лекар е длъжен да се отзове при подобно състояние. Спешната медицинска помощ обаче е задължение и приоритет на държавата. Извършва се от специализирани държавни органи - ЦСМП, които разполагат с адекватно обучени кадри, организация и техника. По данни на БХК средно няколко годишно са случаите на известяване на ЦСМП от социален дом. Не всички от тях са по същество спешни. Като цяло персоналът в домовете беше изработил добра комуникация с ЦСМП.

#### **4.10. Стоматологично обслужване**

Стоматологичното обслужване е най-слабо застъпено в социалните домове. Извършва се по реда на НРД. Единични са домовете с регулярни посещения на стоматолог, лечение и профилактика (вж. приложение №3). За съжаление в повече от половината домове за лица с умствени затруднения в страната стоматологично обслужване или липсва, или е ограничено до екстракция.

#### **4.11. Имунизации и профилактика. Диспансерна дейност. Заболяемост и болестност**

В посетените от БХК домове през 2003 г. дейностите по имунизационния календар са били извършвани в пълния размер. Допълнително по разпореждане на МТСП са били извършени ваксинации против грип и кореман тиф.

Профилактичните прегледи са дейност на ОПЛ и се извършват по ред, посочен в НРД. Тълкуването на текста сочи, че лекарят е мотивиран в някаква степен финансово да извърши профилактични прегледи, но не е длъжен да ги реализира. От друга страна, пациентите са длъжни да се явят на профилактичен преглед. Спазването на правилника на НЗОК и на идеологията му е довело до положението живеещите в ДВПР - Свиленград, например да не са имали профилактичен преглед през последните 4 години. Подобно е положението и със задължителния според НЗОК гинекологичен профилактичен преглед на същите жени. Впечатлението на БХК е, че на повечето пациенти са извършени профилактични прегледи в обема, изложен в НРД. Единични са домовете, където такава дейност въобще не е осъществявана (ДВУИ - с. Драганово, ДВУИ - с. Маленово, и др.).

По разпореждане на МТСП в почти всички домове са извършени и флуорографски изследвания. В ня-

колко дома (ДВУИ - с. Батошево, ДВУИ - гара Самуил, ДВУИ - с. Куделин и др.) са открити необичайно висок брой случаи на туберкулоза (вж. приложение №4).

Определени заболявания подлежат на наблюдение и лечение съгласно Наредба №28 за профилактичните прегледи и диспансеризацията на МЗ<sup>77</sup>. Диспансеризацията се инициира от ОПЛ, който я води за определени групи болести, а по-специализираните заболявания насочва към специалисти. Диспансерната дейност, извършвана от психиатри, е най-широко застъпена в социалните домове. Твърде негативни последици се очакват от прилагането на Наредба №28 за профилактичните прегледи и диспансеризацията занапред. Практически тя прави невъзможна работата на всички психиатри в България с НЗОК освен тези, работещи в областните психодиспансери. Според нея "диспансеризацията се провежда от лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ и диспансерите" (чл. 2, ал. 2). Психичните заболявания, които са включени в списъка за диспансеризация, са: сенилна деменция, шизофренни психози (кодове по деветата ревизия на МКБ 295.0, 295.1, 295.3, 295.5, 295.6), афективни психози (кодове по МКБ 296.0-296.5), страхова невроза (код по МКБ 300), болест на Алцхаймер (код по МКБ 331), болест на Паркинсон (код по МКБ 332), епилепсия (кодове по МКБ 345.0, 345.1, 345.4, 345.5, 345.7)<sup>78</sup>. Честотата и обемът на дейностите по диспансеризация на заболяванията, които се заплащат от НЗОК, се определят в НРД. Дейностите по диспансеризацията на лица над 18 години със заболявания като шизофренни психози, болест на Алцхаймер, болест на Паркинсон, епилепсия се заплащат от НЗОК.

В повечето домове диспансерната дейност по хипертония и ХОББ, осъществявана от ОПЛ, е незначителна или липсва въобще. Няколко само са домовете, където има адекватно провеждана диспансеризация (ДВД - гр. Русе). Регистрираната болестност от ХОББ и хипертония може да бъде приета за реална само в няколко дома, съпоставена с официалните данни за нацията (вж. приложение №4).

#### **4.12. Медикаменти**

В Наредба №26 от 17.12.2002 г. за определяне на списъка на заболяванията, за чието домашно лечение НЗОК напълно или частично заплаща, издадена от МЗ<sup>79</sup>, са включени психичните разстройства, съответно: шизофренни психози (код 295), афективни психози (код 296), страхова невроза – само при паническа криза (код 300), но не и умствената изостаналост. В домовете обаче лицата с умствена изостаналост са повече от тези с психични разстройства и често те получават терапия, която се заплаща напълно от бюджета на дома или от личните им средства (вж. приложение №4).

Наблюденията на БХК показват, че редовните назначения на домуващите се променят рядко. Те се осъвременяват според изискванията на здравната каса за реимбурсиране на лекарства. Психотропните медикаменти са безплатни или в значителна степен реимбурсирани. Списъкът на използваните психотропни медикаменти в домовете не отразява напълно реалната болестност. За да се вместят в изискванията на НЗОК за реимбурсиране на лекарства, психиатрите са принудени да модифицират диагнозите или да се отказват от лечението на някои болести и състояния. Така например в социалните домове не се изписват и прилагат антидепресанти, защото НЗОК не ги заплаща. И съответно домуващите, които имат нужда от лекарства, получават такива, които се заплащат 100-процентово от НЗОК, напр. Finlepsin, Carbamazepine, Tegretol, невролептици (Rispolipt, Leronex, Haloperidol, депо-невролептици), Parkisan, Amitriptilin. Медикаментите, които не се покриват на 100% от НЗОК, се закупуват от бюджета на дома (като Chlorazin на 50%). Във всички домове средствата за свободно закупуване на медикаменти са недостатъчни. Но съществува явна диспропорция в размера на средствата, в които различните домове разполагат за медикаменти (вж. приложение №3). Позитивният лекарствен списък на НЗОК се променя доста динамично, но общото впечатление е намаляване на финансовото подпомагане за пациента. Това означава все по-голямо бреме за бюджетите на домовете за медикаментозното лечение на домуващите.

<sup>77</sup> Наредба №28 от 25.11.2003 г.; обн., ДВ, бр. 4 от 16.01.2004 г., в сила от 30.01.2004 г.

<sup>78</sup> Наредба №28 от 25.11.2003 г.; обн., ДВ, бр. 4 от 16.01.2004 г., приложение №5.

<sup>79</sup> Обн., ДВ, бр. 1 от 3.01.2003 г., отм., бр. 96 от 31.10.2003 г., в сила от 1.01.2004 г.

Истински проблем представляват лекарствата, които въобще не се реимбурсират – антибиотици, витамини, антидепресанти, невролептици при диагноза “умствена изостаналост” и др. По-рядко употребявани лекарства (ампулни форми и др.), които домът закупува за болнично лечение, твърде често изчерпват целия месечен бюджет за медикаменти.

Препоръки на БХК относно медицинското обслужване:

1. Системата на първичната медицинска помощ в домовете за лица с умствени затруднения да отчита спецификата на тежките състояния на домуващите.
2. Да се регламентира правото на пациентите под запрещение за информирано съгласие, вземане на решения с оглед състоянието им и конфиденциалност.
3. Да се регламентират лечебната и аптечната дейност, извършвана от медицинските специалисти, работещи в системата на социалните домове.
4. Помещенията за медицинския персонал да се лицензират от ХЕИ като такива.
5. Да се утвърждават текущо тристранни договорености между дома, ОПЛ и РЗОК за фиксиран график на посещения на ОПЛ в дома през годината.
6. Дейностите по диспансеризация на психично болните лица да се извършват от всеки правоспособен психиатър, сключил договор с РЗОК, на равни начала без оглед на работното му място.
7. Да се актуализират диагнозите и терапиите, повлияни от финансовата политика на НЗОК. При необходимост да се предвиди финансиране от друг източник.
8. При всички смъртни случаи да се извършват аутопсия и верификация на клиничната диагноза за смъртта.
9. В годишните отчети на настойниците/попечителите задължително да се вписват наличието на профилактичен годишен преглед и мерките по имунизационния календар на РБ.
10. Прегледите от ОПЛ да се документират с амбулаторен лист, копие от който да е на разположение в дома.