

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени в периода на общественото обсъждане на проекта на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 8 за профилактичните прегледи и диспансеризацията

№	Ведомство	Предложения/становища	Приема се/не се приема	Мотиви
1.	Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България Вх. № 63-00-39/21.02.2018.	Приемаме за положително желанието за „оптимизиране дейностите“ в областта на профилактиката и диспансеризацията, ако приемем тази най-обща формулировка, но предлаганите от Вас промени (донякъде с изключение на разширения възрастов обхват за прегледи при жените) са твърде далеч от тази цел. Основания 1. Жени на 30-40 години подлежат на преглед от акушер-гинеколог с гинекологичен статус с вземане и изпращане на материал за цитонамазка ежегодно, а след две негативни цитонамазки - веднъж на 3 години. Въвеждането на тази възможност през 2017 стана по идея на НСОПЛБ, която бе одобрена и възприета от МЗ. Включването само на 30- годишните жени бе обусловено от най-високия риск и ограничените финансови средства с тенденция тази възрастова група да се разшири, което е положителна стъпка напред.	Не се приема	Направени са коментари, без да има конкретни предложения по проекта на нормативен акт

		<p>За да се случи тази промяна и да бъде ефективна е необходимо да гарантирате публично изпълнението на няколко условия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В бюджета на СИМП има осигурени средства за първичен преглед при гинеколог (на цена на първичен преглед) и цитонамазка в бюджета за МДД за всички около 500 000 жени в тази възрастова група (не сме включили тези, които биха подлежали на повторен преглед). Дори да приемем, че през такъв преглед ще преминат само половината от подлежащите, необходимата сума е около 7 млн. лева. <input type="checkbox"/> Стойността на медицинските направления за консултация и МДД (ако ОПЛ назначава цитонамазката) задължително трябва да бъдат изведени от бюджета за консултации и МДД (известен като регулативен стандарт-РС или лимит), предварително да е планиран, отделе от тези за островъзникнали здравни проблеми и да не подлежи на регулация и последващи санкции. <input type="checkbox"/> Посоченото в т.2 трябва да важи за всички, свързани с профилактиката и диспансеризацията дейности, които не зависят от решението на лекаря, а са вменени в разпоредба. За целта трябва да разпишете съответен текст в обсъжданата наредба или НРД, който преподписвате. В противен случай ще се получи отлив от направленията и консултациите за остри случаи, което ще постави пациентите въобще в неравнопоставено положение едни спрямо други, както и ще създаде напрежение сред лекарите. 		
--	--	---	--	--

		<p><input type="checkbox"/> Необходимо е да прецизирате статистиката, която цитирате като основание, защото там не са посочени данни за определената възрастова група (30-40години), а за всички възрасти.</p> <p><input type="checkbox"/> Свързаният с обсъжданата промяна текст : „На ред Z12.4, в колона 3 „Дейности, осъществявани от ОПЛ по време на профилактичния преглед“ накрая се добавя „При резултат от цитонамазка \geq PAP IIIВ – задължителна консултация със специалист по акушерство и гинекология“ е напълно излишен, тъй като това е абсолютна индикация за преглед (който може да е вторичен), освен ако резултатът от цитонамазката не просрочи времето за вторичния преглед. Убедени сме, обаче, че няма лекар, който в този случай да не консултира пациентката, като искрено се надяваме с оглед на здравето им тези жени да не са голям брой.</p> <p><u>Предлаганата промяна е положителна и ако изпълните посочените условия, би могла да има търсения ефект.</u> Необходимо е и НЗОК да подпомогне процеса като спази чл.48 на ЗЗО: "Националната здравноосигурителна каса е длъжна да информира системно осигурените относно мерките за опазване и укрепване на здравето им.", което трябва да се приложи по отношение на всички свързани с профилактика и диспансеризация дейности.</p>		
		<p>2. На ред Z13.6, в колона 3 „Дейности, осъществявани от ОПЛ по време на профилактичния преглед“ накрая се добавя „При много висок риск, определен по SCORE системата</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Заложената с проекта промяна за провеждане на задължителна консултация със специалист по кардиология при установен много</p>

	<p>– задължителна консултация със специалист по кардиология“.</p> <p><input type="checkbox"/> Целта на оценката по SCORE е да се определи 10-годишния риск за фатална ИБС според пол, възраст, систолно артериално налягане, общ холестерол и тютюнопушене. Подчертаваме, че оценката се прави на здрави хора- без Сърдечно съдово заболяване и/или диабет.</p> <p><input type="checkbox"/> Как можем да повлияем за намаляване на този риск? Като се опитаме да въздействаме върху контролируемите рискови фактори, които са тютюнопушене, хранителните навици, наднормено тегло и затлъстяване, заседналият начин на живот (недостатъчна физическа активност), сърдечна честота и артериалната хипертония.</p> <p><input type="checkbox"/> Но, ако човекът има диабет или артериална хипертония, те се лекуват и наблюдават диспансерно по съответния ред по определения нормативно от същата наредба алгоритъм.</p> <p><input type="checkbox"/> Ако нямат такова заболяване това, което е необходимо е да се дадат указания за промяна в начина на живот - намаляване на теглото, двигателна активност, режим на хранене, отказ от тютюнопушене, лечение на дислипидемията и съдействие за това. Тези дейности в момента се осъществяват от ОПЛ, който е в най-близък контакт с пациентите и с възможност за проследяване.</p> <p><input type="checkbox"/> Възниква логичният въпрос: медицински обосновано и по-ефективно ли е това да се прави от кардиолог, вместо същият да дава консултация при случаи, които наистина изискват неговата/нейната компетентност? Икономически обоснован ли е този</p>		<p>висок риск от развитие на сърдечно-съдово заболяване е с цел ранна интервенция на високорискови пациенти и навременно повлияване за намаляване и по възможност избягване на случаите с фатални последици от сърдечно-съдов инцидент.</p>
--	--	--	---

		<p>разход, който би лишил от възможност за преглед при кардиолог наистина нуждаещ се пациент? И колко непрекъснат в континуума на времето е контактът на здравия човек с кардиолога?</p> <p><input type="checkbox"/> Настояваме да посочите подобни практики в други страни, основани на медицина, базирана на доказателствата.</p> <p><u>Становището ни по предлаганата промяна, посочена в наша т.2 е, че трябва да отпадне, тъй като е професионално медицински необоснована, води до отрицателен резултат на съотношението цена/ефект, удължава и усложнява пътя на пациента, не осигурява продължителност на проследяването и др.</u></p>		
		<p>3. На ред Z13.1, в колона 3 „Дейности, осъществявани от ОПЛ по време на профилактичния преглед“ накрая се добавя „При много висок риск /над 20 т. по FINDRISK/– задължителна консултация със специалист по ендокринология и болести на обмяната“.</p> <p><input type="checkbox"/> Въвеждането на FINDRISK в алгоритъма за оценка на пациентите при годишния профилактичен преглед също бе въведена по инициатива на НСОПЛБ през 2017 г. и одобрен от МЗ. При резултат ≥ 12 т. (стойност, определена след валидиране в проучване, проведено в България), за разлика от други страни, където минимумът е 15 т., се назначава изследване на кръвна захар на гладно (КЗГ) и ако се изпълнят критериите за диабет пациентът се взема на диспансерно наблюдение и се изпълнява съответния, разписан алгоритъм. Ако ли не, отново се проследява и то ежегодно, за</p>	<p>Приема се частично</p>	<p>Отразена промяна със залагане на ангажимент на ОПЛ при пациенти с установен много висок риск от развитие на диабет тип 2 /над 20 т. по FINDRISK/ да се провежда допълнително изследване на гликиран хемоглобин. Запазва се възможността при установени отклонения в проведените изследвания ОПЛ по преценка да насочва пациента към специалист по ендокринология и болести на обмяната.</p>

		<p>разлика от други страни, като му се дават съвети за промяна в начина на живот (вж. ССЗ и се лекуват придружаващи заболявания).</p> <p><input type="checkbox"/> У нас FINDRISK се изчислява при всички над 18 годишна възраст, въпреки препоръките това да става над 40-45 години, което значително подобрява скрининга.</p> <p><input type="checkbox"/> Всички тези дейности се извършват от ОПЛ.</p> <p><input type="checkbox"/> Логично е да зададем отново въпросите: медицински обосновано и по-ефективно ли е това да се прави от ендокринолог, вместо същият да дава консултация при случаи, които наистина изискват неговата/нейната компетентност? Икономически обоснован ли е този разход, който би лишил от възможност за преглед при ендокринолог наистина нуждаещ се пациент? И колко непрекъснат в континуума на времето е контактът на здравия човек с ендокринолог? И какво в повече може да осигури в случая?</p> <p><u>Становището ни по предлаганата промяна, посочена в наша т.3 е, че трябва да отпадне, тъй като е професионално и медицински необоснована, води до отрицателен резултат на съотношението цена/ефект, удължава и усложнява пътя на пациента, не осигурява продължителност на проследяването и др.</u></p> <p>Вместо това, предлагаме, при наличен ресурс, вместо КЗГ да се изследва гликиран хемоглобин.</p> <p>С промените, посочени в наши тт .2, 3 в Проекта се залагат дейности, чиито резултати се оценят в дългосрочен план. Единичната, епизодична среща на пациента с лекар от СИМП, при условие, че няма</p>		
--	--	---	--	--

		<p>диагностичен проблем, не би имала ефект. ОПЛ единствен ефективно във времето може да отчете има ли динамика в анамнезата, статуса и/или лабораторните показатели, тъй като най-добре познава своя пациент и най-близо до него-дълготраен, лесен и бърз достъп на пациента до ОПЛ.</p>		
		<p>4. Предложение НСОПЛБ Към лабораторните изследвания на кръв при профилактичен преглед:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Да се включи изследването на ALAT като скринингово изследване за откриване на чернодробно заболяване при всички ЗОЛ над 30 годишна възраст, при които по време на профилактичния преглед се взема кръв за други изследвания. <input type="checkbox"/> Да се включи изследването на ALAT като скринингово изследване за откриване на чернодробно заболяване при всички ЗОЛ над 18 годишна възраст, които са диспансеризирани по повод хронично заболяване, за което се взема кръв за изследване на други показатели. <input type="checkbox"/> Изследването на ALAT, проведено в рамките на профилактичен или диспансерен преглед или по друг повод в рамките на предходните 12 месеца не се провежда повторно по време на профилактичния или диспансерен преглед. <p>Въз основа на получените резултати да се създаде допълнителна група с рискови фактори към наредба 8 по следния модел:</p>	<p>Приема се по принцип</p>	<p>Направеното предложение не обосновава избора на таргетната група за провеждане на скрининговото изследване на ALAT. Не е посочена и периодичност на провеждането му. С оглед на това не може да се направи преценка за необходимите финансови и други средства от въвеждане на визирания скрининг.</p>

МКБ код	Лица с рискови фактори	Дейности, осъществявани от ОПЛ по време на профилактичния преглед		
	Асимптомни лица с повишени стойности на ALAT.	Информирани на пациента за рисковите фактори за развитие на заболяване; Обучение за самонаблюдение; Препоръки за начина на живот – хранене, диетичен режим, двигателна активност, преустановяване на вредни навици; Преценка на необходимостта от лечение, консултация с гастроентеролог и допълнителни МДИ При стойност на ALAT до 50% по-високи от референтната за съответната лаборатория стойност - консултация с гастроентеролог по преценка.		
Това предложение също е внесено от доц. Киров като Национален консултант по ОМ по надлежен ред в МЗ.				

		<p>Една такава промяна наистина би разширила обхвата на профилактиката в посока скрининг и на други освен досега посочваните заболявания и ще е от полза на хората, предвид социалната значимост на болести като цироза, хепатит В, С и др., алкохолна и неалкохолна стеатозна болест и др.</p>		
2	НЗОК изх. № 04-04-70/26.02.2018.	<p>1. По прил. 2 „Вид и периодичност на профилактичните прегледи и изследвания при лица над 18 години“:</p> <p>В Колона 1 „Възраст“ на ред 4 думите „години (навършващи 30-годишна възраст през календарната година) се заменят с „40 години“</p> <p>В мотивите към проекта е посочено, че в обхвата на този вид профилактична дейност следва да бъдат обхванати всички жени на възраст 30-40 години, а не само тези, които навършват 30 години в съответната календарна година, както беше в досегашния регламент.</p> <p>Предлагаме възрастовата граница в Прил. 2 в колона 1 „Възраст“ на ред 4 да е за „всички жени на възраст от 30 до 40 години вкл.“</p>	Приема се	
		<p>2. По прил. № 3 „Групи лица с рискови фактори за развитие на заболяване“, т. 4 Лица с рискови фактори за развитие на злокачествено новообразувание на млечната жлеза</p> <p>В обхвата на профилактичните прегледи на жени от 50-69 г., веднъж на две години, ОПЛ назначава мамография на млечни жлези. Резултатът от мамографията не фигурира в групата на показателите за рисковите фактори и така на практика е изключен един обективен показател за</p>	Приема се	

		<p>определяне риск от развитие на злокачествено новообразувание на млечната жлеза. По време на обсъждане на проекта е дискутирана необходимостта от консултация със специалист при установен висок риск на база интерпретация на резултата от мамография от лекар-специалист по образна диагностика.</p> <p>Предлагаме към т. 4 Лица с рискови фактори за развитие на злокачествено новообразувание на млечната жлеза да се добави нова точка със следния текст:</p> <p>Нова т. 4.2. „При назначена по време на профилактичния преглед (или по друг повод) мамография при установени отклонения, съгласно писмено тълкуване на получените резултати от лекар-специалист по образна диагностика с данни за висок риск от злокачествено новообразувание на млечната жлеза“.</p>		
		<p>3.Про прил. 5 „Профилактични дейности при лица над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване“:</p> <p>Във връзка с изложеното на ред Z12.3 „Лица с рискови фактори за развитие на злокачествено новообразувание на млечната жлеза“ в колона 3 „Дейности, осъществявани от ОПЛ по време на профилактичния преглед“ предлагаме да се добави „Задължителна консултация със специалист по хирургия или акушерство и гинекология“ при данни от мамографското изследване за висок риск от злокачествено новообразувание на млечната жлеза.</p>	Приема се	

		<p>4.Предлагаме изменението и допълнението на Наредба № 8 за профилактичните прегледи и диспансеризацията да влезе в сила от 01.04.2018 г., в съответствие с датата на влезане в сила на Националния рамков договор за медицински дейности за 2018 г. или Решение на Надзорния съвет на НЗОК.</p>	Приема се	
		<p>5. С оглед обявените за нищожни разпоредби в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, уреждащи „електронно автентифициране“ и „електронен автентификатор“ ,предлагаме в Наредба №8 за профилактичните прегледи и диспансеризацията да отпаднат предвидените възможности за приложението на електронния автентификатор в дейността по профилактика и диспансеризация, именно в чл. 4, ал. 7, чл. 25, ал. 1, чл. 26, ал. 2, чл. 27 и чл. 29, ал. 2, т. 2. Прилагането на разпоредбите на Наредба № 8 в посочените им части не е възможно без прилагането на основните правила за електронния идентификатор, въведен с наредбата за достъпа и обявени за нищожни с решение на Върховния административен съд.</p>	Приема се	