

## ДОПЪЛНИТЕЛНА 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
3	Проф. Лъчезар Войнов и проф. Ива Петкова – нац. Консултанти по очни болести Вх. № 33-18-17/ 27.02.2018.	3.1. В частта профилактични прегледи да се включи преглед при специалист за децата между 3 и 5 години за профилактика на амблиопията. Амблиопията представлява намалено дрение на едното или двете очи, предизвикано най-често от значителни рефракционни аномалии, вродена катаракта или други заболявания. Честотата на заболяването се движи между 3 и 5% от децата в предучилищна и училищна възраст според изолирани проучвания в различни райони на страната. Ранното диагностициране на амблиопията позволява започването на лечение, което правилно проведено може да доведе до значително подобрене на зрението. Възстановяването на зрението е невъзможно след навършването на 7-8 години. Това води до значително ограничаване на възможността засегнатите деца да се реализират пълноценно професионално, а понякога и социално.	Не се приема	В пакета профилактични прегледи при деца, осъществявани от ОПЛ или специалист – педиатър, съгласно Прил. № 1 на наредбата е включено изследване за Обща оценка на зрение – ориентировъчно на 6 месечна и едногодишна възраст, както и изследване на зрителната острота ориентировъчно на 5 годишна възраст. В случай на установено отклонение или съмнение за отклонение по време на профилактичния преглед, съгласно чл. 14 от наредбата, по преценка на лекаря, извършил профилактичния преглед, децата се насочват за консултации, изследвания и получаване на специализирана медицинска помощ с медицинско направление, издадено от него.

		<p>3.2. Включване в частта Диспансеризация на заболяванията Н20.1. Хроничен иридоциклит и Н30.9. Огнищно хореоретинално възпаление при възрастни. В момента тези кодове са включени само за деца до 18 г., но не съществуват при възрастни. Диспансеризиращ лекар – офталмолог. Продължителност на наблюдението – до окончателно излекуване. Медицински дейности – зрителна острота, преглед на преден и заден сегмент, тонометрия. Честота – 2 пъти годишно. Ранната диагноза и навременното лечение на увеитите са особено важни за предотвратяване на заплашващи зрението усложнения като глаукома, едем на макулата и др. Увеитът може да се появи във всяка възраст, като най-чест е иридоциклитът. Лечението на инфекциозните увеити се извършва в зависимост от доказаната етиология – херпес, токсоплазмоза и др. като схемите на лечението са с продължителност от няколко дни до няколко месеца и в повечето случаи в остра фаза болните се хоспитализират. Лечението на неинфекциозните /автоимунни/ увеити, асоциирани със серонегативни спондилоартропатии, болест на Бехчет, саркоидоза или идиопатични се извършва с кортикостероиди или имуносупресори по различни схеми с продължителност 12-24 месеца.</p>	Не се приема	<p>Предложението не е подкрепено с оценка на потребностите (брой пациенти с показания), необходими финансови ресурси и др. Видно от предложението и мотивите към него, касае се за заболявания, изискващи болнично лечение в остра фаза или лечение с продължителност до 24 месеца. За посочения период за лечение то може да бъде осъществено в рамките на действащите механизми за насочване на пациентите по преценка на ОПЛ към специалист.</p>
4	<p>Столична колегия на БЛС Вх. № 62-00-25/ 28.02.2018.</p>	<p>4.1. Предложения за неприемане на промените, свързани с профилактиката на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Женско здраве</li> <li>2. Сърдечно-съдови заболявания</li> <li>3. Диабет.</li> </ol> <p>Мотиви:</p>	Не се приема	<p>Направени са коментари, без да има конкретни предложения по проекта на нормативен акт.</p>

		<p>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.</p> <p>За да се случи тази промяна и да бъде ефективна е необходимо да гарантирате публично изпълнението на няколко условия:</p> <p>В бюджета на СИМП трябва да 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/.</p> <p>Дори да приемем, че през такъв преглед ще преминат само половината от подлежащите, необходимата сума е около 7 млн. лв.</p> <p>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 планиран и да не подлежи на регулация и последващи санкции.</p> <p>Посоченото трябва да важи за всички, свързани с профилактиката и диспансеризацията дейности, които не зависят от решението на лекаря, а са вменени в разпоредба. Въведената задължителна консултация със специалист по акушерство и гинекология е напълно излишна, тъй като това е абсолютна индикация за преглед /който може да е вторичен освен ако резултатът от цитонамазката не</p>		
--	--	--	--	--

		просрочи времето за вторичния преглед/ Няма лекар, който в този случай да не консултира пациентката с акушер-гинеколог.		
		<p>4.2. Същите са мотивите ни и за „Дейности, осъществявани от ОПЛ по време на профилактичния преглед“ – накрая е добавено „При много висок риск, определен по SCORE системата – задължителна консултация със специалист по кардиология“. 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. Въздействието на ОПЛ е 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. Но ако пациентът има диабет или артериална хипертония, те се лекуват и наблюдават диспансерно по съответния алгоритъм, нормативно определен от същата наредба. 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>Становището ни по предлаганата промяна е, че трябва да отпадне, тъй като е професионално медицински необоснована, води до отрицателен</p>	Не се приема	Заложена с проекта промяна за провеждане на задължителна консултация със специалист по кардиология при установен много 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.

		резултат на съотношението цена/ефект, удължава и усложнява пътя на пациента, не осигурява продължителност на проследяването и др		
		<p>4.3. Подобни са мотивите ни и по отношение на „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>У нас FINDRISK се изчислява при всички над 18 годишна възраст, въпреки препоръките това да става над 40-45години, което значително подобрява скрининга.</p> <p>Всички тези дейности се извършват от ОПЛ.</p> <p>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?</p> <p>Икономически обоснован ли е този разход, който би лишил от възможност за преглед при ендокринолог наистина нуждаещ се пациент?</p> <p>Становището ни по предлаганата промяна 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.</p> <p>Вместо това предлагаме при наличен ресурс вместо КЗП да се изследва гликиран хемоглобин.</p>	Приема се по принцип	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.
		<b>4.4. Ново предложение:</b>	Не се приема	Направеното предложение не обосновава избора на таргетната група

		<p>Към лабораторните изследвания на кръв при профилактичен преглед:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>		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.
5	Доц. Диана Петкова, Българско дружество по белодробни болести Вх. № 26-00-487/02.03.2018.	<p>5.1. Годишният брой диспансерни прегледи за ХОББ от 2 да станат 3. Добавянето на 1 диспансерен преглед годишно се очаква да намали с около 20 % броя на пациентите, нуждаещи се от хоспитализации.</p>	Не се приема	Не е представена медицинска обосновка на предложението за увеличаване на броя диспансерни прегледи при ХОББ. Няма дадена и мотивировка за очакваното намаление на броя пациенти, които ще се нуждаят от хоспитализация при провеждане на един допълнителен диспансерен преглед годишно.
		5.2. Болните с диагностицирана белодробна тромбемболия да могат да бъдат проследявани и контролирани и от специалисти по пневмология и	Не се приема	Неясно предложение и мотиви към него. Заболяването с МКБ код I26.9 „Белодробна емболия без споменаване на остро белодробно сърце“ не е

		<p>фтизиатрия с възможности за предписване на антикоагулантна терапия.</p> <p>Над 80% от пациентите с белодробна тромбемболия /немасивна и масивна форма/ се лекуват в пулмологични отделения и клиники. Необходима е непрекъснатост и проследяване на тези пациенти. В действащата Наредба № 38 от 2004 г. /Приложение № 7/ са пропуснати и е необходимо да се добавят МКБ код I26.9 и кодът на специалист по пневмология и фтизиатрия /19/, който също назначава терапия на ЗЗОЛ над 18 г.</p> <p>Считаме, че с това се ограничават възможностите за провеждане на антикоагулантно лечение на пациенти с белодробна емболия, и не се позволява на специалистите по пневмология и фтизиатрия да назначават лечение, за което те имат необходимата компетентност. Неслучайно голяма част от болните с белодробна емболия се хоспитализират по клинични пътеки в пневмологични клиники/отделения в университетски или многопрофилни болници. Понастоящем наредбата не предвижда доболнично диспансерно наблюдение и тези болни се наблюдават и лекуват от специалисти кардиолози.</p>		<p>включено за диспансерно наблюдение в наредбата. В предложението не са посочени алгоритъм за проследяване, очакван брой пациенти и необходими финансови средства за тази нова дейност.</p> <p>Въпросът за регламентиране на видовете специалисти, които изписват лекарствени продукти за заболяването, не е обект на наредбата.</p>
--	--	--	--	---