

Приложение 2

Уважаеми дами и господа,

В приложение № 9 към чл.12, ал. 7:

Мотиви за консултативните дейности по преценка:

- 1. Диспансерното наблюдение на хронично болния трябва да бъде ориентирано към неговите индивидуални нужди, а не схематизирано, защото схематизацията на задължителните консултации не допринася за по-добрата компенсация на хроничните заболявания.*
- 2. Ако за цел на лечението е качеството му и общопрактикуващите лекари ще се оценяват по него, и как е компенсиран хронично болния пациент, следва ОПЛ да има свобода в преценката, консултацията и лечението. Не може да има качество, ако няма свобода в действието. Така се преценява качеството на работа на ОПЛ – налице е добър резултат без консултации или има добър резултат, или пък лош, дори след консултации. Всъщност лесно доказуем факт е, че задължителната консултация не гарантира по-добри резултати.*
- 3. След като наблюдаващият лекар е в чест контакт с пациента, е редно той да предлага корекциите, преценявайки лечението и познавайки пациента, а при недостижати цели да назначи консултация с конкретни искания.*
- 4. Няма друга държава в света, дори с многократно повече средства за здравеопазване, в която да съществува правило за задължителна консултация, в която да се negliжира професионалното решение на лекуващия лекар. В този смисъл настояването за такива разходи би могло да се тълкува като разхищение.*
- 5. В национално, многоцентрово, проспективно научно изследване, осъществено през 2014 година в България сред общопрактикуващи лекари и кардиолози относно лечението на артериална хипертония на пациенти от реалната практика(Проф Д.Раев и сътр.) се доказва, че няма съществена разлика в предпочитания антихипертензивен клас медикаменти при общопрактикуващите лекари и кардиолозите с изключение на Бета-блокериите, където иницирането на терапията е по-целесъобразно при ОПЛ. Всъщност вече 15 години ОПЛ ежедневно правят това –проследяват състоянието на и лекуват лица със захарен диабет и с артериална хипертония като ги преглеждат, назначават съответната терапия и изследвания и консултират, когато има необходимост от това.*

6. *Отпадането на задължителните консултации ще освободи време за диспансерно наблюдение за изпълнителите на СИМП на лица с усложнения на хроничните сърдечно-съдови заболявания, което ще доведе до редукция на хоспитализации, както и ресурс за консултации при остри състояния. При сегашните правила тези лица най-често получават отказ от изпълнители на СИМП за диспансеризация, а броят им е много голям. Важно е да бъде увеличена цената на диспансерния преглед при СИМП, което е предмет на НРД. Така ще се подобрят условията за наблюдение и грижи за лицата с усложнени хронични заболявания. Ще се подобрят здравните ефекти.*
7. *Консултациите са инструмент за решаване на диагностично-лечебни проблеми и контрол на състоянието на пациентите. На тях не трябва да се гледа основно като на финансов документ и начин на добиване на приходи.*

Текстът от дейвалата до скоро Наредба № 40 на МЗ е изключително смислен и коректен в тази връзка **„осъществяването на конкретно изследване или консултация се извършва по преценка на лекаря съобразно вида на заболяването и индивидуалните нужди на пациента в рамките на посочените видове и общ годишен брой”**.

Преценката е не резултат от разписани условности или критерии. Медицинските познания не са обект на нормативната уредба. В този смисъл, преценката на необходимостта е резултат от тези знания и опит, въз основа на които всеки лекар ежедневно взема решения за здравето на пациентите си и носи своята отговорност. Нормативния акт урежда възможността да се извършва това действие в определен обем съобразно финансовите възможности на системата. За наблюдаваните диспансерно хронични заболявания у нас ОПЛ имат множество курсове на обучение, посещения на научни конференции, обновени ръководства за поведение при пациенти с хипертония, захарен диабет тип 2, дислипидемии и др..

С така предлаганите промени ще се подобри нивото на качество на здравните услуги, свързани с диспансеризацията на пациенти с хронични заболявания, което е един от мотивите на проекта за наредбата. Вторичен ефект ще е освобождаване на финансов ресурс в СИМП, с който би могло да се увеличи цената на прегледите например или да се пренасочи към острите заболявания.

Относно наблюдението на I10:

Преди ерата на НЗОК и МКБ 10, диагнозата "хипертония" се изписваше едновременно по трите класификации: най напред етиологичната, след нея по настъпилите усложнения и най накрая по степента на достигнати стойности на артериалното налягане. "Есенциална хипертония, II стадий с хипертонично сърце със сърдечна недостатъчност , III степен". Както се вижда есенциалната /първична/ хипертония с МКБ код I10 може да е тежка хипертония с наличие на усложнения от страна на сърцето и другите органи и това налага провеждането на диспансерно наблюдение с минимум четири прегледа годишно.

Поради тези причини не е основателно и е неправилно да се намалява броя на диспансерните прегледи на болните с есенциална хипертония.

Относно наблюдението на заболяванията с рубрика E11:

Да отпадне (при HbA1c > 7,0%). Мотиви: Съвсем различни са таргетните стойности при различни пациенти в зависимост от възрастта на пациента, съпътстващите заболявания и усложнения на диабета и очакваната продължителност на живота. Например HbA1c 6.0–6.5% - при пациенти с малка давност на заболяването, с голяма очаквана продължителност на живота, без значимо сърдечно-съдово заболяване и ако това ниво може да бъде постигнато без значим риск от хипогликемия или други странични ефекти на терапията; HbA1c 7.5–8.0% - при пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана по-малка продължителност на живота, авансирани усложнения, множество съпътстващи заболявания. Вижда се, че преценката е изкуство и е необходима свобода на лекаря, а не схема, при това с неправилно посочени условия.

Относно консултацията с офталмолог при заболяванията с рубрики I10 и I11

Тези консултации след като идентифицират ангиосклерозата на съдовете в ретината, което има значение към стадирането на хипертонията, след това не водят до терапевтични корекции и до здравни ефекти, което поставя препоръчването им под въпрос. Може би само при млади хора без други заболявания, както е отразено в последните консенсуси.

Към § 2 т.6 да се добави: Информацията може да се представи във вид на електронно съобщение (препратка към сайт).

Мотиви: Електронната информация става все по-предпочитана пред хартиената. Обемът на цялата информация, която следва да се изнася на хартия от ОПЛ вместо осигурителната институция, е огромен и излагането и на общодостъпно място е най-малкото неестетично решение, а също и неефективно.

Към чл.4 ал.4 от Наредба 39 след „детски болести“ да се запише „обща медицина“

Мотиви: Условие за практикуване като общопрактикуващ лекар е придобиване на специалност обща медицина, промоцията и профилактиката са присъщи на първичната помощ и се изучават подробно при придобиването на специалност обща медицина.