



Изх. № 30 / 28.08.2020 г.

ДО:
ПРОФ. Д-Р КОСТАДИН АНГЕЛОВ, ДМ
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДО:
ДОЦ. Д-Р АНГЕЛ КУНЧЕВ, ДМ
ГЛАВЕН ДЪРЖАВЕН ЗДРАВЕН ИНСПЕКТОР

ДО:
ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

ДО:
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА БЛС

КОПИЕ ДО:
Д-Р НИКОЛАЙ БРЪЗАЛОВ
ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛ НА БЛС

АНАЛИЗ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ОТНОСНО СИТУАЦИЯТА С КОВИД-19

Анализът и предложенията са извършени при съобразяване със следното:

- Какво се случва в останалите страни по света не може да бъде основа за сравнение, а и в повечето случаи са лош пример и за предприемани действия (различна демографска структура, социалноикономически статус, култура; трудното за САЩ все още решение по отношение на маските и др.).
- Пълното съзнание, за доминиращият глобален икономически интерес, доминиращ над здравния, въпреки опитите за прилично представяне на последния.



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplb@gmail.com <http://www.nsoplb.com>

- Неадекватността на математическите модели (особено у нас), които не е уместно да се ползват дори като прогностичен метод. Все още има доста променливи и неизвестни в уравнението, за да се разчита на този подход.
- Достатъчна част от представяната в световен мащаб статистика, за да не бъде пренебрегвана, е „изкривена“ (една от причините са различните критерии, по които се определят дадени величини в различните страни, както и признанието за несъвършенства в самите критерии, направено от някои държави, например Обединеното кралство по отношение на дефиницията „починал от КОВИД-19“).
- Грешното разбиране и създаването за усещане за съревнование между различните държави.

Прави впечатление обаче, че на фона на живописното представяне на страховитата ситуация в света и особено в някои дежурно смятани за пример във всички държави, предприеманите мерки там, а и въобще, са твърде меки (ако въобще може да става дума сериозно за такива) и оправданието е страшната икономическа криза, която пък се подхранва от страха, създаван от същите хора, които не предприемат мерки. В същото време, същите тези страни, налагат карантини и задължителни тестове за влизащите от България, в която положението е значително по-добро. Вниманието е фокусирано върху очакваните ваксини (интересен момент е появата на руската, но това е отделна тема за коментар) и дори вече са разпределени огромни средства за нещо, което не е налице. Никой не се замисля: „Дали хората ще се затичат да се ваксинират масово? Твърде е възможно да няма очаквания ефект на наплив от желаещи да се ваксинират. Някак си позатихна еуфорията около симптомите на КОВИД, както и търсенето на поне донякъде специфично лечение. На този фон, все още не е достигната най-високата смъртност от грипна пандемия (близо 650 000 човека в световен мащаб), като не трябва да забравяме, че грипът никога не е бил мониториран и диагностициран под такава „лупа“, което естествено предопределя съществуващите данни като недостатъчно достоверни и вероятно по-малки от реалните. Много още може да се обсъжда по тези теми, но те не са обект на този документ.



Да не забравяме

- Без да абсолютизираме, но се оказва, че времето (слънце-греенето) не влияе върху новия вирус.
- Няма специфично лечение.
- Все още няма и ваксина/и (освен руската). Но и да се появят, технологията по прилагане и моментът на достигане на ефективност (индивидуална, както и постигане на групов имунитет) е доста изтеглено напред във времето, като за груповия имунитет е много, много далеч. Например, покритие от поне 75% от населението за България означава близо 5 200 000 човека при заявени 2 000 000 ваксини. Но не толкова количеството е проблем, колкото технологичното време за логистиката, свързана с ваксинирането, както и вече споменатите фактори, а и други.
- У нас, а и в половината свят идва сезонът на грипа и други остри респираторни заболявания.
- Антигенните и тестовете с антитела не са решаващи толкова за лечението, колкото за потвърждаване на диагнозата и още по-точно за инфектиране или не с новия вирус и са полезни за епидемичната оценка, която въпреки важността си, отстъпва по значение на основния диагностично-лечебен процес. Това е сериозен аргумент за преосмисляне на тяхното масовото тестване. В тази посока са и последните препоръки на CDC.
- До момента, вирусът не търпи „зловредни“ мутации. Много е вероятно дори да настъпват „добри“ мутации (може да са валидни само за определени региони в света), т.е. такива които водят до намаляване поне на контагиозността на вируса.
- Няма как да се въведат мерки, срещу които има явна или скрита съпротива, но независимо от причината не се спазват стриктно и по-малкият ефект е предопределен.

Ситуацията в България

- Нищо необичайно в разпространение на заболяването – няма „приливни вълни“, а незначителни флукуации с очертаващ се в последно време тренд към занижаване, което е обнадеждаващо.
- След допълнително прецизиране на начина на събиране на данните и тяхната обработка, както и представяне, е много вероятно картината да е дори по-добра. На този фон,



обществото трябва да бъде подготвено за „информация“, свързана с увеличаване на заболяемостта през есента и зимата, която най-вероятно няма да се дължи на „втора и ента вълна“, а на затварянето на хората на едно място при минималната употреба на ЛПС, както и на добавените други вирусни инфекции, включително грип, което ще създаде предизвикателства при диференцирането на съответните заболявания и тяхното регистриране.

- Реалните противоепидемични мерки у нас са препоръката за носене на маски на обществени места и усилен лична хигиена (миенето на ръцете и дезинфекция), които всъщност са и най-адекватните и биха имали още по-значим ефект ако се спазваха достатъчно стриктно, тъй като въпреки минималната степен на съобразяване с тях резултатите за България са добри.
- Ограниченията за 50% капацитет в кина, театри, конференции и др. са абсолютно неоснователни. Необходимо е при пълен капацитет да се носят маски. Не е необходимо в подкрепа на това твърдение да правим сравнителен анализ между мерките, валидни за увеселителните, заведенията за хранене (ресторанти и подобни) и от друга страна залите за културни развлечения и конференции. Видя се също, че футболните срещи, протести и подобни не „взривиха“ заболяемостта.
- По-резките флукутации в заболяемостта се дължат на новопоявяващи се огнища и продължават до овладяването им. От значение също е и броят на извършените тестове, но така или иначе делът на доказани случаи в последните близо 2 месеца е около 3%.
- Въпрос, който трябва да се изясни е източникът на инфектиране при здравните работници! Както и колко от тях са активни в момента, оздравели, починали и в какви части на системата работят.
- Ефектите от КОВИД върху здравето, както и групите в повишен риск не се различават от установеното в световен мащаб въпреки някои изключения, които обаче не определят правилото.
- Липса на контрол върху контролиращите органи, които се явяват и изпълнители.
- Съществуващата система за регистрация не е достатъчно “user-friendly” и не влиза в достатъчна степен на употреба, което не пречи на и не означава, че лекарите и в частност ОПЛ не си вършат работата. В този смисъл, писма от РЗИ, които „подсещат“ за ползването на системата, тъй като ще бъдем контролирани, не са подходящо решение, нито мотив.



Каквото и да се прави трябва да е със съзнанието, че ние не можем да „преборим“ вируса, а да се опитаме да ограничим щетите, които и в момента обективно не са големи предвид факта, че КОВИД е **ново** заболяване, което носи със себе си и **заболяемост, смъртност, други здравни и икономически щети, които също са нови и добавени към сега съществуващите и добре познати.**

- I. **Действия за осигуряване на ефективност и ефикасност на работата в системата на здравеопазването, свързани с епи-пандемията. Въпроси за отговор и казуси за решение.**

Извънболнична помощ и свързани структури

1. **Трябва да се даде ясна и справедлива дефиниция на т.н. „първа линия“ при работа с КОВИД, за да се знае кои медицински специалисти (всякакъв вид, вкл. и санитарите и хигиенисти) отговарят на дефиницията и да се определят действия за и спрямо тях.**
 - **По своя смисъл „първа линия“** или „лекар/лице на първи контакт“ (справка – англосаксонската медицинска литература, откъдето са заимствани термините и се ползват години преди появата на КОВИД) е медицинският работник, който първи се среща с пациента и неговото заболяване или здравен проблем, въобще, в преобладаващия брой случаи. Това са Спешната помощ (СП), ОПЛ, лаборатории и конвенционална образна диагностика (по-рядко други). Тук безусловно са и хората, които вземат проби за тестовете, независимо от мястото на извършване на манипулацията. Следователно, по дефиниция, екипите в КОВИД отделенията са „втора линия“, а в Интензивните отделения – „трета или втора (ако пациентът се явява в състояние, което налага директно интензивни грижи“, което не означава липса на риск, както и не поставя под съмнение или омаловажаване на неблагоприятните условия за извършване на дейността особено в КОВИД-отделенията (режим на работа, екипировка и др.).
 - **Ниво на защита.** Като оборудване и стриктна употреба, най-високо ниво на защита е осигурено в КОВИД отделенията, следвани от СП и РЗИ (които са обявени за първа



линия). Но в ПИМП – защитата определено е на ниво маска (най-често от хирургичните), шлем и миене на ръце и дезинфектанти.

- **Финансово осигуряване на защитата.** За ПИМП е изцяло за собствена сметка, за разлика от всички останали или преобладаващата част от тях. Няма да коментираме разпределението на даренията – финансови и материални, за които ПИМП също не бе поле за разпределение (с някои незначителни, малко на брой, които не променят ситуацията изключения), както и липсата на публично оповестяване на това разпределение.
- **Степен на риск.** Логично е, рискът да е по-висок там, където има неяснота. Това, всъщност, е истинската „първа линия“ – предимно ПИМП, СП, лаборатории и конвенционална образна диагностика, тъй като се работи с неселектирани пациенти – липсва достатъчно ясна клинична констелация и всеки един пациент може да е с КОВИД. В този смисъл, в КОВИД отделенията, например, няма изненади.

По никакъв начин не трябва да се подценява степента на неудобство, в която са принудени да работят колегите от КОВИД отделенията, но основанието за допълнително финансово стимулиране там би трябвало да бъде „неблагоприятни“ условия на труд, но не „първа линия“. За спешна помощ – „първа линия“ или високорискови условия на труд.

В ПИМП не се получават целеви средства (било за ЛПС или като възнаграждение) с аргумента, че ОПЛ не са „първа линия“, тъй като има забрана на пациенти със съмнителни за ОРЗ оплаквания да ни посещават (все още валидна заповед). ОПЛ работят чрез директен контакт (преглед очи в очи) и индиректен (телефонна консултация, контрол на карантинирани, които и в момента са над 4000, а до сега около 280 000 – добре е да се провери точно този брой). Немалка част от пациентите не спазват ограничението за посещение при лекаря, а и никой не припомня за това ограничение публично. По-ефективен е контролът върху спазването на вече определена карантина. Възниква въпросът, доколко е ефективна забраната за посещение при лекар и има ли смисъл, след като не се прилага, а и какъв е ефектът от приложението? Добре би било да бъде обсъдено.



Решения

Въвеждане на ред в терминологията относно първа, втора или друга линия, която иначе е подвеждаща както смислово, така и при формирането на политики и вземане на решения, свързани с работата на ОПЛ и др.

ПИМП, лаборатории, образна също да бъдат дефинирани като „първа линия“. Основанията са ясно формулирани по-горе.

2. Действия на ОПЛ и колаборация с останалите структури. Пътят на пациента.

Следващите идеи са представени с ясното съзнание, че идеален вариант няма. Разковничето е в добрата преценка и поемане на умерен риск без да се изпада в крайности, при съобразяване с човешките, организационни, финансови ресурси, както и определяне на разумни цели за резултатите в условия на трудно предвидимо бъдеще с доста променливи и неизвестни.

Коментарите са предвид скоро настъпващия сезон на грипа и други вирусни респираторни инфекции,

- **които могат да се представят с 1-2, повече или цялата палитра от симптоми** като повишена в различна степен температура, главоболие, отпадналост, миалгия, артралгия, кашлица (по-често суха или с оскъдни хрипки), възпалено гърло, назална конгестия и секрети от носа, диарични изхождания. Отделно споменаваме по-типичните за КОВИД и по-ранни симптоми като задух или усещане за недостиг на въздух, учестено дишане, загуба на обоняние и/или вкус, но същите биха могли да се появят и в останалите случаи. Общото между повечето от тях е невъзможното обективизиране (особено при телефонна консултация), както и документиране. Донякъде същото се отнася и за кислородното насищане, при което трябва да се имат предвид особено придружаващи хронични респираторни заболявания при интерпретация на резултатите и т.н.
- **броят на пациентите с грипоподобни оплаквания ще бъде завишен**

Въпроси, които изискват решения, за да бъде уточнен пътят на пациента

2.1. Кой от пациентите, потърсили ОПЛ или друг лекар, да бъде тестван за първи път и по чие назначение, с каква цел и с какъв тест, и кога да бъде извършен тестът? Кой и при каква



логистика извършва тестовете? Посочените решения касаят тестове, заплащани от НЗОК, средства от ЕС, дарения или други източници (в останалите случаи да е указано изрично кой ги заплаща)

2.1.1. *Кой да бъде тестван?*

- А) Всички пациенти с поне едно оплакване (както е в настоящата заповед на МЗ от 14 август)
- Б) Само тези с констелация от оплаквания (посочени конкретно*)
- В) Контактни на доказано болни или на носители на SARS-CoV-2 (семейна среда, работна среда с близък контакт, огнища – клъстър). Били са в контакт с доказания случай в периода от 48 часа преди появата на симптомите на същия до 10 дни след появата на симптомите. И от всички посочени, дали да не се тестват само тези, които са с подлежащо заболяване и/или възраст, която ги поставя в повишен риск от нежелан изход от КОВИД-19
- Г) Пристигнали от страна с висока заболяемост ако подлежат на карантина и не са проявили оплаквания само в случаите, когато пътуването е било свързано със служебен ангажимент (провеждането на тест в първите няколко дни от карантината би струвало по-малко на бюджета, отколкото изплащането на БЛ за 14 дни).
- Д) Без оплаквания, но пожелали тест, независимо от причината

***За КОВИД-19** липсва патогномонична констелация от симптоми или симптом. Най-често срещани с различна степен на представяне са температура, кашлица, отпадналост, миалгия, загуба на обоняние и/или вкус, затруднено дишане или недостиг на въздух с или без учестено дишане (задух), главоболие, но никое от тях не се проявява във всички случаи, а диария, световъртеж, назална конгестия, конюнктивит (при децата) и др. са още по-редки.

2.1.1.1. Първоначален PCR тест се провежда при пациент с наличие на поне четири от изброените критерия. (Подлежи на обсъждане)

1. Новопоявила се температура
2. Новопоявила се кашлица
3. Новопоявила се силна отпадналост
4. Новопоявили се загуба на вкус и/или обоняние
5. Новопоявило се затруднено дишане или недостиг на въздух



6. Миалгия

7. Кислородно насищане <92% или <88% (ако пациентът е с ХОББ) при проведена пулсоксиметрия

По публикувани в различни източници данни за България, които са изключително инсуфициентни по отношение на сезонен грип и остри респираторни инфекции, през 2–3 месеца „грипен“ сезон около 1 000 000 пациенти със съчетание от някои от изброените критерии търсят лекарска помощ което означава 60 000 000 лв. за тестове по цени на НЗОК, което е близо годишния бюджет за МДД, а този бюджет не включва само лабораторни изследвания. Т.е., наложително е допълнително финансиране и от други източници, както и посоченият или още по-прецизен подбор на изискуема констелация от брой и вид критерии.

Полезно би било, за сезона на грипа, да се обмисли алгоритъм на поведение, при който да се изследва първоначално наличието на грипни вируси поне в част от случаите.

2.1.1.2 Първоначален PCR тест се провежда при пациент с рентгенографски или СТ данни за вирусна или друга пневмония, независимо от симптомите.

Решение

- На тестване подлежат само пациентите, отговарящи на условията в т. Б) и В). Условията за т. Г) са дискутабилни и е добре да се обсъдят.
- По т. Г) (възможност) и т. А) и Д) финансирането е за сметка на лицето или работодателя.
- ОПЛ нямат ангажимент към здравнонеосигурените лица по смисъла на 330 (освен ако прегледът не се заплати от самите тях или целево от бюджет извън този на НЗОК). Същото важи и за заплащането стойността на диагностичните тестове и свързани с тях други, както и лечението.

Отделно е наложително да се обсъди тестването на пациенти преди хоспитализация.

Необходимо е да се обмисли тестване (заплащано през съответен източник – не от пациента), независимо от повода, ако пациентът е с новопоявили се оплаквания, съответстващи на посочените критерии, които не биха могли да се дължат на основната причина за хоспитализация или е бил контактен по дефиницията на 2.2.1. В)



2.1.2. Кой назначава теста?

Решение

- Всеки ОПЛ, потърсен от свой пациент, който отговаря на посочените в т. Б;В) критерии Г) (след окончателно решение) в 2.1.1.
- всеки лекар от системата на здравеопазването, който има сключен договор с НЗОК/РЗОК, както и от СП, който е осъществил първи контакт с пациента и ако пациентът отговаря на условията в т. Б;В) критерии Г) (след окончателно решение) в 2.1.1.

Информация за преобладаващия брой симптоми може да бъде придобита чрез телефонна (индиректна) или в присъствието на пациента (директна) консултация, като първата е препоръчителна.

2.1.3. Цел на тестването

- А) Диагностична (потвърждаване на заразяване или евентуално изчистване от активен вирус)
- Б) Епидемиологична

Решение

- Само с диагностична цел, съобразно 2.1.3. А) Епидемиологична, доколкото касае овладяването на „огнище“ или контактните от най-близкия кръг на инфектираното лице.

2.1.4. Вид тест

- PCR (по възможност, доказващ наличие на жив вирус, а не вирусни частици). Тук могат да дадат компетентно колегите от клинична лаборатория и вирусолозите.

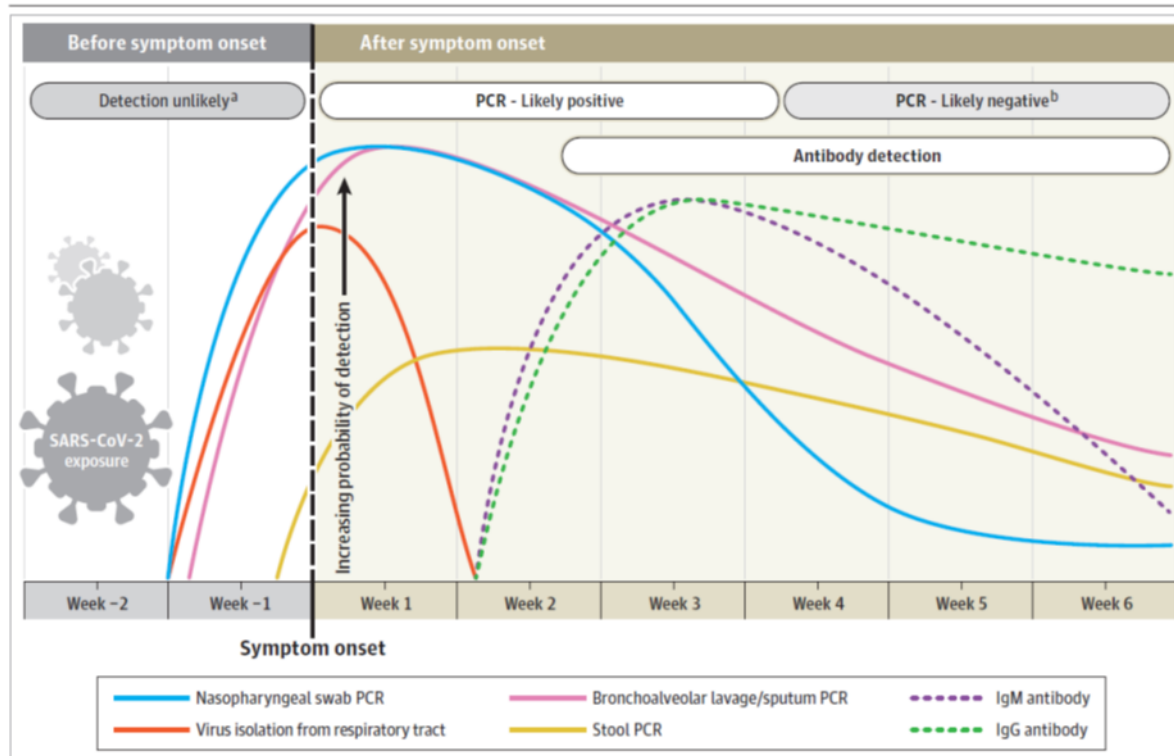
2.1.5. Кога да бъде извършен първи PCR тест при условие, че пациентът отговаря на уточнените критерии в 2.1.1.

Решение

- По възможност на 1-я ден след появата на оплакванията, но не по-късно от 4-я. Резултатите трябва да са готови още на следващия ден. До излизане на резултата от теста пациентът остава под карантина- самоизолация

- (временна нетрудоспособност). Продължаването на изолацията и последващия път на пациента зависят от резултата и обективното състояние.
- При контактни – не по-рано от 7-я ден от контакта. (предвид средния инкубационен период от 5.2–5.5 дни +2 дни, през които инфекцираният-източник е бил безсимптомен заразносител)
 - При карантинирани по повод пристигане от страна с КОВИД – в деня на или след завръщането ако престоят е бил над 7 дни.

Figure. Estimated Variation Over Time in Diagnostic Tests for Detection of SARS-CoV-2 Infection Relative to Symptom Onset



Estimated time intervals and rates of viral detection are based on data from several published reports. Because of variability in values among studies, estimated time intervals should be considered approximations and the probability of detection of SARS-CoV-2 infection is presented qualitatively. SARS-CoV-2 indicates severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; PCR, polymerase chain reaction.

^a Detection only occurs if patients are followed up proactively from the time of exposure.

^b More likely to register a negative than a positive result by PCR of a nasopharyngeal swab.

2.1.6. Логистика

Включва определяне действията на лекаря и пациента до установяване на основанията за извършване на тест, действия за провеждане на изследването/изследванията и



последващи мерки. Неразривна и важна част е проблемът с *временната нетрудоспособност*.*

Цели: бързина, ефективност и ефикасност.

**Временна нетрудоспособност.* Към МЗ е сформирана група с „амбициозната“ цел да създаде критерии за определяне на броя дни временна нетрудоспособност при различни заболявания чрез промени в съответната наредба. Най-общо, нашата реакция към това е следната: РЗИ, НЗОК, работодатели и който друг желае и е компетентен, да определят самостоятелно продължителността на временната нетрудоспособност (да определят броя на дните, необходими за оздравяване или възстановяване на работещите), да издават болничните листове и да носят отговорност за изхода от заболяването на пациента. Това обаче няма да сме ние лекарите и в частност ОПЛ. Ситуацията с КОВИД доказва очевидно, колко е важно, дори леко протичащо заболяване, при определени случаи, да бъде съпроводено с една твърде продължителна изолация на пациента.

2.1.6.1. *Действията на лекаря и пациента до установяване на основанията за извършване на тест.*

- **Пациентът се обажда на лекаря по телефона.** Снема се епидемична анамнеза, обсъждат се оплакванията, преценява се необходимостта от назначаване на PCR тест или от директна консултация, като при възможност се уговаря точен ден и час.
- **Пациентът не се е обадил на лекаря по телефона и се извършва директна консултация (дори и с уговорен час)** в амбулаторията – кабинета (независимо от повода). Снема се епидемична анамнеза, обсъждат се оплакванията, преценява се необходимостта от физикален преглед, назначаване на PCR или други тестове и изследвания. При директната консултация пациентът и лекарят задължително ползват ЛПС.
- **Ако и в двата описани случая е взето решение за изследване чрез PCR тест,** същият се провежда на съответното място за тестване (лаборатория или друго, например пунктове за пробонабиране*, ако бъдат създадени такива). **Пациентът се придвижва** до там от и обратно до дома си като носи ЛПС. До момента на доказване на инфекция, при условие, че носи маска и спазва правилата за дезинфекция, няма основание пациентът да бъде транспортиран със



специализиран транспорт, както и след това, дори при положителен тест, освен ако обективното му състояние не го налага.

**Пунктове за пробонабиране.* Те са удачен вариант при условие, че се увеличи броят на хората с оплаквания. Това са специално поставени конструкции на определени места, в които са взимат проби за PCR тест, които впоследствие се обработват в съответните лаборатории. Пробите могат да се взимат и от обучени немедицински лица (навсякъде съществува възможност, проби да се взимат и в дома от самите пациенти, справка NHS, UK). Ако не се стигне до увеличаване броя на пациенти с оплаквания, налагащи тестване, пунктове могат да се разположат само в райони, където достъпът е наистина затруднен (фактор отдалеченост, нисък социалноикономически статус и др.).

Предимства: скъсява пътя на пациента до мястото за пробонабиране, респективно възможността за разпространяване на възможна инфекция и спестява неудобството за ЛЗ от въвеждането на специални предпазни мерки (коридори – времеви и териториални, за разделяне на потоците), както и елиминира възможността от разпространяване на инфекцията в ЛЗ, свързана с тази дейност.

Недостатъци: Налага транспортиране на материала до съответна лаборатория (но сега това също е налице в доста случаи, когато няма налична лаборатория за изследване) и изисква допълнително финансиране (все пак има заделени „европейски“ средства за борба с КОВИД-19).

2.1.6.2. Технология на назначаване на PCR тест, както и други необходими изследвания и събиране на данни. Възможност е да се ползва системата COVID.ID, но са необходими нововъведения, подобрения и уточняване на детайли.

ПЛАТФОРМА (СИСТЕМА) COVID

- ✓ Няма да коментираме сегашния вид и съдържание в детайл, а **какво трябва да включва и какви функционалности трябва да има системата, за да се повиши ползата от нейната употреба.**
- 1. Системата се ползва от всеки медицински специалист, който назначава PCR или проследява състоянието на пациента в домашни условия.



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplbg@gmail.com <http://www.nsoplbg.com>

- Отразява и проследява данните за всеки, който е контактен, под карантина, с назначен PCR, съобразно критериите (резултат от теста), резултат от образно изследване или друго лабораторно изследване (ако са извършени), лечение – домашно, хоспитализация.
- Съответно на етапа, в който се намират пациентите в процеса на диагностика и лечение, те биват разделени на: *Контактни* (при клъстери и семейства); *под карантина* (а/ завърнал се от чужбина, б/ контактен на инфектиран със SARS-CoV-2, в/ на домашно лечение за КОВИД-19, г/ оставени в дома за долекуване след дехоспитализация с КОВИД-19), *хоспитализиран* за КОВИД-19; *вероятен случай* (наличие на констелация от оплаквания – критерии, но липса на потвърждение с PCR), *изход* от заболяването.
- Съдържа данни за пациента и лекаря/те (табл.1)

Табл.1	За пациента		За лекаря/те
Лични данни			
ЕГН			
адрес (по лична карта)			
<u>Здравноосигурен</u>			
ДА			
НЕ			
УИН			
ОПЛ			
Друга специалност			
контактен	ДА	НЕ	
<i>в клъстер</i>			
<i>в семейство</i>			



под карантина	ДА	НЕ (при избор на НЕ полетата за карантина се деактивират)	
<i>начало – дата</i>			
<i>край – дата</i>			
Основание за поставяне под карантина	ДА	НЕ	
<i>завърнал се от чужбина</i>			
<i>контактен на инфектиран със SARS-CoV-2</i>			
<i>домашно лечение за КОВИД-19 (състоянието не налага хоспитализация с КОВИД-19)</i>			
<i>долекуване в дома след дехоспитализация с КОВИД-19</i>			
вероятен случай			
назначен първи PCR поради наличие на констелация от оплаквания – критерии, но липсва резултат	ДА	НЕ	
PCR, назначен от			
<i>ОПЛ</i>			
<i>Лекар от друга специалност</i>			
PCR – източник на финансиране	ДА	НЕ	
НЗОК			
Друг източник (да се изброят, включително и заплатен от пациента)			



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
 Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplbg@gmail.com <http://www.nsoplbg.com>

Потвърден случай	ДА	НЕ	
хоспитализиран за КОВИД-19	ДА	НЕ (при избор на НЕ полетата за хосп-я се деактивират)	
<i>постъпване – дата</i>			
<i>изписване – дата</i>			
необходимост от извозване с екип на СМП	ДА	НЕ	
Заявка за извозване – изпълнена			
резултат от първоначален PCR тест – дата			
положителен			
отрицателен			
назначен повторен PCR тест – дата	ДА	НЕ	
резултат от повторен PCR тест – дата			
положителен			
отрицателен			
PCR – източник на финансиране	ДА	НЕ	
НЗОК			
Друг източник (да се изброят, включително и заплатен от пациента)			
рентгенография на бял дроб – дата			
ДА			



НЕ		
Потвърдена КОВИД пневмония		
СТ на бял дроб – дата		
ДА		
НЕ		
Потвърдена КОВИД пневмония		
Издаден болничен лист		
ДА		
НЕ		
Изход от заболяването		
Починал		
Оздравял		

По-голямата част от данните се попълват чрез маркиране на отговора или поставяне на отметка. Полетата със свободен текст са малко, което пести време и елиминира възможността за грешки.

При промяна в статуса на пациента се добавя отметка в съответното поле, например от „възможен“ става „потвърден“, което е свързано с датата на промяна.

- ✓ **Уместно е COVID да бъде свързана с медицинския софтуер на ЛЗ в ПИМП, СИМП, БП** и наличната част от данните (например лични данни на пациент и лекар) да се имплементират автоматично в базата данни на системата, както и тези от посочените в таблицата, които са отразени в електронния амбулаторен лист на пациента в софтуера на ОПЛ или лекар от друга специалност. За лекари или други медицински специалисти, които не ползват медицински софтуер (например СП, РЗИ), въвеждането на съответните данни става директно чрез системата, като ОПЛ има достъп до данните за пациентите в своята листа. Достъп до данните на пациенти, хоспитализирани за КОВИД-19 трябва да



имат и лекарите от БП. С цел прецизност, избягване на технически грешки, бързина и удобство при работа

- ✓ **При отбелязване на „Назначен PCR тест“** съответният документ за назначаване (в зависимост от източника на финансиране на изследването) постъпва в базата данни на COV.ID, където при посещение на лицето в лаборатория или пункт за пробонабиране, изпълнителят достъпва до документа в базата данни, изтегля и изпълнява като отбелязва, че е изпълнено. След излизане на резултата, изпълнител от обработилата изследването лаборатория въвежда резултата в системата, която автоматично изпраща съобщение до лекаря, който го е назначил и до ОПЛ на пациента, че има пациент с готов резултат. Същият механизъм може да се въведе и при назначено образно или друго лабораторно изследване, отнася се и за въвеждане на резултатите от дейността и на други ЛЗ, например БП – приет/изписан и т.н. с последващо съобщение, както и по отношение на извозването.
- ✓ **Описаната функция се прилага при всички пациенти**, свързани със съмнение за КОВИД-19, независимо от вида на консултацията (директна или индиректна). В случай на директна консултация може да се издадат и документи на хартиен носител, ако изследванията се покриват от НЗОК.
- ✓ **ОПЛ може да проследи изпълнението в „Хронология“.**
- ✓ **Функция „Грешни данни“.** При маркиране на бутон грешни данни – телефон или адрес – приложението изпраща автоматично съобщение до съответната РЗИ за проверка на данните и коригирането им.

- **Предложения за бързи, първоначални подобрения в интерфейса на системата, който иначе трябва да бъде изцяло променен във връзка с направените предложения**

- ✓ **Проблем** – работният екран е изключително неудобен – много широки редове, които изискват скролиране надясно поне още един екран, за да се види пълната информация за пациент.

Решение – всеки работещ в платформата да има възможност да скрива колони, които не са му нужни за преглеждане.



- ✓ **Проблем** – няма възможност за сортиране на колоните; сега се подреждат хаотично и е объркващо

Решение – или автоматично подреждане на най-новите случаи най-горе или филтри в “главата” на всяка колона за ръчно сортиране по съответния критерий.

- **Коментар, свързан с платформата и изпращането на бързо известие според последната заповед на МЗ от 14 август**

В системата да се маркират възможен и потвърден случай. Вероятен случай, както бе посочено, е състоянието на пациента, отговарящ на критериите, докато излезе резултатът от теста, а потвърден е, когато тестът е положителен.

В системата тези данни са налични и би трябвало бързото известие да бъде получавано на момента в РЗИ директно чрез платформата. Разводняването между термините възможен и вероятен е объркващо и излишно. В заповедта не е уточнено за кой от случаите – възможен, вероятен или потвърден трябва да се подава бързо известие до РЗИ, но тъй като според дефиницията за случай всяко лице с кашлица е „Възможен случай“ се оказва, че при всеки пациент с кашлица, лекарят трябва да подава бързо известие за КОВИД-19 до РЗИ. Пациентите с кашлица, особено в „грипния“ сезон, са толкова много, че колегите от РЗИ няма да могат само да прочетат всичките бързи известия, камо ли да предприемат мерки по всяко от тях, а ние трябва превърнем в наша основна дейност писането и изпращането на известия.

Решение: В заповедта да се уточни, че бързо известие се изпраща единствено и само за „Потвърден случай“ на КОВИД-19.

2.1.6.3. **Временна нетрудоспособност (изолация).** Предлагаме при пациенти в трудоспособна възраст, които не покриват изискуемите най-малко 4 от 7-те критерия за извършване на PCR, но имат част от тях да се издава болничен лист за 3–5 дни с цел извеждане от работната среда и проследяване на състоянието. При липса на други допълнително появили се симптоми – връщане към ежедневието след изчезване на симптомите. Ако се достигне констелацията от критерии – преминава към алгоритъма с тестване. При учащи се – остават в дома, както и хора в нетрудоспособна възраст или неработещи – самоизолация за същия брой дни със същата цел.

2.1.6.4. **Индикации за домашно лечение или хоспитализация, свързани с КОВИД-19**



Индикации за хоспитализация

- Пациенти с доказана чрез образен метод, свързана с КОВИД-19 пневмония, независимо от субективното състояние на пациента
- Задух с честота на дишане > 30 мин. и/или насищане с кислород <90% в общия случай, и придружаващи симптоми, СВЪРЗАНИ С ковид-19 и израз на увредено общо състояние
- Обостряне на хронични заболявания при положителен за SARS-CoV-2 PCR тест

Индикации за домашно лечение

- Всички извън индикациите за болнично лечение

2.1.6.5. Отчитане на дейностите с оглед финансирането им

Обявено бе, че НЗОК осигурява заплащането на 2500 PCR теста дневно. Необходимо е осигуряване на **допълнителен ресурс извън бюджета на НЗОК**, тъй като в условията на предстоящия есенно-зимен сезон това финансиране едва ли ще бъде достатъчно.

- **Най-удобно за целта на отчитане, контрол и заплащане е**, допълнителните средства да бъдат разпределяни чрез НЗОК/РЗОК като вторичен разпоредител на средства, като се използва единна, съществуваща в първичните документи на НЗОК бланка за МДД.
- **Няма лимит при назначаването на тестове, съобразени с констелацията от критерии. Ако се въведат ограничения- да бъде публично и многократно оповестено-мотиви и начин на процедиране.**
- **Извършената от всеки ОПЛ дейност**, свързана с установяване (потвърждаване/отхвърляне на диагнозата КОВИД-19 или вирусноносителство), както и проследяване и лечение на тези пациенти е добре да се отчита отделно чрез спецификация – „Дейност в условия на КОВИД-19 епи-пандемия“.
- **„Дейност на ОПЛ в условия на КОВИД-19 епи-пандемия“** включва всичко, извършено от ОПЛ, като информацията ще бъде налична както в COV.ID, така и в медицинския софтуер и подавана към НЗОК/РЗОК.



1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17- 21, ет.2, ап.5 тел./факс: 02/ 868 28 94,
Моб.: 0886 614 589 e-mail: nsoplbg@gmail.com <http://www.nsoplbg.com>

- **Финансирането на „Дейност на ОПЛ в условия на КОВИД-19 епи-пандемия“** се осигурява от средства извън бюджета на НЗОК и включва три основни направления:
 - ✓ Дейност по селектиране, доказване или отхвърляне на диагноза КОВИД-19 или вирусноносителство при използване на преработената система COV.ID в условия на повишен риск.
 - ✓ Проследяване и контрол на поставени под карантина, независимо от причината при използване на преработената система COV.ID.
 - ✓ Осигуряване на предпазни средства

Размерът на финансирането предлагаме да се обсъди допълнително.

- Финансирането на преработването на COV.ID, адаптиране към софтуера на ОПЛ и останалите здравни специалисти, както и поддръжка на системата не е за сметка на изпълнителите на медицинска помощ.
- 2.1.6.6. С оглед превенция на грипа в предстоящия сезон, предлагам да се преразгледа цената от 4 лв. за поставяне на ваксина против грип по Национална програма и да се изравни с настоящата цена на задължителните имунизации по НРД – 7 лв.
- 2.1.6.7. Уместно е, при възможност, да бъдат осигурени безвъзмездно пулсоксиметри за практиките в ПИМП.

28.08.2020 г.
София

За УС и НС на НСОПЛБ:
Доц. д-р Любомир Киров, дм
(Председател на НСОПЛБ,
Координатор на Национален
борд по Обща медицина)

