



Изх. № 44 / 10.11.2020 г.

ДО:
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА БЛС

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

ДО:
МЕДИИТЕ

Становище: Относно Проект на НЗОК с Изх. № 21-01-2476/02.11.2020г., свързан с промяна в начина на отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, както и служебно удължаване на срока на валидност на протоколите за скъпоструващо лечение на хронично болни пациенти, във връзка с въведената извънредна епидемична обстановка на територията на Република България

Уважаеми д-р Маджаров,

Във връзка с поискано от вас становище по посочената тема, след обсъждане в УС и НС на НСОПЛБ представяме настоящото.

„Сърдечносъдовите заболявания (ССД) са причина номер 1 за смърт в световен мащаб, като всяка година отнема живота на около 17,9 милиона души.“
(https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1)

„Хипертонията е основна причина за преждевременна смърт по целия свят“.
(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>)

„Повишеното кръвно налягане е отговорно за 7,6 милиона смъртни случаи годишно в световен мащаб (13,5% от общия брой), повече от всички други рискови фактори. Около 54% от инсултите и 47% от случаите на коронарната болест на сърцето се дължат на високите нива на артериалното налягане.“ (2011 Dec;29 Suppl 1:S3-7. doi: 10.1097/01.hjh.0000410246.59221.b1; Mortality patterns in hypertension [Hisatomi Arima](#)¹, [Federica Barzi](#), [John Chalmers](#))



По причина заболяване в България умират 9006 човека на месец. Болестите на органите на кръвообращението (I00-I99 по МКБ 10) са отговорни за 69 632 случая от общо 108 083 годишно или 64.4%. (<https://www.nsi.bg/bg/content/3351/>)

Разпространението на артериалната хипертония в популацията >18 години у нас е 31,8%. (*Journal of Hypertension Vol 35, e-Supplement 2, September 2017; Risk profile of patients with type 2 diabetes and arterial hypertension in Bulgarian general population, L. Kirov¹, E. Mushanov¹, H. Dimitrov², N. Ivanova³, B. Georgiev⁴. ¹Medical Faculty, Sofia University, Sofia, Bulgaria, ²GP in a solo practice, Veliko Tarnovo, Bulgaria, ³Medical University, Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria, ⁴National Heart Hospital, Sofia*)

Контролът на състоянието и провеждането на лечение в сътрудничество с колегите от СИМП на артериалната хипертония, исхемичната болест на сърцето, мозъчносъдовите заболявания са преобладаващата част от дейностите на ОПЛ по диспансерно наблюдение. Безспорно **редовният прием на предписаната терапия е важен, но ако не се съчетае с редовен контрол на състоянието на пациента и навременна корекция на лечението** резултатите са незадоволителни и не водят до очаквания полезен ефект върху общественото здраве.

Дори в условия на извънредна ситуация, каквато е налице в условията на КОВИД-19 епидемията у нас, **този контрол не трябва да бъде нарушаван.** Вече са налице достатъчно примери за нежелани резултати от въвеждането на такава отлагателна мярка през пролетта.

Наясно сме, че трябва да са провеждат мерки с цел ограничаване на епидемията, но такива има и се въвеждат нови, чийто ефект би бил много по-значим без да излага на риск състоянието на пациентите с хронични заболявания.

Припомняме, че преди години по инициатива на НСОПЛБ бе **осигурена възможността за предписване на медикаменти на хронично болни за срок от до 100 дни**, т.н. „тримесечни“ рецепти, които не налагат ежемесечното посещение на пациентите в амбулаториите.

Това са нашите основания да заявим следното:

1. Не трябва да се променят условията и реда на отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, както и служебно удължаване на срока на валидност на протоколите за скъпоструващо лечение на хронично болни пациенти.
2. Допустима, в условията на настоящата епидемия, мярка е изписването само на „тримесечни“ рецепти, на които се изписват медикаменти за повече от тридесет, но не повече от сто дни, с изключение на случаите, в които е нормативно и изрично указан срок не по-дълъг от 30 дни (т.н. „едномесечна рецепта) или ако такъв срок произтича от края на валидност на издаден протокол. Изключения са и случаи, когато е наложителна промяна в терапията, съобразно промяна в състоянието на пациента.



3. „Служебно“ получаване на медикаменти (без предписание с отрязък S) може да има само при невъзможност на лекаря да изпълнява задълженията си (болен/карантиниран), и/или в случаите, когато пациентът е болен/карантиниран. При карантина на пациента е възможен вариант да се получи рецепта от близките за 30 дни, както в случаите, когато пациентът е постъпил по някаква причина в болнично лечебно заведение. Мярката е валидна за периода на карантината. В този случай фармацевтът вписва причината за S-отпускането на медикамента в РК.

Фармацевтите от аптечната мрежа биха могли да получат информация за поставените под карантина от електронното приложение COVID.ID чрез достъп до списък с карантинираните. За поставените под карантина ИМП такъв може да бъде предоставен за достъп от НЗОК. Достъпът и до двете се осъществява чрез КЕП.

София

10.11.2020 г.

УС и НС на НСОПЛБ