



До

Господин Бойко Борисов,

Министър – Председател на РБ

Д-р Даниела Дариткова,

Председател на Комисията
по Здравеопазване към 43-то НС

Д-р Петър Москов,

Министър на здравеопазването

Д-р Глинка Комитов,

Управител на НЗОК

Д-р В. Грозев,

Председател на УС на БЛС

Д-р Стойчо Кацаров,

Председател на ЦЗПЗ

Д Е К Л А Р А Ц И Я

От Българска Асоциация по Медицинска Онкология

Относно: **Проект на НРД 2016 за медицински дейности**

Уважаеми господин Борисов,

Уважаеми дами и господа,

Броени дни остават до сакралната за българските онколози дата 1-ви април, когато трябва да влезе в сила Проект на НРД 2016 за медицински дейности. Юристи твърдят, че този Служебен НРД е изцяло незаконен, тъй като според чл. 54, ал. 8 от ЗЗО в случаи, когато Националният рамков договор за медицинските и съответно за денталните дейности не бъдат

приети при условията и сроковете, определени в този закон, се прилагат действащите до момента НРД.

Промените в Проект на НРД 2016 се основават на отменени от Конституционния съд наредби без номера. Едностранно намаление на цени, лимити за дейности, въвеждане на пръстов идентификатор – това са целите на този абсурден Проект на НРД 2016.

Какви биха били последиците за пациентите с онкологични заболявания, ако този противоречив и юридически неиздържан Проект на НРД 2016 влезе в сила?

1. Ще работим в несигурност, основавайки се на документ със съмнителна юридическа стойност. Очакваното обжалване на едни или други постановки от Проекта на НРД 2016 в съда ще забавя неоправдано лечението на нашите пациенти. Известно е, че в онкологията времето е живот.
2. Орязването на цените на пътеки и процедури е най-драстично в онкологията. Уважаеми дами и господа, не позволявайте да се посяга на сигурността и относителното спокойствие на най-уязвимия и чувствителен контингент болни. Клиничните пътеки и процедури за лечение на онкологично болни са едни от най-ниско платените. Оперативно отстраняване на апендикс е остойностено на 800 лв, докато лечението с цитостатици – на 150 - 200! Добре известно е какви рискове крие тази терапия, вкл. смърт от усложнения след прилагането и. Оценена ли е отговорността, която поема персоналът, както и специфичността на тази високо специализирана медицинска помощ? Причината е ясна – нуждаещите се от химиотерапия са над 35 000, докато апендектомиите – 10 пъти по-малко.
3. В момента нашите здравноосигурени пациенти доплащат с инвалидните си пенсии консумативите, необходими за лечението им /еластомерни помпи, мембрани, вкл. поставянето им, на места антиеметици, липсващи в страната медикаменти/. А тези цени са: 750 лв за потр-а-кат заедно с поставянето му /еднократно/, както и минимум 60 лв на всеки 14 дни за еластомерна помпа, необходима за провеждане на продължителни инфузионни режими. С въвеждането на новите орязани цени доплащането от страна на пациентите ще бъде неизбежно – кое да плати по-напред лечебното заведение с 200 лв? Дали двудневния престой, дали образни изследвания, дали кръвни изследвания, вкл. туморни маркери? За труда на персонала да не говорим – той винаги е бил безплатен.
4. Няма страна в света, в която лечението с цитостатици да не се придружава от осигурена антиеметична терапия. Е, тази страна е България. Нашите болни не повръщат и нямат гадене, защото

лечебните заведения поемат това лечение. Както и още много други разходи, свързани с лечението на тези болни. Общоболничните разходи за болен, лекуван по КП №298 варират от 500 до 800 лв в зависимост от лечебното заведение и от проведените диагностични и лечебни процедури.

5. Неяснотите, неточните формулировки, разминаването в изискванията за изпълнение на съответните клинични пътеки и клинични/амбулаторни процедури със съществуващия стандарт по Медицинска онкология, поставят под въпрос качеството на извършваните медицински дейности, както и сигурността на нашите пациенти.
6. Всъщност „реформата” на д-р Москов приключва с оръзаните цени. По същество клиничните пътеки и процедури са същите, но с променени номера, което ще усложни допълнително работата на софтуерните специалисти и ще доведе до редица технически грешки.
7. И най-страшната последица – разочарование у младите специалисти. Един лекар с познания по вътрешни болести трябва да работи поне 5 години в отделение по химиотерапия, за да натрупа необходимия опит и се яви на изпит за специалност Медицинска онкология. Нормативният хаос в момента, непрекъснатото внушение, че лекарското съсловие мами и извършва престъпления, са непоносими. Те са достатъчен стимул нашите добри млади специалисти да се реализират в други страни, където ще бъдат високо оценени и уважавани.

**Уважаеми Господин Борисов,
Уважаеми дами и господа,**

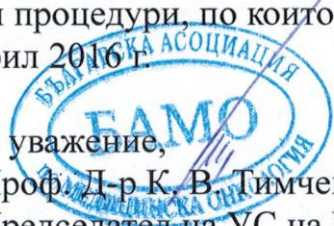
Разчитаме здравият разум да надделее и да не позволите да се проведе поредния експеримент в онкологията.

Нека работим, както законът повелява, по съществуващия НРД от 2015 г. Въпреки несъвършенствата му, този Рамков договор би гарантирал по-спокоен лечебен процес и липса на трусове в най-деликатната здравна сфера – онкологията.

Като приложен файл ще намерите детайлен анализ на пропуските и абсурдите в клиничните пътеки и процедури, по които би трябвало да работят онкологите след 1-ви април 2016 г.

24.03.2016

С уважение,
Проф. Д-р К. В. Тимчева,
Председател на УС на БАМО



Приложение

1. АПр 05 "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания с продължителност 12 часа" е ново предложение, добро по принцип, тъй като става дума за най-високоспециализираната дейност в онкологията – определяне на сложен терапевтичен план. Винаги комплексното лечение на онкологично болните се е обсъждало и се обсъжда и решава от Обща онкологична комисия, която се състои от медицински онколог, лъчетерапевт, патолог, рентгенолог и хирург. Комисията определя насоките на терапевтично поведение при съответния пациент - операция, лекарствено лечение, лъчетерапия, диагностика, диспансерно наблюдение или палиативни грижи. Тези обсъждания досега не бяха финансирани.

Неяснотите в тази процедура са много, редица въпроси остават без отговор, като:

- ✓ Ако се съобразяваме с названието на АПр05, само пациенти с престой до 12 ч ли ще се обсъждат?
- ✓ Много често пациенти се регистрират и се представят на Общи онкологични комисии в различни здравни заведения, при което всяко от тези здравни заведения ще отчете АПр05. На кое здравно заведение ще се заплати процедурата?
- ✓ Пациентите имат право да се лекуват в различни здравни заведения. Това налага ново разглеждане на Обща онкологична комисия. Отново ли ще се отчита АПр05?
- ✓ Промяната в състоянието на пациента, промяна в терапията ще изискват непрекъснато отчитане на АПр05.
- ✓ Неясни остават и начините на отчитане на АПр05, напр. необходимостта от пръстов отпечатък

2. АПр 06 „Системно лекарствено лечение при злокачествени заболявания” Специалистите, необходими за изпълнение на процедурата са двама лекари със специалност Медицинска онкология, лекар със специалност Клинична лаборатория и лекар със специалност Образна диагностика. Включването на последните двама специалисти *не съответства на стандарта по Медицинска онкология. Настояваме една от диагностичните процедури да бъде „туморни маркери” с възможност за самостоятелно отчитане.*

Освен това изискването хематологичните изследвания да се провеждат само в лечебното заведение, трябва да отпадне. Ежедневната ни работа би се облекчила много, ако можем да разпределяме пациентите за инфузии през целия работен ден. Струпването им сутрин за изследване, последвано от лечение, създава сериозни затруднения, както за персонала, така и за болните.

3. **АПр 07”Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания”** Проследяването на болните следва алгоритъма в Приложение №14 на Наредба 39 от 2004 г. По отношение на тази Наредба сме внасяли многократно предложения за корекции, тъй като съществуващият алгоритъм е опасен за здравето на болните: изискват се многократни излишни рентгенографии, изследване на туморни маркери, въпреки доказана неинформативност, и т.н. Предлагали сме и готов вариант на Алгоритъм за проследяване (диспансеризация) на болни с онкологични заболявания.
Отново предлагаме преразглеждане и коригиране на Приложение 14 на посочената Наредба.
Остава нерешен по категоричен начин и проблемът с обезболяващата терапия – начин на изписване и остойностяване на тази дейност.
4. **АПр 08 „ Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия”** е най-богата на неточни, непрофесионални и медицински неиздържани твърдения. Престъпна безотговорност е назначаването на най-скъпите лекарствени продукти да не съвпада с показанията им в КХП. ***Настоятелно молим за цялостно преработване*** на текста, най-вече показанията за лечение с лекарствени продукти, като Erlotinib, Sorafenib, S-1, Temozolamid, Capecitabine. Неточности съществуват и в показанията за лечение със Sutent, Everolimus.
Недоумение буди и изискването тази АПр да се документира в онкологично досие. ***Това изискване трябва да отпадне, като се замени с медицинска документация.***
5. За изпълнението на **АПр 06, 07 и 08** се изискват двама лекари със специалност Медицинска онкология, лекар със специалност Образна диагностика и лекар със специалност Клинична лаборатория. ***Тези изисквания са в разрез със стандарта по Медицинска онкология,***

трябва да отпаднат.

6. **КП 241** изисква престой **2 дни за стадиране** и оценка на терапевтичния отговор. Това е излишен лукс при постоянния недостиг на легла за продължителни инфузии. Образни изследвания и хематология са напълно осъществими в един ден. Изпълнението на КП 241 изисква провеждане на 3 диагностични процедури, едната от които е КАТ или ЯМР! Недопустимо е стадиране само с КАТ и ЯМР на всеки 6-8 седмици (стандартният срок за отчитане на ефекта от лечението). Къде е мястото на другите образни изследвания, по-малко увреждащи пациента и не по-малко информативни, като ехография, мамография, рентгенография, ^{99m}Tc- MIBI-сцинтиграфия и SPECT-CT? Българският модел на здравеопазване изключва ли диагностични процедури, признати и прилагани в цял свят?

Настояваме броят на диагностичните процедури да бъде 2, както и да отпадне изискването едната от тях да бъде КАТ или ЯМР

7. За всички клинични пътеки и процедури в обсъждания Проект на НРД 2016 фигурира изискване лечението да се провежда съобразно Фармакотерапевтично ръководство на НСЦРЛП.

Като страна, член на Европейския съюз и като членове на

Европейската Асоциация по Медицинска Онкология (ESMO), с

достъп до най- съвременни подходи на лечение, както и като

специалисти, загрижени за съдбата на своите пациенти

настояваме системното лекарственото лечение на болните с

онкологични заболявания да бъде съобразено с Европейските

правила за лекарствено лечение (ESMO), Национални стандарти и

КХП.

8. Палитивните грижи на онкологично болните, както и на болни с други заболявания не би трябвало да са приоритет на съответните тесни специалисти (невролози, хематолози, медицинските онколози и др), а на хосписи извън здравните заведения за активно лечение, поддържането на които изисква квалифициран персонал и **сериозен финансов ресурс.**

Недостигът на легла за активно лечение също налага отделяне на двете дейности.

Смесването на двата потока пациенти - терминално болни с болни,

които провеждат активно лечение, е нежелателно и неиздържано от психологическа гледна точка.

Настояваме комплексността по отношение на палиативните грижи да се реализира чрез сключване на договори с лечебни заведения, осъществяващи подобна дейност.

9. Онкологичните центрове в страната са позиционирани предимно в областните градове, където ОПЛ познава и е в непрекъснат контакт със своите пациенти. Това е основанието да предложим ***обезболяващата терапия на онкологично болните, която изисква непрекъснато мониториране, да се изписва от външна аптека и от ОПЛ.***

24.03.2016

Проф. д-р К.В. Тимчева
Председател на УС на БАМО,

