



БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО

София – 1527, ул. "Бяло море" № 8, МБАЛ "Царица Йоанна", Клиника по хирургия
www.bss.dir.bg E-mail: secbss@yahoo.com

ПРЕДСЕДАТЕЛ

проф. д-р Дамян Дамянов дмн
МБАЛ "Царица Йоанна"
Клиника по хирургия
Медицински университет
София 1527
ул. "Бяло море" № 8
тел. (02) 9432 363
тел/факс: (02) 9 43 21 14

ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ

проф. д-р Петър Учиков дмн
МБАЛ "Свети Георги"
Клиника по хирургия
Медицински университет
Пловдив 4000
бул. "Пещерско шосе" № 66
тел. (032) 60 29 63

ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ

доц. д-р Ташко Делийски дм
МБАЛ "Плевен"
Медицински университет
Плевен 5800
ул. "Г. Кочев" 8 А
тел. (064) 42 73 00

СЕКРЕТАР

д-р Цветелина Спиридонова
Клиника по хирургия
МБАЛ "Царица Йоанна"
Медицински университет София
София 1527
ул. "Бяло море" № 8
тел. (02) 9432 357
E-mail: zss_surge@operamail.com

СЕКРЕТАР

д-р Бойко Коруков дм
Клиника по хирургия
МБАЛ "Царица Йоанна"
Медицински университет София
София 1527
ул. "Бяло море" № 8
тел. (02) 9432 357
E-mail: boicok@yahoo.com

КАСИЕР

д-р Георги Гърбев
Клиника по хирургия
София 1006
ул. "Георги Софийски" № 3
ВМА-София
тел. (02) 922 54 87
E-mail: ggurbev@yahoo.com

До
Д-р ЕМИЛ РАЙНОВ,
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА НЗОК

До
Д-р РУМЯНА ТОДОРОВА
ДИРЕКТОР НА НЗОК

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Пленумът на БХД с участието на проф. д-р Виолета Димитрова -национален консултант по хирургия и доц. д-р Гено Киров - председател на Националния съсловен съюз на хирурзите проведеха поредно обсъждане на клиничните пътеки, в които има участие на хирурзи.

Изказваме удовлетворение от съвместната работа с Дирекция " Договаряне, методология и контрол на болничната медицинска помощ" в лицето на ръководителя д-р Сашка Рускова и нейните сътрудници. При тази съвместна работа бяха направени разумни корекции във всички детайли на клиничните пътеки, което подобрява качеството им и намалява условията за конфликтни ситуации.

Същевременно са налице проблеми, свързани с хирургичната дейност, липсата на подходящи клинични пътеки или липсата на подходящи разрешителни клаузи.

1. В клинична пътека 183 "Консервативно лечение на остри коремни заболявания" е включена като водеща диагноза "Остър панкреатит". До оперативното лечение достигат 10-12% от контингента, за което има разработени клинични пътеки. Оперативното лечение е трудоемко и скъпо, поради което БХД жи на група хирурзи да осъществят "степенувано лечение на това заболяване според неговата тежест. Разработени бяха четири степени на болестта, подкрепени с клинични признаци, но налагащи различно по степен и финансиране хирургично лечение. Тази диференцировка би помогнала за по-икономично използване на средствата от НЗОК при по-пълноценно лечение на болните с остър панкреатит според тяхната тежест.

2. При болни с остър панкреатит, дифузен перитонит и след някои травми се налага неколкократно влизане в коремната кухина за лаваж и ревизия на коремните органи. Коремната кухина се оставя "отворена" - на лапаростома. В практиката на клиниката по хирургия, чийто ръководител съм, има пациенти, при които тази процедура се извършва 6-8 пъти. Заплащането обаче става по клинична пътека, която не отчита нито тежестта на заболяването, нито необходимостта от няколко подобни процедури.

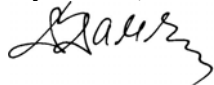
Очевидна е необходимостта от въвеждане в практиката на нови клинични пътеки, които диференцират лечението и неговото финансиране. Проекти за такива пътеки бяха предложени на НЗОК, но не невлязоха в практиката при сегашните трудни преговори за НРД 2007. **Във връзка с това поставяме въпроса дали заплащането на лечението на тези болни би могло да се осъществява по две клинични пътеки: КП 130 "Интензивно лечение при комбинирани и съчетани травми" и хирургична клинична пътека "За лечение на остър панкреатит, перитонит, мезентериална тромбоза,**

травми и др."

3. В хирургичната практика се осъществява повече от една оперативна намеса при един и същ болен. Този контингент обхваща около 5-10% от всички оперирани за годината болни. За хирурзите не е безразлична възможността за заплащане по две и повече клинични пътеки при едновременна операция на един и същ пациент. Например: хемиколектомия за рак на дебелото черво, съчетана с холецистектомия за калкулозен холецистит и херниотомия за ингвинална херния. Подобен подход икономисва втора или трета операция за пациента, но е полезен и за НЗОК, тъй като пациентът няма да постъпи втори или трети път за нова операция по друга клинична пътека. **Във връзка с това поставяме въпроса възможно ли е при осъществяване на повече от една операция при един и същ пациент да се извършва заплащане за първата операция 100%, за втората - 50%, за третата - 10-20%?**

4. В новоопределените клинични пътеки отново се явява диференцирана група пациенти с инвазивни или оперативни процедури върху сърцето. Заплащането по тези клинични пътеки драстично контрастира с тези в гръдната, коремната и детската хирургия. Това само по себе си е скандално. На този фон се явява клинична пътека 209, която третира "Полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция и изискваща продължително лечение" със заплащане от 14 500 лв. Полиорганната недостатъчност е тежко усложнение, развиващо се при пациенти с тежък хирургичен сепсис, след тежки травми и изгаряния и при други състояния. Смъртността остава изключително висока. Само избрани пациенти с подобно усложнение ли ще бъдат лекувани от НЗОК? Как да обясним това пред близките на пациенти, развили тази компликация при други заболявания извън "избраните" кардиохирургични болни? **Настояваме при тази клинична пътека да се заличи думата "сърдечна", с което ще бъде възможно действието ѝ равноправно при всички пациенти с подобна компликация.**

С уважение,



Проф. д-р Д. Дамянов
София, 25 януари 2007 г.