

ПРОМЕНИ В СТРУКТУРАТА НА ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПАТОЛОГИЯ В УСЛОВИЯТА НА ФИНАНСИРАНЕ ОТ НЗОК

Димитрова Л., В. Несторова, Ив. Джеджев

*Катедра физиотерапия, рехабилитация, морелечение и професионални заболявания,
МУ Варна*

РЕЗЮМЕ

Професионалната патология е многопрофилна дисциплина, с изключително разнообразие от нозологични единици, включени в клинични пътеки на различни дисциплини, при непълно съответствие на професионалната нозология със списъка по професионални болести. Цел на настоящото проучване е анализ на структурата на професионалните заболявания, диагностицирани и лекувани в Клиника по професионални заболявания към МБАЛ „Св. Марина” – Варна и проследяването ѝ в условията на бюджетно финансиране и това от НЗОК; влияние на работата по клинични пътеки върху дигностично-лечебния процес и експертизата на професионално болните. Материал и методи: Осъществено е ретроспективно проучване на структурата на професионалната заболяемост за периода 1995–2010 година вкл. Проследени са нозологичните единици в три основни периода: 1995 – 2000 г. (бюджетно финансиране); 2001 – 2005 г. (частично финансиране от НЗОК) и 2006 – 2010 г. (финансиране от НЗОК). За проучването са ползвани данните от епикризите на болни, пролежали в Клиника по професионални заболявания; Експертно решение на Регионална ТЕЛК по професионални заболявания – Варна; Регистрационна карта на лице с професионално заболяване. Статистически обработена е структурата по години и периоди както на основните, така и на придружаващите заболявания, проследявайки позицията на професионалната патология в зависимост от изискванията на клиничната пътека. Резултати и обсъждане: Анализът на резултатите установи значителни различия в структурата на професионалната заболяемост в различните условия на финансиране, поради взаимовръзката на патологията на пролежалите болни с изискванията на лечебната дейност по клинични пътеки. Докато относителният дял на вегетативната полиневропатия на крайниците през първия период е 26,21%, то за периода 2005–2010 г. е само 7,24%; заболяванията на опорно-двигателния апарат от 10,40% за първия период, намаляват до 2,75% през третия; праховата патология почти липсва през последните 5 години (от 12,06% до 0,55%), поради невъзможност за прием на лица с такива заболявания. Работата по клинични пътеки налага професионалните заболявания често да присъстват като придружаващи заболявания или отделни синдроми. Дискутирани са проблемите, свързани с диагностицирането, лечението и експертизата на професионалните заболявания при посочените условия, както и тревожната тенденция за рязко намаляване на регистрираната професионална заболяемост.

Лечебната дейност в областта на професионалната патология, свързана с експертни, социални и правни последиствия, се извършва в съответствие със специфични за дисциплината изисквания. От изключително значение за практическата дейност в тази област – профилактична, лечебна, експертна и рехабилитационна, е точно осъществяването на професионалните болести (4). С въвеждането на финансиране по здравна каса, отчитането на лечебната дейност е по съответните клинични пътеки, с фиксирани в тях нозологични единици. Поради изключителното многообразие от нозологични единици в профпатологията и липсата на самостоятелни клинични пътеки, то отделни професионални заболявания са включени в клинични пътеки на различни дисциплини, при непълно или липса на съответствие на нозологията с изискванията

към дисциплината (клиничната диагноза да съответства точно на посочената диагноза в Списъка по професионални болести)(5).

ЦЕЛ

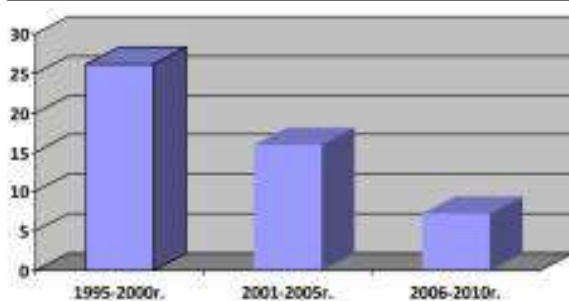
Цел на настоящото проучване е анализ на структурата на професионалните заболявания, диагностицирани и лекувани в Клиника по професионални заболявания към МБАЛ „Св. Марина” – Варна и проследяването ѝ в условията на бюджетно финансиране и това от НЗОК; влияние на работата по клинични пътеки върху дигностично-лечебния процес и експертизата на професионално болните (3).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Осъществено е ретроспективно проучване на структурата на професионалната заболяемост за периода 1995–2010 година вкл., регистрирана в Клиника по професионални заболявания – Варна. Проследени са нозологичните единици в три основни периода: 1995 – 2000 г. (бюджетно финансиране); 2001 – 2005 г. (частично финансиране от НЗОК) и 2006 - 2010 г. (финансиране от НЗОК). За проучването са ползвани данните от епикризите на болни, пролежали в Клиника по професионални заболявания; Експертно решение на Регионална ТЕЛК по професионални заболявания – Варна; Регистрационна карта на лице с професионално заболяване. Статистически обработена е структурата по години и периоди както на основните, така и на придружаващите заболявания, проследявайки позицията на професионалната патология в зависимост от изискванията на клиничната пътека.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

През работните три периода, обособени в зависимост от финансирането на лечебната дейност, е проследен, съпоставен и обсъден относителният дял на водещи в структурата професионални заболявания (7).

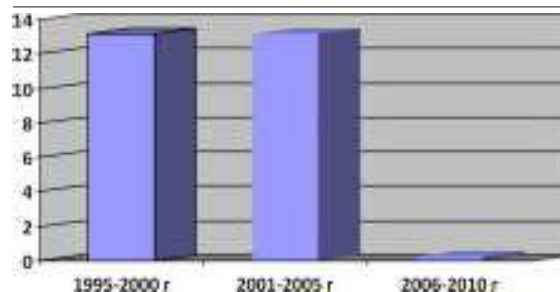


Фиг.1. Вегетативна полиневропатия на горни крайници

Едни от най – разпространените професионални заболявания, свързани с увреждания на периферна нервна система, причинени от пренапрежение и микротравматизации, са вегетативна полиневропатия (ВПНП)на горни крайници, вегетодистония и вторичен Рейно – феномен(2). През първия период с бюджетно финансиране (1995 – 2000 г.), относителният дял на лекуваните болни с вегетативна полиневропатия на крайниците е значителен – 26,21%. Влиянието върху относителния дял на ВПНП през втория период (2001 – 2005 г., с частично финансиране по НЗОК), намалял чувствително до 15,88%, вероятно е комплексно: постепенна тенденция за намаляване относителния дял болни с тази патология, дискутирана в други наши проучвания(1,2,); по-голям относителен дял на приетите болни със заболявания, финансирани от НЗОК. През третия период (2006 – 2010 г., изцяло финансиран от НЗОК), лекуваните заболявания са лимитирани от до-

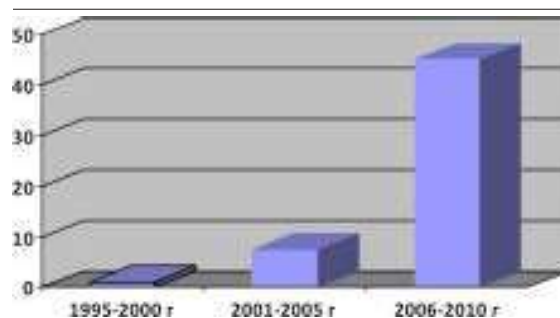
говорените клинични пътеки. В тях липсва диагноза „Вегетативна полиневропатия на крайниците” и относителният дял на лекуваните болни през третия период е едва 7,24% (финансирани за кратък период от време от ФУТ /Фонд условия на труд към Министерството на труда и социалните грижи/) (Фиг.1).

Демонстративна е динамиката при пациенти с диагноза „Ангионевродистония вегетативна на крайниците”. Относителният им дял през първия и втори период е постоянен – 13, 18% и 13, 14%. През третия период, при невъзможност за стационарно лечение на болен с така формулирана диагноза – относителният дял е 0, 27% (Фиг.2).



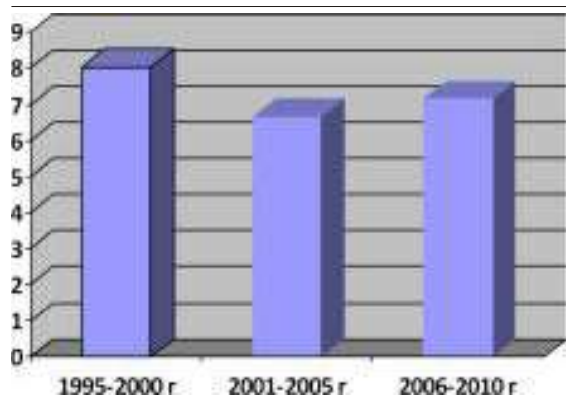
Фиг.2. Ангионевродистония на крайниците

Синдромът на Рейно, като професионално заболяване е със сравнително нисък относителен дял в сравнение с уврежданията на вегетативната нервна система (6). През първия период (1995 - 2000 г.) честотата му е 0,97%. (Фиг.3). Освен като самостоятелно заболяване, Рейно феноменът присъства като синдром в клиничната картина на голям брой професионални болести, причинени от пренапрежение на крайниците, микротравми и вибрации. Поставянето в тези случаи на клинична диагноза Синдром на Рейно е адекватно на част от уврежданията и не съответства на изискванията за етиологична диагноза в профпатологията и на широката гама от увреждания на множество структури. Но преимущественото приемане на болни с тази диагноза, включена в клинична пътека, води до нарастване на относителния ѝ дял през втория период до 7,45%. Финансирането на лечебната дейност през третия период само от НЗОК, е причина за изключително високия относителен дял на Синдром на Рейно през третия период – 45,10%.



Фиг.3. Синдром на Рейно

Значително по-малки са колебанията в относителния дял на Вибрационната болест, а именно – I период – 8,04%; II – ри период – 6,66% и трети период – 7,17%. При въвеждането на лечебна дейност по клинични пътеки, в КП 290 е включена диагноза „Въздействие на вибрации“, която дава възможност за стационарно лечение на пациенти с Вибрационна болест (Фиг.4).

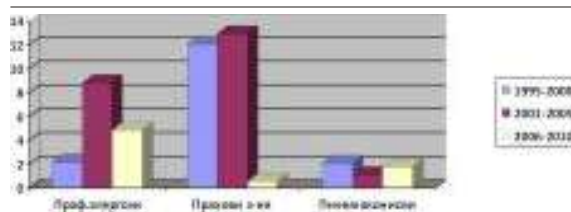


Фиг.4. Вибрационна болест

Сред водещите по честота професионални заболявания са тези на дихателната система (8). Професионалните алергози, праховите заболявания на дихателни пътища и пневмокониозите са заболявания с необходимост и от стационарно лечение. Относителният дял на лекуваните професионални алергози (Бронхиална астма, Алергичен ринит и др.) през първия период е 2,21%. (Фиг.5.) В периода на смесено финансиране те присъстват в съответната клинична пътека, при възможност за лечение от интернист и относителният дял нараства до 8,82%. През третия период са конкретизирани изискванията за база и персонал, създаващи затруднения за клиниката и относителният дял на алергозите е вече 4,82%. Особено негативно е влиянието на посочените изисквания върху праховата патология на дихателните пътища (Хроничен бронхит и ХОББ). Докато през първите два периода честотата на тези болести е постоянна – 12,06% за първия и 12,94% за втория период, то относителният дял от 0,55% през третия период демонстрира невъзможността за стационарно лечение на тези болни в Клиника по професионални болести (изисквания на НЗОК). На единични пациенти е проведено болнично лечение по „Фонд условия на труд“. Значителна част от пациентите със заболявания на дихателната система, нуждаещи се от болнично лечение, са лекувани с диагнози, включени в номенклатурата на общите непрофесионални заболявания. Така само през третия период (лечебна дейност по клинични пътеки) е регистриран относителен дял на болни, лекувани с диагноза „Респираторни състояния, причинени от други външни агенти“ – 14,62%.

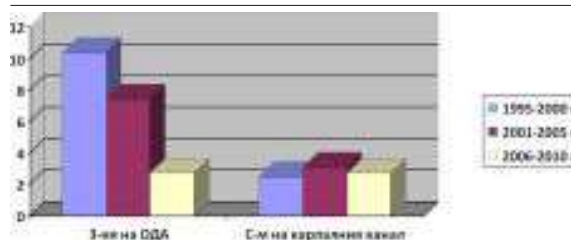
Приблизително двойно намалява относителният дял на пневмокониозите през втория период; през третия – лечението на малък брой пациенти е финансирано по ФУТ (2,08 %; 1,17 %; 1,79 %). (Фиг. 5) .

Характерни професионални увреждания са и заболяванията на опорно-двигателния апарат (ОДА) и Син-



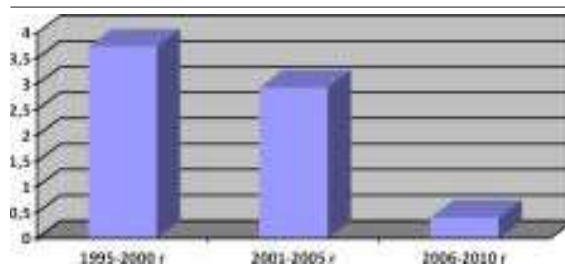
Фиг.5. Професионални алергози, прахови заболявания, пневмокониози.

дром на карпалния канал. През първия период честотата на заболяванията на ОДА е съответна на регистрираната за региона – 10,40%. Липсата на клинична пътека с професионални заболявания на ОДА, води до ограничаването им болнично лечение през втория период – 7,45% и рязко намаление на относителния дял през третия период – 2,75%. Включването на Синдрома на карпалния канал в КП 7 позволи лечението на тези болни и регистрираните данни са съответно - I период – 2,50%, II-ри – 3,14% и трети – 2,75%.(Фиг.6).



Фиг.6. Заболявания на ОДА

Професионалните интоксикации са специфични професионални болести, но съгласно изискванията на НЗОК, клиниките по професионални болести не са включени в лечебните бази. Динамиката на относителния дял от 3,74% за първия период до 0,41% през третия, отразява невъзможността за болнично лечение на тези професионално болни в клиниката по професионални заболявания (Фиг.7).



Фиг.7. Професионални интоксикации

КОМЕНТАР

При проследяване на динамиката в относителните дялове на заболяванията, лекувани в Клиника по професионални заболявания – Варна, се наблюдава значителното им намаление при някои групи болести

(ВПНП), докато при други тенденцията е обратна - демонстративно покачване (Синдром на Рейно). Някои от заболяванията през последния период (финансиране само по здравна каса) са с относителен дял под 0,5% - интоксикации, прахови заболявания, ангионевродистония на крайниците, а честотата на Синдром на Рейно драстично нараства (от 0,97% до 45,10%). Заболявания, като Вибрационна болест и Синдром на карпалния канал са с незначителни колебания в относителния дял през трите периода. Във всеки от посочените случаи приемът на пациенти е повлиян от системата на финансиране, а въвеждането на лечебна дейност по клинични пътеки лимитира нозологичната терминология. В болшинството от случаите тази терминология не отразява спецификата на болестния процес в профпатологията и не съответства на диагнозите, визирани в Списъка на професионалните болести (5,7). При възможността за работа само по клинични пътеки, болни суспектни за различни професионални заболявания на дихателната система са лекувани за „Респираторни състояния, причинени от други външни агенти” – 14,62%. За тези пациенти етиологичната диагноза, регистрирането, отчитането и експертната оценка са силно затруднени до невъзможни (4). Последниците са тревожно намаление на относителния дял на професионалните заболявания респ. силно ограничена профилактична и лечебна дейност за трудоспособното население в страната.

ИЗВОДИ

1. Изискванията за лечебна дейност по клинични пътеки налагат ползването на диагнози, несъответни на профпатологичната терминология и на тези, включени в Списъка по професионални болести.
2. При лечение на болни със смесена патология, професионалните заболявания често присъстват като придружаващи заболявания или отделни синдроми.
3. Невъзможността за адекватна на законовите изисквания етиологична диагноза на професионално болни води до:

- Ограничено болничното лечение, до невъзможност за прием в клиниката на някои групи професионални заболявания.
 - Силно ограничена експертна дейност – обявяване, потвърждаване, учет и отчетност на професионалните заболявания.
 - Затруднена експертиза на вече регистрирани професионално болни.
4. Липсата на специфични за дисциплината клинични пътеки в условията на финансиране по НЗОК, респ. силно затруднената диагностична и лечебна дейност по професионални заболявания, са сред водещите причини за тревожното намаление на професионалната заболяемост у нас.

ЛИТЕРАТУРА

1. Димитрова Л., Ив. Джеджев, В. Несторова., Професионална патология и нарушена работоспособност (Варненски регион) Известия на съюза на учените - Варна 1'2010 / том XV, с. 3-8.
2. Димитрова Л., В. Несторова., Ив. Джеджев., Професионалната патология във Варненския регион – структура, динамика, перспектива. Научна сесия „Здравна профилактика – актуални проблеми и перспективи”. Варна, 22 – 23 май 2008г.
3. Наредба за експертизата на работоспособността – ПМС 133/2000 г.– ДВ бр.61/25.07.2000г.
4. Наредба за реда за съобщаване, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести – ПМС 79/2001г. – ДВ бр.33/04.04.2001 г.
5. Списък на професионалните болести – ПМС 175/16.07.2008 г. – ДВ бр.66/25.07.2008 г.
6. Цачева Н., Единна методика за анализ на здравното състояние на осигурени работници, С, НЦХ – МEX, 2001 г.,56.
7. Eurostat Working Papers, “Classification of the causal agents of the occupational diseases”. European occupational diseases statistics – EODS. Population and social conditions 3/2000. Luxembourg.
8. Petrova E., Occupational diseases. Epidemiological trends of the occupational dust diseases, revention and early diagnosis. Scr.sc.med. 2009, vol 41 (1), pp 103-106.