

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени след общественото обсъждане на
проекта на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“

№	Участник в общественото обсъждане	Предложение/ Мнение	Приема/не приема/ предложението	Мотиви										
1.	Български лекарски съюз вх. № 62-08-47/10.08.17 Становище на УМБАЛ „Медика“-Русе	<p>Глава IV, „Характеристики на структурите за болнична медицинска помощ, осъществяващи дейности от обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“, Раздел III „Нива на компетентност на структурите осъществяващи дейност по специалността „Спешна медицина“ в лечебните заведения за болнична помощ,</p> <p>3. Изисквания за нивата на компетентност на СО (мултипрофилно и профилирано) са както следва:</p> <p>3.1. Изисквания за Мултипрофилно спешно отделение с II-ро ниво на компетентност</p> <table border="1"> <tr> <td>Изисквания за наличие в лечебното заведение на болнични структури и дейности по специалности, формиращи СБК</td><td>Собствена структура/дейност</td><td>Ниво на компетентност</td><td>Осигурена денонощна консултативна помощ</td><td>Достъп до външна структура</td></tr> <tr> <td>1.18 Хемодиализа</td><td>Да или</td><td>≥II</td><td></td><td>да</td></tr> </table> <p>1Аргумент: В спешно отделени попадат за лечение спешни състояния и е достатъчно в ОАИЛ да има възможност за извършване на спешна диализа, която е разрешена от медицинския стандарт</p>	Изисквания за наличие в лечебното заведение на болнични структури и дейности по специалности, формиращи СБК	Собствена структура/дейност	Ниво на компетентност	Осигурена денонощна консултативна помощ	Достъп до външна структура	1.18 Хемодиализа	Да или	≥II		да	Приема се частично	Допуска се само в случаи на осигурена възможност за спешна диализа в собствена структура по анестезия и интензивно лечение и договор с диализна структура най-малко от второ ниво на компетентност на територията на населеното място.
Изисквания за наличие в лечебното заведение на болнични структури и дейности по специалности, формиращи СБК	Собствена структура/дейност	Ниво на компетентност	Осигурена денонощна консултативна помощ	Достъп до външна структура										
1.18 Хемодиализа	Да или	≥II		да										

„Анестезиология и интензивно лечение“, т.е. доказана дейност при наличие на апарат и обучен персонал в отделение ОАИЛ е основание за изпълнено изискване на стандарта ;

1.26 Трансфузио нна хематологи я	Да или	≥II		да
--	--------	-----	--	----

Отделенията по Трансфузионна хематология са подчинени в дейността си на специфичен закон /Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането/ и според чл. 27. (2) (Изм. ДВ, бр. 98 от 2010 г., в сила от 14.12.2010 г.) лечебните заведения за болнична помощ и комплексните онкологични центрове, намиращи се на територията на област, в която няма открит център за трансфузионна хематология, но има областна многопрофилна болница за активно лечение с отделение по трансфузионна хематология, се снабдяват с диагностицирана и преработена кръв и кръвни съставки от тази болница.

3. Изисквания за осигуренос т с човешки ресурси				
3.1. Минимален брой лекари специалист и в Спешно отделение – 1 лекар специалист по спешна медицина или анестезиол огия и интензивно лечение и 1 лекар специалист от друга клинична	да			

Приема се
частично

Не се приема

С оглед дейността, осъществявана от спешното отделение, свързана с овладяване на животозастрашаващите състояния незабавно, при което в определени случаи се налага извършване на дейности от областта на трансфузионната хематология е необходимо на територията на населеното място да е налична структура по трансфузионна хематология от трето ниво на компетентност, осигурена по договор.

За изпълнение на пълния медицински дейности от обхвата на медицинска специалност „Спешна медицина“ е необходимо владееенето на специфични познания и умения, сходни само с тези в обхвата на медицинската специалност „Анестезиология и интензивно лечение“.

специалнос т				
-----------------	--	--	--	--

В Глава IV „Характеристика на структурите за болнична помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“, Раздел IV „Изисквания към архитектурната среда на СО“

4.4. Изисквания към Зала за ресусцитация (шокова зала):

4.4.2. Минимална площ, предназначена за един пост в залата е не по малко от 25m², както и при зона с повече от един пост (за зали), без да се включва сервизната площ на зоната

Аргумент: площта за едно и също работно място, при извършване на идентична дейност, следва да е еднаква.

В Глава V „Изисквания към персонала на структурите, осъществяващи дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“, Раздел I „Общи положения“

2. Общите изисквания към квалификацията на персонала, осъществяващ професионална дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“ в извънболнични и болнични условия, са както следва:

Квалификация на персонала, осъществяващ професионална дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“

	Лекари	Специалисти по здравни грижи и асоциирани специалисти	
Обучение, образователна степен	1. Магистър по медицина със специалност	1. Бакалавър „Медицинска сестра“	

Приема се

Отразено в текста: „4.4.2. Минималната площ, предназначена за един или два поста в залата е не по-малко от 25 m2, без да се включва сервизната площ на зоната.“

Приема се

Отразено в текста

		<table><tr><td></td><td>„Спешна медицина“ 2. Магистър по медицина с друга специалност 3. Магистър по медицина – лекар специализант 4. Магистър по медицина без специалност</td><td>2. Бакалавър „Акушерка“ 3. Бакалавър „Лекарски асистент“ 4. Бакалавър „Медицинска сестра“ или бакалавър „Акушерка“ със специалност по спешна медицина 5. Фелдшер</td><td></td></tr></table>		„Спешна медицина“ 2. Магистър по медицина с друга специалност 3. Магистър по медицина – лекар специализант 4. Магистър по медицина без специалност	2. Бакалавър „Акушерка“ 3. Бакалавър „Лекарски асистент“ 4. Бакалавър „Медицинска сестра“ или бакалавър „Акушерка“ със специалност по спешна медицина 5. Фелдшер			
	„Спешна медицина“ 2. Магистър по медицина с друга специалност 3. Магистър по медицина – лекар специализант 4. Магистър по медицина без специалност	2. Бакалавър „Акушерка“ 3. Бакалавър „Лекарски асистент“ 4. Бакалавър „Медицинска сестра“ или бакалавър „Акушерка“ със специалност по спешна медицина 5. Фелдшер						
		<p>В допълнение се отбелязва, че изключително подробното описание на всяка една от зоните в архитектурно-инфраструктурната среда по глава IV, раздел IV, ще утежни подготовката им и организацията на работа в тях</p>						
3.	<p>Д-р Соня Джевизова Директор на РЦТХ-Пловдив Вх. №74-00-311/1(4.08.17</p>	<p>В раздел III – ниво на компетентност, т. 3 – изисквания за нива на компетентност на СО /мултифункционално и профилно/, са заложили много високи изисквания за наличие на структура/действие по специалност „Трансфузионна хематология“</p> <p>Съобразно провежданата политика и медицинската стратегия на МЗ, молят да се прецизира максимално необходимостта от структура/действие по специалността „Трансфузионна хематология“ с ниво на компетентност по-голямо или равно на второ, като се отказва достъп до външна структура.</p> <p>Това, съгласно медицински стандарт „Трансфузионна хематология“, изисква отделения по трансфузионна хематология с медицински персонал:</p> <ul style="list-style-type: none">• Лекари – 3;• Медицински сестри – 4;• Медицински лаборанти – 5. <p>Ето защо, където се прецени за уместно, може да се разреши достъп до външни структури /договор със структури с трето ниво на компетентност</p>	<p>Приема се частично</p>	<p>С оглед дейността, осъществявана от спешното отделение, свързана с овладяване на животозастрашаващите състояния незабавно, при което в определени случаи се налага извършване на дейности от областта на трансфузионната хематология е необходимо на територията на населеното място да е налична структура по трансфузионна хематология от трето ниво на компетентност, осигурена по договор.</p>				

		<p>„Трансфузионна хематология“/, които осигуряват логистична подкрепа и извършват в пълен обем дейността по специалността.</p> <p>Гореизложеното се счита, че ще възпрепятства:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Извличането на кадри от Трансфузионната система, която се задъхва от липса на специалисти, поради ниското заплащане и високите изисквания за тяхната дейност; • Възможностите за създаване на излишни отделения по трансфузионна хематология; • Възможностите за допускане на грешки /поради некомпетентност/; • Разходване на средства от МБАЛ за апаратура и поддържане на имунохематологични реактиви – скъпи и с къс срок на годност, при несъобразен обем дейност. 												
4.	МБАЛ“Св. Пантелеймон“- Пловдив Вх.№20-00- 1052/14.08.17	<p>В изготвения проект на медицински стандарт „Спешна медицина“ в раздел III (ниво на компетентност на структурите, осъществяващи дейност по специалността Спешна медицина) в лечебни заведения за болнична помощ се предвижда – за мултипрофилно Спешно отделение от II ниво на компетентност, ЛЗ трябва да разполага с разкрита структура по трансфузионна хематология от II-ро или по-високо ниво на компетентност.</p> <p>Предлага се изменение в раздел III на проекта за медицински стандарт „Спешна медицина“, точка 3.1. Изисквания към мултипрофилно спешно отделение от II ниво на компетентност, подточка 1.26 да се замени , както следва:</p> <table border="1"> <tr> <td>Изисквания за наличие в лечебното заведение на болнични структури и дейности по специалности, формиращи СКБ</td><td>Собствена структура/дейност</td><td>Ниво на компетентност</td><td>Осигурена денонощна консултативна помощ</td><td>Достъп до външна структура</td></tr> <tr> <td>1.26 Трансфузионна</td><td>Да/или</td><td>>2</td><td>Да</td><td>Да. От III ниво на компетентност в</td></tr> </table>	Изисквания за наличие в лечебното заведение на болнични структури и дейности по специалности, формиращи СКБ	Собствена структура/дейност	Ниво на компетентност	Осигурена денонощна консултативна помощ	Достъп до външна структура	1.26 Трансфузионна	Да/или	>2	Да	Да. От III ниво на компетентност в	Приема се	<p>С оглед дейността, осъществявана от спешното отделение, свързана с овладяване на животозастрашаващите състояния незабавно, при което в определени случаи се налага извършване на дейности от областта на трансфузионната хематология е необходимо на територията на населеното място да е налична структура по трансфузионна хематология от трето ниво на компетентност, осигурена по договор.</p> <p>Приема се структурата по трансфузионна хематология, осигурена по договор да бъде от трето ниво на компетентност.</p>
Изисквания за наличие в лечебното заведение на болнични структури и дейности по специалности, формиращи СКБ	Собствена структура/дейност	Ниво на компетентност	Осигурена денонощна консултативна помощ	Достъп до външна структура										
1.26 Трансфузионна	Да/или	>2	Да	Да. От III ниво на компетентност в										

		<div>хематологи я</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>същото населено място</div>		
		<p>Мотиви:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие на разкрит РЦТХ/ЦТХ от III ниво на компетентност на територията на населеното място, където се намира ЛЗ; 2. В тези структури се извършват по-разширени имуно-хематологични изследвания, справят се бързо и ефективно с възникнали неясноти при повторение на изследванията; 3. Структурата от II ниво на компетентност по Трансфузионна хематология разполага с по-малко лекари и лаборанти (2 лекари + 6 лаборанта) от РЦТХ/ЦТХ – II ниво на компетентност; 4. Лекарския състав в отделение по ТХ II ниво се събира от разположение, за което се губи време. Същото това време ще се използва за транспорт на кръвта и от РЦТХ/ЦТХ; 5. Осигурен лесен и бърз транспорт между ЛЗ и РЦТХ/ЦТХ на територията на населеното място, в което е ЛЗ; 6. Скъпа поддръжка на консумативи за имунохематологични изследвания с кратък срок на годност в ТХ – II ниво на компетентност; 7. Наемане на персонал в условията на недостиг на специалисти със специалност „Трансфузионна хематология“ (необходими 2-ма, за II ниво) <p>Следователно, ако на територията на населеното място, в което е ЛЗ има разкрит РЦТХ/ЦТХ от III ниво на компетентност, спешните пациенти на ЛЗ ще получат по-квалифицирана ХТ помощ без за това да се губи време и всичко това в условията на кадрови дефицит. Счита се, че това изменение няма да доведе до влошаване качеството на обслужване на спешните пациенти, поради посочените по-горе мотиви.</p>		
5.	БАПЗГ Вх. № 15-00- 140/31.08.17	<p>§1. В Глава четвърта Характеристика на структурите за болнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“, Раздел III Нива на компетентност на структурите,</p>	Приема се частично	Приема се регламентиране на броя на щатове за специалистите по здравни грижи в СО. В Глава пета, Раздел II. Изисквания към персонала на структурите, осъществяващи дейности в обхвата на специалността „Спешна медицина“ в болнични

		<p>осъществяващи дейност по специалността „Спешна медицина“ в лечебните заведения за болнична помощ, т. 3.1. Изисквания за мултипрофилно спешно отделение от II ниво на компетентност, т. 3. Изисквания за осигуреност с човешки ресурси, след т. 3.2. Минимален брой лекари в щатно разписание на Спешно отделение – 6 да се добави нова точка т.3.3. с текст:</p> <p>„Минимален брой специалисти по здравни грижи – медицински сестри, акушерки, фелдшери/медицински асистенти – 6 /шест/, като поне един от тях е с придобита специалност „Спешна медицинска помощ“ Следващите точки да бъдат съответно преномерирани</p> <p>§2. В т.3.2. Изисквания за Мултипрофилно спешно отделение III ниво на компетентност, т. 3. Изисквания за осигуреност с човешки ресурси, след т. 3.2. Минимален брой лекари в щатно разписание на Спешно отделение – 12 да се добави нова точка 3.3. с текст:</p> <p>„Минимален брой специалисти по здравни грижи – 12“. Следващите точки да бъдат преномерирани.</p> <p>§3. В Глава пета Изисквания към персонала на структурите , осъществяващи дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“, Раздел I Общи положения, т. 2. Общите изисквания към квалификация на персонала, осъществяващ професионална дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“ в извънболнични и болнични условия, са както следва, в колоната Специалисти по здравни грижи да се добави текста:</p> <p>1. Медицински сестри, акушерки и фелдшери/лекарски асистенти с професионална квалификация, придобита по реда на Закона за висшето образование, Закона за здравето и Закона за съсловната организация на професионалистите по здравни грижи и приравнените на тях;</p> <p>2. Медицински сестри, акушерки и фелдшери/лекарски асистенти с придобита специалност „Спешна медицина“.</p>	<p>Приема се</p> <p>Приема се</p>	<p>условия е регламентиран и състава на спешния екип в т.ч. и на медицинските специалисти по здравни грижи в спешния екип.</p> <p>В колона „Специалисти по здравни грижи“ е добавена т. 5 Фелдшер/лекарски асистент</p>
--	--	--	-----------------------------------	---

		<p>§4. Раздел IV Модел на клиничната практика, в т. 1.8. след думите „се провеждат“ да се добави „Задължителни допълнителни квалификационни курсове“, думата „периодични“ да отпадне. Редакцията на текста да звучи, както следва: „1.8. С цел усъвършенстване на квалификацията, теоретичните знания и практически умения се провеждат задължителни допълнителни квалификационни курсове, обхващащи всички лица с професионална дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“</p> <p>§5. Да се добави нова точка 1.10. със следния текст: „1.10. Специалистите по здравни грижи, работещи в структури за спешна медицинска помощ трябва да притежават документи от проведено продължаващо професионално обучение, придобити в рамките на срока за периодична оценка на професионалните компетентности“</p> <p>§6. Препоръчително е специалистите по здравни грижи, работещи в структури за спешна медицинска помощ да имат придобита специалност „Спешна медицинска помощ“ или „Анестезиология и интензивни грижи“</p>	<p>Не се приема</p> <p>Не се приема</p> <p>Не се приема</p>	<p>Предвидено е с цел усъвършенстване на квалификацията, теоретичните знания и практически умения да се провеждат допълнителни периодични професионални квалификационни курсове под всякакви форми, обхващащи всички лица с професионална дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“. Периодичното провеждане на професионални квалификационни курсове гарантира постоянно поддържане на придобитите знания и умения качеството на дейността.</p> <p>Въвеждането на задължително притежаване на документ от проведено продължаващо професионално обучение, ограничава възможността от провеждането на различни форми на обучение за поддържане на професионални умения, необходими за изпълняването на дейностите, като с оглед спецификата на дейността се предвижда и специализирано първоначално и периодично обучение на работещите в системата за спешна медицинска помощ по учебни програми, разработени от Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ.</p> <p>С оглед дейността, осъществявана от лицата с професионална дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“, не е необходимо ограничаване на възможностите за придобиване на специалност за специалистите по здравни грижи. Ключово за изпълнението на дейностите е наличието на специализирано първоначално и периодично обучение обучение за работа структурите за спешна медицинска помощ.</p>
--	--	--	---	--

6.	Д-р Нели Савчева Председател на НСОМБАЛ Вх. №63-00- 121/30.08.17	<p>Раздел II. Изисквания към персонала на структурите, осъществяващи дейности в обхвата на специалността „Спешна медицина“ в болнични условия</p> <ul style="list-style-type: none"> • т.2.1. минимални изисквания за формиране на състав на спешния екип в мултипрофилно спешно отделение: <ul style="list-style-type: none"> • т.2.1.1. ръководител на спешния екип-лекар с придобита специалност по спешна медицина или анестезиология и интензивно лечение, или вътрешни болести, или лекар без специалност с над 1 година опит в спешната медицинска помощ • т.2.1.2. специалисти по здравни грижи-минимум три двама при задължително работно място на един от тях в медицинския триаж • т.2.1.3 регистратор-минимум един по възможност • т.2.1.4 помощен персонал-минимум двама един <p>Мотиви: През различните Спешни отделения на ЛЗ за БП преминават за една работна смяна от 12 часа различен брой пациенти. В малките областни градове най-често са между 20-30 човека на дневна смяна и 15-20 човека за нощна смяна. Приблизително толкова пациенти преминават през специализираните кабинети в извънболничната помощ за 6-7 часа, където не е задължително да работи медицинска сестра, камо ли две.</p> <p>Кризата, която се изпитва през последните няколко години, породена от намаления брой специалисти по здравни грижи, оставащи на работа в страната, поставя общинските болници пред невъзможността да изпълнява заложеното в Проекта за промяна на МС по Спешна медицина в</p>	<p>Не се приема</p> <p>Приема се</p> <p>Приема се</p>	<p>За изпълнение на пълния обем медицински дейности от обхвата на медицинска специалност „Спешна медицина“ е необходимо владееенето на специфични познания и умения, сходни само с тези, овладявани в процеса на специализация по медицинската специалност „Анестезиология и интензивно лечение“.</p>

		<p>тази му част. Счита се, че предложенията са обективни и отговарящи на настоящата ситуация.</p> <p>Предложения за промяна в МС</p> <p>- Общи положения/стр.3/- Понятията „спешно състояние“ и „спешен пациент“ са дефинирани. Индикацията обаче трябва да се поставя от медицински специалист, а не от пациента. Всеки пациент може да определи себе си като спешен пациент, но медицинският специалист преценя дали състоянието е спешно.</p> <p>- Клинично документиране на случая/стр.9/- Предвидено е в стандарта да се документират резултатите от направените изследвания. Това е трудоемко и отнема доста време. Вместо това може резултатите от изследванията да се прикрепят към амбулаторния лист</p> <p>- Вторичен транспортен пациент до друго лечебно заведение/стр.13/ т.2.2.7.-лекарят-консултант по профила на заболяването от изпращащото заведение да уведоми приемащото лечебно заведение</p> <p>- Изисквания към структурата на СО/стр.39/:</p> <ul style="list-style-type: none"> Вход за амбулаторни пациенти и вход за санитарни автомобили – входа може да е общ. Така са устроени сега повечето СО в страната, вкл. и УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ 	<p>Приема се по принцип</p> <p>Не се приема</p> <p>Приема се по принцип</p> <p>Не се приема</p>	<p>Съгласно стандарта оценката на състоянието на пациента се прави от медицински специалист. Организацията на дейността следва да се уреди с вътрешните правила на лечебното заведение.</p> <p>Стандартът изисква документиране на състоянието, включително направените изследвания. Начинът за това следва да се уреди във вътрешните правила за документооборота на лечебното заведение.</p> <p>В Глава втора, Раздел V. т.2.2.3. на МС регламентира, че „Вторичният транспорт на спешен пациент се прилага само при изпълнени критерии за безопасност и подsigурени условия за прием в приемното лечебно заведение с използването на реанимационен наземен спешен мобилен екип със санитарно транспортно средство тип С или на аеромедицински екип.” Същевременно, т.2.2.7. определя, че преди провеждане на вторичен транспорт изпращащото лечебно заведение е длъжно да уведоми за това приемното (дестинационното) лечебно заведение. Организацията на дейността следва да се уреди с вътрешните правила на лечебното заведение.</p> <p>Предложените промени ще доведат до нарушаване на пациентските потоци</p>
--	--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> Зона за консултации и пациенти с минимални увреди - тази дейност може да се извършва в залата за триаж. Излишно е обособяването на такава зона в предвид пространство и площ, при положение, че тези пациенти не се нуждаят от настаняване на легло. 	Не се приема	Съгласно стандарта всички пациенти, попаднали на територията на СО подлежат на медицински триаж. Медицинският триаж в СО се извършва в зоната/залата/помещението за медицински триаж в една единствена, определена за целта зона/пост. Всички пациенти, попаднали в зоната/поста на медицински триаж, се категоризират по приетите триажни скали, а категоризацията на пациентите посредством медицинска триажна скала в СО определя зоната за настаняване на пациентите, преминали през медицински триаж и регистрация за прием в СО, вкл и в Зона за консултации/пациенти с минимални увреди.
	<ul style="list-style-type: none"> Стая за изолация, стая за деконтаминация и стая за мениджмънт на психиатрични спешни случаи- всичко това може да се извърши в една обща стая тип „изолатор“ на функционален принцип. Рядко се случва да има нужда от трите стаи едновременно и на практика две от тях ще бъдат почти неизползваеми. 	Не се приема	Не е допустимо смесване на пациенти с инфекциозни и неинфекциозни заболявания
	<ul style="list-style-type: none"> Уместно е да се предвиди кабинет за консултанти за обсъждане и документиране на клинични случаи – при наличие на няколко консултанта едновременно те трудно биха се поместили в работната станция на персонала на СО. 	Приема се по принцип	Стандартът не ограничава осигуряване на допълнителни помещения за административни и други дейности (т.4.17)
	<ul style="list-style-type: none"> Стая за изолация/стр. 47/-уместно е в Стандарта да бъде предвидено тя да бъде обезопасена - с решетки на прозорците и без предмети, които могат да предизвикат самонараняване – в предвид, че там се изолират психично болни, пияни и употребили психоактивни вещества. 	Приема се	Посочените изисквания са приложими към стаята за мениджмънт на психиатрични спешни случаи, за която тези изисквания са предвидени (т.4.8.)
	<ul style="list-style-type: none"> Изискване към гипсовъчно помещение и процедурна зала/стр. 48/ -тези дейности могат да се извършват в една обща процедурна зала на 	Не се приема	Във връзка с описаните в стандарта дейности, които се извършват в процедурната зала и изискват строго спазване на правилата за асептика и антисептика, не е допустимо смесване на пациенти

	<p>функционален принцип. Уместно е да бъде снабдена с рентгенов апарат тип „Кугел“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Изисквания към зона „регистратура/триаж“/стр.50/-Тези дейности е редно да се извършват в една обща зона, от един мед. специалист, на едно работно място – при условие, че един нощен екип например се състои от 2 лекари, 2 мед. сестри, 2 санитарни е излишно да бъдат ангажирани 2 медицински специалисти за две идентични по същността си дейности – тогава в зоната за преглед и спешна терапия ще останат само 2 мед. специалисти - Организация на пациентския поток в СО/стр.52/ <p>При пациенти с код „червено“ и триажна категория А1, поставена от екип на ЦСМП-да не се извършва триаж в СО, а да бъдат насочвани директно към шокова зала</p> <p>В стандарта е предвидено /Раздел V, т. 1.7.3.3., стр. 53/ пациентите да преминат в друга, само по-горна триажна категория след извършен ретриаж. Има случаи, в които могат да попаднат в по-долна триажна категория – например пациента постъпва с остра болка в гърдите, тогава той ще получи триажна категория В2, но след извършен преглед и диагностично уточняване, ако се окаже интеркостална невралгия, при ретриаж ще попадне в по-ниската триажна категория С3.</p> <p>Триажна категория на база входяща информация/стр.58/ представена в табличен вид - уместно е животозастрашаващо кървене, което е предвидено в триажна категория В2 да премине в А1</p> <p>Стр. 59 – Регистрация и триаж да се извършва от 1 мед. специалист , на едно работно място</p>	<p>Приема се</p> <p>Не се приема</p> <p>Приема се</p> <p>Не се приема</p> <p>Приема се по принцип</p>	<p>за извършване на различните видове медицински процедури.</p> <p>В Глава четвърта, Раздел IV., т.4.16. Изисквания към Зона за регистрация (регистратура)/триаж: 4.16.1. Необходимо е организиране на обща зона на регистрация/триаж за достъп на всички пациенти до СО, при които се прилага последваща оценка през системата на медицински триаж. Допустимо е и функционалното изграждане на тази зона/пост в общо пространство със зоната за чакане (чакалнята) по модела на отворено пространство.</p> <p>В Глава четвърта, Раздел V, т.1.7.1.1. е определено, че пациентите с код Червено А1 се насочват директно към зала за ресусцитация (шокова зала).</p> <p>В посочения текст, асоциирането на тази категория (В2) е на база входяща информация. Съгласно МС оценката на състоянието на пациента се прави от медицински специалист, но организацията на дейността следва да се уреди с вътрешните правила на лечебното заведение.</p> <p>В Глава четвърта, Раздел IV., т.4.16. Изисквания към Зона за регистрация (регистратура)/триаж: 4.16.1. Необходимо е организиране на обща зона на</p>
--	---	---	--

		<p>- Пациенти с неоснователно посещение, прием, престой в СО/стр.63/ - при неоснователно посещение и престой в СО пациентите да заплащат определена такса на лечебното заведение – модел, приет и практикуван в много държави. Това би намалило неоснователното посещение на неспешни пациенти, както и това, че голям брой пациенти посещават СО, не заради това, че са спешно болни, а здравно неосигурени.</p> <p>- Времеви рамки за изпълнение на дейностите в СО Стр. 67-предвидено е всички лабораторни и образни изследвания при пациенти с триажна категория А1 да се извършват до 15 мин. – за целта е уместно да се предвиди спешен сектор в клинична лаборатория, тъй като за всяко изследване има технологично време и този срок трудно би се спазил, ако спешните изследвания не се извършват с приоритет.</p>	<p>Не се приема</p> <p>Приема се по принцип</p>	<p>регистрация/триаж за достъп на всички пациенти до СО, при които се прилага последваща оценка през системата на медицински триаж. Допустимо е и функционалното изграждане на тази зона/пост в общо пространство със зоната за чакане (чакалнята) по модела на отворено пространство.</p> <p>Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване българските граждани имат право на достъп до медицински услуги при условията и по реда на чл. 82 от Закона за здравето, което включва и медицинска помощ при спешни състояния. Чл. 100, ал.2 определя, че всяко лечебно заведение е длъжно да извърши възможния обем медицински дейности при пациент в спешно състояние независимо от неговото гражданство, адрес или здравноосигурителен статут.</p> <p>Организацията на дейността по провеждане на лабораторните и образните изследвания за пациенти със спешни състояния следва да се уреди с вътрешните правила на лечебното заведение.</p>
7.	<p>УМБАЛ „Медика“- Русе МБАЛ „Пулс“- Благоевград Вх.№ 63-00-113/11.08.17</p>	<p>Становището на УМБАЛ „Медика“ – гр. Русе е с идентично съдържание като становището от Български лекарски съюз, получено с писмо с вх. № 62-00-47/10.08.2017г.</p> <p>Становището на МБАЛ „Пулс“ – гр. Благоевград се отнася до следното:</p> <p>1. Липсва I-во ниво на компетентност – в проекта на мед. стандарт липсва възможност за разкриване на спешно отделение от I-во ниво на компетентност (най-ниското предвидено ниво на</p>	Не се приема	<p>Всяко лечебно заведение за болнична помощ е длъжно да организира 24 часов прием на пациенти със спешни състояния. Приемът на пациенти, насочени от лечебни заведения за извънболнична помощ и от центрове за спешна медицинска помощ, или на самонасочили се пациенти се осъществява в консултативно-диагностичния блок чрез консултативните кабинети или чрез спешното отделение. Дейността се осъществява на функционален принцип от съществуващите структури на диагностично-консултативния блок и стационарния блок. Не е целесъобразно разкриване</p>

	<p>компетентност за мултипрофилно спешно отделение е II-ро ниво, а за профилираното – III-то). Предвидените в проекта изисквания за II и III ниво на компетентност – относно наличието на определени болнични структури в ЛЗБП, осигуреността с медицински специалисти, капацитета и архитектурно-инфраструктурната среда на спешното отделение не са съобразени с реалните възможности на лечебните заведения и с кадровия дефицит на специалисти по много от изискваните специалности, в т.ч. и по специалността „Спешна медицина“. За лечебните заведения ще бъде невъзможно да отговорят на предвидените нива на компетентност, поради редица фактори – липса на финансов ресурс, липса на кадрови капацитет и други – все обективни пречки, за които няма реална възможност за преодоляването им. Същевременно, текстът на чл. 20, ал. 2 от Наредба № 49/18.10.2010г. казва, че приемът на пациенти се осъществява чрез една от двете структури – чрез консултативните кабинети в КДБ или чрез спешно отделение (аналогичен текст е възпроизведен и в НРД). Отделно, чл. 19а, ал. 3 от Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ казва, че преценката относно необходимостта от хоспитализация при самонасочили се пациенти в условията на спешност се извършва от ЦСМП или от лекар в структура за спешна мед. помощ, в зависимост от това къде се е самонасочил пациентът(т.е. единствената възможност за приемане на пациент, самонасочил се към ЛЗБП е чрез СО). Предвид цитираните текстове от Наредба 49/2010 и</p>	<p>на самостоятелна структура по спешна медицина. Дейностите, предвидени да се извършват съгласно стандарта изискват наличие на съответни помещения/зони. Разпоредбите на стандарта определят и възможността за извършване на различни дейности от сходно естество в едни и същи помещения/зони.</p>
--	--	--

		<p>Наредбата за право на достъп до МП, наличието на функциониращо спешно отделение е на практика задължително структурно звено, за да бъде осъществяван приемът на пациенти в болниците. Заложените в стандарта изисквания обаче създават реална опасност лечебните заведения, които не разполагат със спешно отделение, т.к. не покриват изискванията за II-ро и III-то ниво, да бъдат затруднени и направо ограничени в приема на пациенти. В тази връзка изискванията за разкриване и поддържане на СО следва да са реално изпълними от лечебните заведения, като това може да бъде постигнато със залагането на I-во ниво на компетентност.</p> <p>Не на последно място, разкриването на спешни отделения към повечето болници ще облекчи работата на спешните екипи. Медицинските специалисти ще работят в по-спокойна среда и това би довело до намаляване на агресията в СО. Отделно, ще се осигури по-бърз и безпрепятствен достъп на населението до специализирана болнична медицинска помощ, което ще доведе до по-голяма резултатност на провежданото лечение и в крайна сметка до по-качествена медицинска услуга на пациентите.</p> <p>2. В глава IV от проекта на стандарт са поставени неизпълними изисквания към структурите в болничните заведения, осъществяващи дейност по специалността „Спешна медицина“. По-конкретно:</p> <p>По отношение на изискванията за структурни звена:</p> <p>В точка 3 на раздел III се поставят изискванията за мултипрофилно спешно отделение от II ниво на компетентност, което е най-ниското възможно</p>		
--	--	---	--	--

		<p>ниво. По-конкретно определят се изискванията относно структурите в СБК – кои следва да са собствени на лечебното заведение, кои може да са осигурени по договор с външна структура, какви следва да са нивата на компетентност на тези структури и за кои специалности може да се осигури денонощна консултативна помощ. От посочените разпоредби се налага следния извод:</p> <p>За да отговаря на изискванията за II-ро (най-ниско) ниво на компетентност едно мултипрофилно лечебно заведение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Следва задължително да има собствени (т.е. разкрити) определените в т.3.1. структури, които са общо 14 на брой. Ако лечебното заведение не разполага с посочените структури, то не би могло да покрие изискванията и да има спешно отделение, дори от най-ниското ниво на компетентност. Залагането на задължителни структурни звена е в пряко противоречие с нормите на Закона за лечебните заведения. Съгласно чл. 9, ал.2 от ЗЛЗ болниците биват многопрофилни и специализирани. Съгласно дефинициите, дадени в чл. 23, ал. 1 от ЗЛЗ, многопрофилната болница е лечебно заведение, което има отделения/клиники най-малко по две медицински специалности, а специализираните – само по една мед. специалност. Повече от очевидно е разминаването между изискванията на медицинския стандарт и ЗЛЗ. След като законът позволява да има многопрофилни болници с отделения по само две специалности и специализирани болници само с една специалност, то не може с подзаконов нормативен акт да се въвеждат изисквания за още 		
--	--	---	--	--

	<p>задължителни структурни звена – и то 14 на брой. На практика всички болници, които не разполагат с 14-те изискуеми по стандарт отделения, няма да могат да имат спешно отделение. Спешното отделение на една многопрофилна болница следва да обезпечава нуждите на отделенията разкрити в болницата, поради което стандарта следва да предостави на ЛЗ възможност да поддържат спешно отделение за структурите, с които разполагат.</p> <p>Отделно, самите структури, които се изискват като задължителни са на практика неизпълними, а някои – дори излишни:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Клинична лаборатория и лаборатория по микробиология – известно е, че много ЛЗБП имат разкрити на територията си такива лаборатории, които обаче не са част от структурата на самите лечебни заведения. Не е ясно какви причини налагат тези структури да бъдат собствени на лечебното заведение, а не да се ползват по договор с външна структура. На практика това изискване ще доведе до „дублиране“ на едни и същи структури на територията на едно и също лечебно заведение. Още повече, известен е дефицитът на лекари с посочените специалности. Дори при подписване на националните рамкови договори, НЗОК и БЛС отчитат тези обстоятелства, като алгоритмите на клиничните пътеки предвиждат когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория да осигури същата по договор с друго ЛЗ, като единственото изискване, което поставя е лабораторията да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. 		
--	--	--	--

		<p>Що се касае за микробиологичната лаборатория – клиничните пътеки изискват тя да е осигурена на територията на областта. Нещо друго, поставянето на изискване в стандарта за наличие на лаборатория по микробиология е излишно и неоправдано – микробиологичните изследвания изискват минимум 2-3 дни за обработка, през което време пациентът вече ще е напуснал спешното отделение.</p> <p>- Трансфузионна хематология – съгласно мед. стандарт по трансфузионна хематология, отделения по ТХ могат да се разкриват само към областните МБАЛ. Това на практика ограничава всички останали лечебни заведения за болнична помощ от разкриването на подобна структура, а от там и на спешно отделение. Отделно, в градовете, в които има разкрити Регионални центрове по трансфузионна хематология, често няма лечебни заведения за болнична помощ с разкрито отделение по трансфузионна хематология. Предвид посочените съображения по-удачно би било да се даде възможност тази структура да се осигури по договор с друго лечебно заведение.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Следва задължително да е осигурило денонощна консултативна помощ по 9 медицински специалности. Това изискване е практически изпълнимо. Част от специалностите, по които се изисква обезпечаването с консултанти – това са детска, пластично-възстановителна, съдова, гръдна и лицево-челюстна хирургия, които се изпълняват предимно в университетските градове. За лечебните заведения в населените места, където има недостиг на такива специалисти, ще бъде 		
--	--	---	--	--

		<p>невъзможно да осигурят изискваните консултанти. На практика те ще трябва да бъдат осигурявани от други населени места (ако това въобще е възможно), което от своя страна прави консултациите неизпълними в рамките на престоя на пациента в СО.</p> <p>Структури по тези специалности има в малко населени места и пациенти изискващи диагностично-лечебни дейности по тези направления, при всички положения ще бъдат насочвани към тях. В тази връзка, далеч по-практичен подход е вместо да се търсят и да се чакат консултанти, които да прегледат пациента, е да се стабилизира състоянието му и той веднага да бъде транспортиран в лечебно заведение с необходимите структури.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Следва да осигури минимум 6 лекари на непрекъснат график, двама от които със специалност спешна медицина или анестезиология и интензивно лечение – в страната има малък брой лекари със специалност „Спешна медицина“, което ще затрудни осигуряването на минимум 2-ма лекари със тази специалност за всички спешни отделения в страната. Що се отнася до лекарите – анестезиолози – то голяма част от тях са вече ангажирани в структури по анестезиология и реанимация. • Следва задължително да е осъществило не по-малко от 5000 приема годишно – тази бройка е нереално висока и непостижима за малките лечебни заведения или за болници в райони с малобройно население. Залагането на подобен количествен показател по никакъв начин не е обвързан с качество на оказаната медицинска 		
--	--	--	--	--

		<p>помощ, а основна цел на стандарта е именно това – повишаване на качеството на медицинската услуга.</p> <p>По отношение на изискванията за структурни звена:</p> <p>Макар в проекта на стандарта да са премахнати изискванията за задължителна площ на отделението и зоните в него, все пак са запазени изискванията за наличието на конкретен брой зони за преглед, лечение, консултации и наблюдение и други помещения, които няма как да се разкрият при сегашните площи на функциониращите към момента спешни отделения. Индиректно проектът принуждава осигуряване на значително по-голяма площ за спешно отделение от реално съществуващата в болниците и от действително необходимата. Запазването на тези изисквания ще наложи сериозни строителни реконструкции на сега съществуващите СО, което в много лечебни заведения е технически невъзможно и изпълнимо, а в тези, при които все пак има възможност от реконструкция, то това е свързано с много големи финансови разходи. Ноторно известно е, че към настоящия момент дейността, осъществявана на лечебните заведения не се заплаща адекватно от НЗОК и редица болници са пред фалит. Още по-сериозно е положението при частните лечебни заведения, при които предоставяната в спешните отделения медицинска помощ не се финансира от държавен или общински бюджет (отделно, попада извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, заплащани от бюджета на НЗОК). При това положение не е ясно от къде лечебните заведения следва да осигурят средства за подобна реконструкция на помещенията.</p>		
--	--	--	--	--

[illegible]

	<p>с посоченото по-долу действащо европейско законодателство, което може да доведе до невъзможност за изпълнение на такъв вид полети, във вида, разписан в предложения проект.</p> <p>Изпълнението на полети за спешна медицинска помощ е регламентирано в Регламент (ЕС) № 965/2012 на Комисията от 5 октомври 2012 година за определяне на технически изисквания и административни процедури във връзка с въздушните операции в съответствие с Регламент (ЕО) № 216/2008 на Европейския парламент и Съвета. В тази връзка, разпоредбите, касаещи изпълнението на аеромедицинските полети следва да се синхронизират с изискванията на този Регламент, съгласно които операции за оказване на спешна помощ (HEMS) се изпълняват единствено от сертифицирани за това авиационни оператори.</p> <p>В Приложение 1 към Регламента, т. 58, ясно е дефинирано определението за полет с вертолет за спешна медицинска помощ, като полет на вертолет, който се експлоатира с разрешение за HEMS, чиято цел е да се улесни спешната медицинска помощ, когато е важно незабавното и бързо транспортиране, чрез превозване на:</p> <ul style="list-style-type: none">а) медицински персонал;б) медицински доставки (оборудване, кръв, органи, лекарства); илив) болни или ранени лица и други пряко свързани лица. <p>Специфични забележки:</p> <p>1. Относно Глава втора „Елементи на диагностично-лечебния процес в обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“, Раздел V „Транспорт на спешния пациент“:</p> <p>Разпоредбата на т.3.4.5. да бъде ревизирана, както следва:</p>		
		Не се приема	В Глава втора, Раздел V, т.3.4.4.2 и т.3.4.4.4. са регламентирани времеви и медицински критерии за искане и изпълнение на аеромедицински транспорт, както и вътрешно административните

		<p>„Ползването и активирането на аеромедицински транспорт се разрешава от ръководителя на районната координационна централа, на основание заявена нужда от страна на наземен мобилен спешен екип или след постъпило искане от лечебно заведение за болнична помощ за аеромедицински транспорт на спешен пациент“</p> <p>Мотиви: Съгласно посочените в т.3.4.4.2 и т.3.4.4.4. от Раздел V на Глава втора времеви и медицински критерии за искане и изпълнение на аеромедицински транспорт, елементът на спешност е определящ за активирането на този вид транспорт. В тази връзка следва да се оптимизира административният процес на получаване на разрешение за изпълнение на медицински полети, с оглед спазването на заложените времеви критерии. Посредством Наредбата, Министерство на здравеопазването ясно дефинира случаите, когато се активира аеромедицински транспорт и в тази връзка не е обусловено неговото одобрение за всеки отделен случай. Същевременно, в проекта на Наредба не са посочени възможности за даване на отказ за изпълнение на такъв вид транспорт от страна на Министерство на здравеопазването, при условие, че се спазват описаните критерии.</p> <p>2. Относно Глава трета „Характеристика на структурите за извънболнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“, Раздел V „Санитарни транспортни средства в структурите за извънболнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“:</p>	Приема се по принцип	<p>процедури в системата на здравеопазването, които следва да бъдат изпълнени.</p> <p>В текста е отразено „2.6. Въздушно медицинско превозно средство - медицинско превозно средство за транспорт по въздуха на мобилен спешен екип, спешен транспорт, диагностика, лечение и мониторинг на поне един спешен пациент.“</p>
--	--	--	----------------------	--

		<p>Разпоредбата на т.2.6. да бъде ревизирана, както следва:</p> <p>„Въздушно санитарно транспортно средство – санитарно транспортно средство, проектирано и екипирано за транспорт на мобилен спешен екип, спешен транспорт, диагностика, лечение и мониторинг на поне един спешен пациент. Видове въздушен транспорт:</p> <p>2.6.1. Въздушна линейка – въздухоплавателно средство, оборудвано и предназначено за транспортиране на поне един пациент с носилка, медицински персонал или медицински доставки.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Самолетна въздушна линейка – транспортиране на пациент от летище до летище - Хеликоптерна въздушна линейка – транспортиране на пациент от хеликоптерна площадка от и до болница. <p>2.6.2. HEMS – полет с вертолет за спешна медицинска помощ от място на инцидент/събитие до болница“.</p> <p>Мотиви: С оглед на административно и техническо разграничаване на медицински полети, в зависимост от тяхната степен на спешност, в Ръководството за прилагане на Регламент (ЕС) № 965/2012г., т. GM1 SPA.HEMS.100(a), се прави диференциране между операция „въздушна линейка“ и полет на хеликоптер за спешна медицинска помощ. Операция „въздушна линейка“ е тази, при която хеликоптерът се използва на принципа на сухопътна линейка, извършвайки транспортиране на пациенти от/до болница. От регулаторна гледна точка, операциите, тип „въздушна линейка“ се третират</p>		
--	--	---	--	--

	<p>като стандартна транспортна задача, без наличие на допълнителен риск.</p> <p>Същевременно, отново в т. GM1 SPA.HERMS.100(a) HERMS полетите се третират като полети с различна степен на риск, като се отчита високата степен на спешност на изпълняваните задачи и спецификата на локациите, където са възникнали инцидентите.</p> <p>3. Относно Глава трета „Характеристика на структурите за извънболнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“, Раздел V „Санитарни транспортни средства в структурите за извънболнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“:</p> <p>Разпоредбата на т.4.4.4.2. да се ревизира, както следва:</p> <p>„БДС EN 13718-2:2015 Медицински превозни средства и техните съоръжения. Санитарни самолети линейки. Част 2: Експлоатационни и технически изисквания за санитарните самолети линейки“</p> <p>Мотиви: следва да се има предвид, че европейският стандарт EN 13718-2:2015 има вече статут на български стандарт БДС EN 13718-2:2015, считано от 18.05.2015г., с което заменя посочения БДС EN 13718-2:2009.</p> <p>4. Относно Глава пета „Изисквания към персонала на структурите, осъществяващи дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“, Раздел III „Изисквания към персонала на структурите, осъществяващи дейности в</p>	<p>Приема се по принцип</p>	<p>В текста е отразено: „4.2.2. За медицински транспортни средства, използвани за въздушен транспорт и лечение на болни или ранени лица: 4.2.2.1. Медицински превозни средства за въздушен транспорт на мобилен спешен екип, спешен транспорт, диагностика, лечение и мониторинг на поне един спешен пациент, проектирани и произведени в съответствие с национални стандарти, които въвеждат хармонизирани европейски стандарти.“</p>
	<p>към персонала на структурите, осъществяващи дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“, Раздел III „Изисквания към персонала на структурите, осъществяващи дейности в</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Броят на лицата в спешния екип, тяхната квалификация и тяхната компетентност са свързани с дейностите които изпълняват (подробно описани текстуално и таблично в Глава пета, Раздел III на стандарта) за пациент в спешно състояние. Съгласно действащата нормативна уредба,</p>

		<p>обхвата на специалността „Спешна медицина“ в извънболнични условия“:</p> <p>Разпоредбата на т.2.1.3.9. да се ревизира, както следва:</p> <p>2.1.3.9. Аеромедицински лекарски екип на въздушно санитарно транспортно средство</p> <p>2.1.3.9.1. АМЕ Въздушна линейка – минимум един лекар специалист и един специалист по здравни грижи</p> <p>2.1.3.9.2. АМЕ HEMS / полет с вертолет за спешна медицинска помощ/ - медицинско лице.</p> <p>Член 2.1.3.10 да отпадне</p> <p>Мотиви: Посоченото в чл. 2.1.3.9 и 2.1.3.10 от Глава пета „Изисквания към персонала на структурите, осъществяващи дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“, Раздел III от проекта на Наредба изискване за наличие на две медицински лица на борда не е в съответствие с разпоредбите на Регламент (ЕС) № 965/2015г., в който съгласно т. SPA.HEMS.135 се изисква поне едно медицинско лице на борда, без да се конкретизира дали това е лекар специалист, специалист по здравни грижи или професионален специалист (парамедик).</p> <p>Европейското законодателство, изготвено на базата на дългогодишният опит във функционирането на HEMS системата в редица държави-членки на ЕС, ясно постановява, че при HEMS полетите водещи са видовете медицински дейности, които се изпълняват на борда, а не броят на медицинските лица, които го предоставят. В този случай определящо е не само медицинското</p>		<p>парамедикът не е лице с медицинско образование, а лице с професионална квалификация, която се придобива в системата на професионалното образование и обучение.</p>
--	--	--	--	---

		<p>оборудване на хеликоптера, но и медицинската квалификация на съответното медицинско лице.</p> <p>Съгласно наредба № 1 от 7 април 2016г. за придобиване на квалификация по професията „Парамедик“, т.2. от Приложение към чл. 2, парамедикът осъществява дейности по оказване на първа помощ, свързани с първоначална оценка и поддържане на основните жизнени функции и с осигуряване на специализиран медицински транспорт до лечебно заведение. Парамедикът с четвърта степен на професионална квалификация може да работи самостоятелно или съвместно с медицински специалисти (лекари и специалисти по здравни грижи) или с други парамедици в зависимост от характера на поставената задача и вида на екипа. Така разписаните разпоредби на чл. 2.1.3.9 и 2.1.3.10 от проекта на Наредба ограничават правото на самостоятелна работа на този вид медицински лица, придобито на базата на Наредба № 1 от 7 април 2016г.</p> <p>В тази връзка разпоредбите на членове 2.1.3.9 и 2.1.3.10 следва да бъдат ревизирани и съгласувани с изискванията на посочения Регламент, като се предвиди HEMS полетите да бъдат изпълнявани от едно или повече медицински лица на борда, като те са описани в т. 75 от Приложение 1 към Регламента. Същевременно техническите спецификации на въздушните линейки, посочени в български стандарт БДС EN 13718-2:2015 също позволяват оперирането на хеликоптери с кабинна конфигурация за едно медицинско лице.</p> <p>Подкрепя се инициативата на Министерство на здравеопазването за регулиране на дейностите по изпълнение на аеромедицински полети, като се счита, че с отразяването на коментарите ще се постигне синхронизация с европейските изисквания не само на регулаторно</p>		
--	--	---	--	--

		ниво, но и с утвърдената практика в тази област, прилагана в другите страни от ЕС.		
9.	Д-р Велислава Начкова УМБАЛ“Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД Началник спешно отделение	<p>Концептуалната част на документа е добре структурирана, дава ясна картина за специалността, както и относно относими формулировки и дефиниции за всички елементи от системата и дейностите, касаещи помощта при спешни състояния.</p> <p>Въпреки забележките, касаещи липсата на ясна връзка и/или противоречия с останалото медицинско законодателство, тази част на документа е приемлива, при толкова детайлизирани описания на всеки елемент от процеса на спешната медицинска помощ. Всеки един неприемлив детайл може да бъде изгладен в рамките на бъдещи редакции с последващи минимални корекции.</p> <p>Не може да не се отбележи, че може да има критики, свързани с обемистия характер на стандарта. Дискутабилен е въпросът, дали е нужно част от него да стане обект на отделни нормативни актове – наредби и инструкции, както и на други актове от различен правен порядък и естество – например – методични указания.</p> <p>Съществуват противоречия между изискванията за ресурсно обезпечаване и времевите рамки, заложи в проекта.</p> <p>Най-ценното в документа е, че за първи път се дава комплексен модел за управление на системата на здравеопазване в условия, свързани с кризисни ситуации и травматизъм. Описват се логистични схеми, които могат да се мултиплицират в условия на масови бедствия и аварии. Задължително след съгласуване стандартът трябва да стане част от цялостната нормативна база, свързана с националната сигурност.</p> <p>Коментари, касаещи спешните отделения:</p>		

	<p>В частта, касаеща болнично спешно здравеопазване може да се отбележи следното:</p> <p>В Четвърта глава „Характеристика на структурите на болнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности от обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“ (стр. 29 от проекта); в т. 2.2.2.1. са указани условия, при които многопрофилни лечебни заведения могат да създават профилирани спешни отделения в обхвата на спешния компонент на определена хирургична или терапевтична медицинска специалност. Така дефинираното определение допуска създаване на профилирани спешни отделения при липса на разкрити структури по определени медицински специалности. Допустимостта се обвързва с определено ниво на компетентност на определените профилирани отделения. (т. 2.2.2.2. на стр. 29).</p> <p>Същевременно в Раздел трети на главата (стр. 31) са дефинирани изискванията (условията) при които на отделенията се присвоява определението „ниво на компетентност“.</p> <p>Проектът, в така предложения на обществено обсъждане вид не позволява на лечебните заведения да разкриват Мултипрофилни отделения от 2-ро и 3-то ниво при липса на указаните в Раздел Втори, т. 3.2. изисквания.</p> <p>Широко тълкуване на Глава четвърта; Раздел Първи не допуска разкриване на едно многопрофилно отделение без наличието на определени структури, заложи като изисквания в Раздел трети т. 3.2. разкриването на няколко профилирани спешни структури в рамките на едно голямо лечебно заведение е нереално и нецелесъобразно, поради следните съображения:</p> <p>1. Големи структуроопределящи лечебни заведения с национално и междурегионално значение ще бъдат</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Дефинираното определение допуска създаване на профилирани спешни отделения при липса на разкрити структури по определени медицински специалности и допуска създаването на спешно отделение по една или повече специалности.</p> <p>Отделно от това са дефинирани възможности отделни болнични клиники или отделения по определени медицински специалности/медицински дейности да бъдат определяни на функционален принцип като специализирани болнични центрове за оказване на спешна медицинска помощ по съответната медицинска специалност или медицинска дейност.</p>
--	--	---------------------	---

		<p>дискриминирани от изискванията на стандарта да разкриват мултипрофилни спешни отделения от 3 ниво на компетентност, поради неравномерно териториално разпределение на болничната помощ в големите градове (включително столицата)</p> <p>2. Ще се намалят реалните възможности на големи болници да оказват достъпна своевременна помощ при спешни състояния.</p> <p>3. Ще бъде нарушен принципа за равнопоставеност между университетските лечебни заведения по отношение възможностите за обучение на студенти.</p> <p>4. Ще се наруши принципа на целесъобразност на националната здравна политика на страната, и ще се създадат диспропорции в залаганата и утвърдена национална здравна карта</p> <p>5. Едва ли ще се постигне очевидно целената по-висока финансова ефективност</p> <p>Във връзка с горното се предлага:</p> <p>В текста на проекта, т. 2 на Раздел Първи „Видове структура“ да се добави текст:</p> <p>„Структуроопределящи университетски лечебни заведения с национално и между регионално значение, могат да разкриват мултипрофилни спешни отделения, като се допуска липса на собствени разкрити структури по определени клинични хирургични и терапевтични специалности. Изключения се допускат в случаи, на териториална близост и бърз достъп до друго лечебно заведение със собствена разкрита структура по липсващите от горепосочените лечебни заведения.</p> <p>Същевременно само те подлежат на задължителна акредитация по смисъла на Закона за лечебните заведения, и при последваща</p>		
--	--	---	--	--

		<p>процедура биха загубили възможностите си за обучение на студенти. По този начин част от Университетските болници, включени в Националната здравна карта не биха могли да изградят мултидисциплинарни СО от 3-то ниво на компетентност. Така те ще бъдат ограничавани при:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обслужване на пациенти по спешност по смисъла на статута си на Национални консултативни центрове; • Пряката си дейност по обучение на студенти и специализанти при така предлаганите изисквания. 		
10.	<p>Производствен комплекс Трансформа Вх. №26-00-1652/22.08.17 г.</p>	<p>1.В Глава трета, Раздел пети, т. 4.2. на „Проект на Наредба“ е направена категорична препратка към БДС EN 1789:2007+A2:2014 за „Медицински превозни средства и техните съоръжения – Линейки“, а именно:</p> <p>4.2. Изискванията за санитарните транспортни средства и тяхното оборудване са както следва:</p> <p>4.2.1. За санитарно транспортно средство тип А1, санитарно транспортно средство тип А2, санитарно транспортно средство тип В и санитарно транспортно средство тип С:</p> <p>4.2.1.1. БДС EN 1789:2007+A2:2014 Медицински превозни средства и техните съоръжения</p> <p>Независимо от това, на всички места, вместо правилния термин „Линейка/и“ (въведен от БДС EN 1789:2007+A2:2014 – стр. 1) се използва термина санитарно/и превозно/и средство/а“</p> <p>Напомня се, че в Наредба № 60, в Приложение 1 са изброените всички видове автомобили със „Специално предназначение“, и там подобен вид „Санитарно превозно средство“ не съществува, респективно не може да бъде одобрено и регистрирано.</p>	Приема се	Терминологично уточняване

	<p>Поради препратката в „Проект на наредба“ към изискванията на БДС EN 1789:2007+A2:2014 тази формулировка трябва да бъде заменена с „Линейка – код SC“:</p> <p>Наредба № 60, приложение 1, т. 5.3. – „Превозни средства със специално предназначение“:</p> <p>„Линейка – код SC – превозно средство, категория М, предназначено за превоз на болни или пострадали лица и имащо специално оборудване за тази цел“</p> <p>Освен чисто терминологичното несъответствие, тази корекция ще допринесе в страната да се преустанови порочната практика да се произвеждат и пускат в експлоатация превозни средства (от категория N1), регистрирани като „Специални автомобили“ или „Автомобили със специално предназначение“ (SG) с „медицинско предназначение“,</p> <p>Специална група – код SG – превозно средство със специално предназначение, което не отговаря на нито едно от определенията, съдържащи се в тази точка.</p> <p>При пълно несъответствие и без ангажимент да покриват изискванията на стандарт БДС EN 1789:2007+A2:2014, вместо „Линейки - SC“ (БДС EN 1789:2007+A2:2014), тази група „Автомобили със специално предназначение“ много често и некоректно се „квалифицират“, обозначаваат и експлоатират като „Линейки“.</p> <p>2. В „проект на наредба“, в глава трета, раздел пети, точка 5 „специфична окраска и маркировка“ е записано изискване към „цветова маркировка за бели автомобили/допълнителен цвят – оранжев“:</p> <p>„Всички санитарни транспортни средства в ЦСМП от тип А, В и С носят следната специфична окраска и маркировка: основен цвят на автомобила – бял; допълнителен цвят: оранжев - цвят на покрива, оранжева светлоотразяваща лента с</p>		Не се приема	Определените в стандарта изисквания не противоречат на описанието на стандарта.
--	---	--	--------------	---

		<p>ширина до 40 см, опасваща целия автомобил на височината на дръжките на страничните врати, лого (емблема) на центровете за спешна медицинска помощ върху покрива, предните и една от задните врати, надпис "Спешна медицинска помощ" от двете страни на санитарния автомобил, специална светлинна и звукова сигнализация, състояща се от сини сигнални лампи, сини сигнални фарове и сирена; графично и цветно изображение на отличителния знак на единния европейски номер 112 за територията на Република България по образец съгласно Закона за националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112, разположен върху задната половина на санитарната част, симетрично от двете страни“.</p> <p>В приложение С на БДС EN 1789:2007+A2:2014 е записано:</p> <p>„За да се подобри разпознаваемостта и видимостта през деня, основният цвят на каросерията трябва да бъде жълт (RAL 1016) или бял. Когато за цвят на каросерията е избран белия, върху външната повърхност може да се добави допълнителна окраска във флуоресцентно жълто или жълто (RAL 1016) или флуоресцентно червено (RAL 3024).“</p> <p>Т.е. ако превозното средство е бяло на цвят, върху неговата повърхност може да се постави допълнителна маркировка (т.е. ако е включена хипотеза за допълнителна маркировка, а не е задължително), но ако такава все пак се поставя, тя трябва да съответства на двата цвята, цитирани в „стандарта“ – жълт и червен:</p> <p>Преди превод – “Where the white body option is selected additional fluorescent yellow or yellow (RAL 1016)11) or fluorescent red (RAL 3024)11) should be used on the external surface of the vehicles”</p> <p>В допълнение на горното, стандарт БДС EN 1789:2007+A2:2014е въведен в България без</p>		
--	--	---	--	--

	<p>национални отклонения – отклонение тип „А“, съгласно „Правила за работа по националната стандартизация“, част 2 „Организационни дейности по стандартизация“, т. 8.1.1. „Одобряване и въвеждане на европейски стандарти като български стандарти“:</p> <p>„БИС може да поиска Отклонение - тип А в случай на разработване на европейски стандарт, който е в противоречие с предписания български нормативен акт. Искането за отклонение – тип А трябва да бъде направено на възможно най-ранен етап на разработването на европейския стандарт, т.е. на етап начален проект или на етап първичен въпросник“</p> <p>3. В цитираната по-горе глава трета, раздел пети, точка 5 на „Проект на наредба“, в „специфична окраска и маркировка“ също така е включен текст, подобно описващ светлинната и звукова сигнализации:</p> <p>„... специална светлинна и звукова сигнализация, състояща се от сини сигнални лампи, сини сигнални фарове и сирена...“</p> <p>Така направеното описание се повтаря във всички документи и процедури, свързани с темата „Линейки“ без да се променя вече 20 години, като по същество описва изключително нефункционална и остаряла система за визуално предупреждение, която не гарантира висока степен на видимост и безопасност на движение на „Линейките“</p> <p>Съвсем неразбираемо е, че в „проекта на Наредба“, светлинната сигнализация на „Линейката“ е толкова подробно описана, а не е включено никакво описание и изискване към „Санитарния отсек“, който по същество е работното място на специализираните екипи или изисквания към „Медицинските изделия и оборудване“, които са гаранция за функционалността. Т.е. по каква</p>	Не се приема	<p>Определените в стандарта изисквания не противоречат на описанието на стандарта.</p>
--	--	--------------	--

		<p>логика е избран да бъде описан само един елемент от „Линейката“, а не всичките, които я съставляват?</p> <p>В тази връзка, ако не се възприеме идеята за добавяне на изисквания към другите „части“ на „Линейките“ с цел да се „опише хипотетичен модел“, предлага се тези текстове да бъдат коригирани по начина, записан в БДС EN 1789:2007+A2:2014, а именно:</p> <p>„Превозното средство трябва да бъде съоръжено с устройство за визуално предупреждение и устройство за звуково предупреждение за облекчаване на преминаването му при спешни случаи“.</p> <p>Във връзка с горното, предлага се коригиране на частите с допуснати неточности, съгласно БДС EN 1789:2007+A2:2014 и Наредба № 60</p>		
11.	<p>Институт по стандартизация Вх. № 33-00-95/21.08.17</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Т. 4.2.1.1 изброените стандарти да бъдат съобразени с БДС EN 1789:2007+A2:2014 съгласно становището института по стандартизация и предоставеното приложение 1 и 2. • Т. 4.2.2.1- да се замени с въздушни линейки-изменението е в терминологията съобразена със БДС • 4.2.2.3-да се преработи текста т. 4.3.-в противоречие с посочените датирани стандарти в т.4.2.-т.4.3.се отнася само за недатирани стандарти • Навсякъде в текста „санитарно превозно средство“ се заменя с „линейка“ • Навсякъде в текста „въздушно санитарно превозно средство“ се заменя с „въздушна линейка“ <p>Предложенията са съгласно Приложения 1 и 2 към Справката</p>	Приема се	

12.	<p>Д-р Георги Гелев ЦСМП-София Вх. №74-03- 336/17.07.17г.</p>	<p>1. Счита се за целесъобразно в медицинския стандарт да бъдат включени критерии за определяне на броя и вида на необходимите спешни екипи, обслужващи определен район, осигуряващи спазването на посочените индикативни времеви рамки за достъп при различните категории спешни повиквания – код червено, код жълто и код зелено. Критериите следва да включват броя на обслужваното население, постъпилите спешни повиквания, характеристиките на района, транспортната инфраструктура, наличие на специфични рискови обекти и др. индикативни показатели.</p> <p>През 2016г. броят на постъпилите спешни повиквания в ЦСМП-София е 140 541 или 192 случая средно на работна смяна. От тях само за ФСМП-София са 111 639. Анализ на ЦСМП показва, че оптималният брой повиквания, които може да обслужи един спешен екип в гр. София е 6 случая за 12 часа. При среден брой на постъпващите повиквания в РКЦ за ФСМП-София град за една работна смяна около 160, минималния необходим брой мобилни спешни екипи е 27. Освен това е необходимо да бъде осигурен поне 20% резерв за реакции при Происшествия с голям брой пострадали в резултат на катастрофи, аварии, терористични актове и др. Това определя нужда от най-малко 33 екипа за ФСМП-София град. За осигуряване на дейността на останалите 16 филиала са необходими минимум 20 екипа.</p> <p>Това формира намален брой екипи в ЦСМП-София, обслужващ всички лица, намиращи се на територията на областите София-град и София-област с население над 1 600 000 души (22,5% от населението на страната) и територия с</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Критериите за определяне на броя и вида на необходимите спешни екипи, обслужващи определен район следва да се регламентира в методиката за изготвяне на националната здравна карта и правилника за устройството и дейността на ЦСМП</p>
-----	--	--	---------------------	--

	<p>площ 8 400 км² (7,6% от територията на страната) от 53 мобилни спешни екипа.</p> <p>Следва да се има предвид, че броя на постъпващите спешни повиквания е значително редуциран поради съществуващият недостиг на спешни екипи и възможността за закъснение на линейките, основно в столичния град. В случай, че броят на екипите се повиши и случаите на закъснение се редуцират, обръщаемостта за спешна помощ ще се увеличи. В тази връзка оптималният брой екипи за нуждите на обслужваното население следва да се определи на база на брой обслужвано население, като всеки един спешен екип следва да обслужва максимум 20 000 население, т.е. оптималния брой екипи за ЦСМП-София е 75.</p> <p>Без осигуряване на необходимият брой спешни екипи, ЦСМП-София е в невъзможност да изпълни изискванията на медицинския стандарт за времеви рамки за достигане до мястото на инцидента в над 90% от случаите.</p> <p>2. Медицински стандарт „Спешна медицина“ регламентира изискванията към устройство на филиалите за спешна медицинска помощ стационарен тип (ФСМПС). В стандарта не е отчетена значителната разлика, която съществува по отношение на функционалните възможности на тези структури и съответстващите на тях помещения и оборудване, в зависимост дали те се намират в населено място с разкрито болнично заведение с възможности за консултативна помощ и диагностика по искане на екип на ЦСМП, или не. В тази връзка предлага се да се обсъди целесъобразността да се регламентират подвидове на ФСМПС, в зависимост от възможностите за</p>	Приема се	
--	--	-----------	--

	<p>осигуряване на спешна диагностика и лечение на място.</p> <p>3. Прилагането на медицинския стандарт „Спешна медицина“ в частта за телекомуникационен триаж е силно затруднено по причини, които подробно са изложени в писмо с изх. № 4289/09.06.2017г. и вх. № 74-03-285/09.06.2017г. Предлага се в медицинския стандарт да се регламентира, че прилагането на телекомуникационен триаж се осъществява чрез автоматизирана информационна система, като до въвеждането на такава, утвърдените алгоритми и протоколи имат препоръчителен характер.</p> <p>4. В раздел III „Районна координационна централа“, т.8 на стандарта се посочва, че „в РКЦ се осигуряват технически условия за „набиране на информация с цел анализ на дейността на РКЦ и ЦСМП“, като са посочени 19 показателя.</p> <p>Доколкото в РКЦ се използва предоставен от МЗ софтуер на информационната система на СМП, който към момента не осигурява възможност за въвеждане на необходимата пълна информация за всяко спешно повикване, както и други данни, които да позволява набиране на информация за анализ на дейността на ЦСМП в съответствие с горепосочените изисквания на утвърдения стандарт „Спешна медицина“, предлага се да бъде въведен отлагателен срок за изпълнението на тези изисквания. Срокът следва да бъде съобразен с възможностите на МЗ да осигури актуализация на използваната система.</p> <p>5. В Раздел V „Транспорт на спешния пациент“ на медицински стандарт „Спешна медицина“, т.2.1.1 е дадено определение на</p>	<p>Приема се</p> <p>Приема се</p> <p>Приема се</p>	
--	---	--	--

	<p>понятието „Спешен първичен транспорт“, като се посочва, че това е „транспортът на спешен пациент от мястото на инцидента до подходящо приемно лечебно заведение“, т.е. в това понятие се включват само случаите, при които състоянието на пациента предполага последващ транспорт до лечебно заведение.</p> <p>В т.4.2.1. на същия раздел са посочени фазите за спешен първичен транспорт, в т.ч. времевите рамки за придвижване от мястото на инцидента, диференцирани в зависимост от триажната категория на повикването.</p> <p>Така въведените изисквания за време на пристигане, които са ключов елемент на медицинския стандарт, формално са приложими само в случаите, когато крайният резултат е транспортиране на пациента в приемно лечебно заведение. С цел прецизиране на горепосочените регламенти, предлагат да се допълни определението за първичен спешен транспорт, като се посочи, че това е транспортът, осъществен от мобилен екип до мястото на инцидента с последващо транспортиране на спешен пациент до подходящо приемно лечебно заведение при необходимост.</p> <p>6. С Глава шеста на стандарта се въвеждат критерии за оценка на основателността на осъществено повикване в обхвата на медицинската специалност „Спешна медицина“. Съгласно тях неоснователно повикване на мобилен екип на спешна медицинска помощ има „при установено на мястото на инцидента състояние на пациент, който не е обект на медицинската специалност „Спешна медицина“, след проведен медицински триаж, снети</p>	<p>Приема се по принцип</p>	<p>Образците на документи са част от регламентацията в Наредба 25 за спешната медицинска помощ, като бъде добавено отделно място за запис при актуализация на образците. Към настоящия момент документирането в зависимост от действащите правила за документооборот в конкретното ЦСМП може да бъде във „Фиш за обслужен спешно болен“.</p>
--	---	-----------------------------	--

		<p>анамнестични данни и извършена оценка на виталните функции и съзнанието“. Стандартът регламентира, че „неоснователното повикване на мобилен екип на спешна медицинска помощ се удостоверява с документиране на обстоятелствата и условията за такова в специфичния за дейността документооборот – фиш за нерегламентирано (неоснователно) повикване – с отбелязване на анамнестичните данни и установените данни за състоянието на пациента след преглед и оценка на виталните функции и съзнанието“.</p> <p>Доколкото към момента няма утвърден от министъра на здравеопазването специфичен документ „Фиш за нерегламентирано (неоснователно) повикване“, предлага се в стандарта да се регламентира, че това обстоятелство следва да се документира в действащия документооборот, в случая „Фиш за обслужен спешно болен“, като се впише „Неоснователно повикване – установено на място състояние при пациент, който не е обект на медицинската специалност „Спешна медицина“ и екземпляр от документа следва да се предостави на пациента.</p> <p>Въпреки създадената чрез стандарта нормативна възможност за документиране на дадено спешно повикване като „неоснователно“, липсва последващ регламент, създаващ възможности за санкциониране на лицата, търсещи неоснователно спешна медицинска помощ, особено в случаите на повтаряемост на тези случаи.</p> <p>Обърнато е внимание, че съществуващата възможност в административнонаказателните разпоредби на Закона за националната система за спешни повиквания с единен европейски номер</p>		
--	--	---	--	--

		<p>112 за санкциониране на лицата, които ползват „не по предназначение ЕЕН 112“ не е обвързан с текстовете в стандарта и е практически неприложима в случаите на неоснователно търсене на спешна медицинска помощ.</p> <p>Считат, че е необходимо спешно да бъдат създадени нормативни механизми, в т.ч. при необходимост промени в други нормативни документи, които да създадат функциониращ механизъм за санкциониране на лицата, търсещи неоснователно спешна медицинска помощ.</p> <p>В заключение, подчертават, че подкрепят изцяло останалите текстове в медицински стандарт „Спешна медицина“.</p> <p>Едновременно с това, считат, че е необходимо да бъдат актуализирани своевременно останалите подзаконови нормативни актове в системата за спешна медицинска помощ – Наредба 25 за спешна помощ и Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, които да бъдат синхронизирани с изискванията на стандарта. Особено важно е да бъдат актуализирани изискванията, свързани с това кой е обект на спешна медицинска помощ, формите за отчетност и документооборота, които в момента значително се различават от изискванията на действащия стандарт.</p>		
--	--	--	--	--

13.	<p>Национална асоциация на работещите в спешна медицинска помощ д-р Десислава Кателиева Вх. № 15-00-139/31.08.2017г.</p>	<p>Дефиницията, целта, задачите и елементите на лечебно-диагностичния процес в обхвата на специалността „Спешна медицина“ и глави I и II от проекта са съгласно съвременните добри практики в спешната медицина и препоръките на EuSEM, в което членува НАРСМП.</p> <p>Одобрява се съдържанието на глава III, касаеща характеристиките на структурите на извънболничната помощ без забележки. Очаква се след окончателното приемане и прилагане на стандарта по спешна медицина да се работи в нови по-широки и модерно оборудвани стационарни ФСМП и с нови, отговарящи на стандартите за безопасност и оборудване санитарни транспортни средства (наземни и въздушни), при усъвършенствани комуникации, както между РКЦ и екипите, така и между екипите и другите служби за спешно реагиране.</p> <p>Промените в пренаписаната глава IV, описваща характеристиките на структурите за болничната спешна медицинска помощ не променят философията на стандарта, описана в глави I и II. Изискването разкритите спешни отделения (СО) в болниците да са само II и III ниво на компетентност ще доведе до повишаване качеството и бързината на оказваната спешна болнична помощ. По този начин спешните отделения ще бъдат модерно оборудвани, с достатъчен кадрови и материален ресурс, както и с денонощно работещи консултанти, отделения за образна и лабораторна диагностика. Премахването на изискванията за площта на СО, но запазването на останалите изисквания към архитектурно-инфраструктурната им среда гарантират, че няма да бъде направен компромис с размерите, разпределението и оборудването на съвременния спешен болничен портал. Въвеждането на портативни ехографи в оборудването на спешните</p>	<p>Становището изразява подкрепа на проекта не съдържа предложения и бележки по проекта</p>	
-----	---	--	---	--

		<p>отделения е отдавна искано за постигане на точна и бърза диагностика на пациентите в животозастрашаващи състояния. Намалването на минималния брой легла в отделните зони на СО, не ограничава максималния брой легла, които лечебното заведение при необходимост и възможност може да разкрие допълнително в спешния си портал. Намалването на броя лекари със специалност спешна медицина и анестезиология и интензивно лечение не намалява общия брой на дежурни лекари и може да бъде компенсирано от дежурните специалисти-интензиви в съответните клиники.</p> <p>Изискванията на глава V, определящи квалификационните умения на персонала в структурите, осъществяващи дейност в обхвата на специалността „Спешна медицина“ отговарят на възможностите за кадрово обезпечение в страната и на съвременните препоръки на EuSEM, в която членува НАРСМП.</p> <p>Описаните в глава VI критерии за оценка на основателността на осъществено повикване и посещение в структурите на извънболнична и болнична спешна медицинска помощ са прецизни и гарантиращи приоритета на пациентите в животозастрашаващи състояния.</p> <p>В заключение, НАРСМП подкрепя проекта за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“ и се надява с кратки срокове той да стане действащ нормативен акт, при спазването на който ще се гарантира равнопоставен и своевременен достъп на пациентите до спешна медицинска помощ. гаранция за това са заложените в проекта индикатори за проследяване на качеството на структурите за спешна извънболнична и болнична медицинска помощ. Изискванията залегнали в отделните глави на проекта за стандарт по спешна медицина са</p>		
--	--	---	--	--

		съгласно световни и европейски препоръки в спешната медицина и са адаптирани към възможностите на българското здравеопазване.		
14.	Сдружение Асоциация „Хипофиза“ Ваня Добрева Вх. № 15-00-137/29.08.2017г.	<p>Изразява се становище, че този нормативен акт е необходим за гарантиране на своевременен и равнопоставен достъп до спешна медицинска помощ на всички пациенти, независимо от местоположението им и заболяването им.</p> <p>Сдружението от години настоява за изработване на диагностично-терапевтичен алгоритъм за поведение на всички етапи от извънболничната и болничната спешност при пациенти с адренални кризи. В проекта на стандарт откриват въвеждане на единни диагностично-терапевтични правила и алгоритми за действие на всички спешни екипи, независимо от нивото им на компетентност, което гарантира на пациентите своевременност и качество на оказваната спешна помощ според най-добрите практики в света. Изискването в глава IV спешните отделения да бъдат само на II и III ниво на компетентност гарантира високо качество на оказваната спешна медицинска помощ. Изискването такива спешни отделения да има само в болница с денонощно работещи отделения по вътрешни болести и анестезиология и реанимация, гарантира на всички пациенти със спешни ендокринологични състояния консултант по тези специалности, който може да установи и лекува</p>	Становището изразява подкрепа на проекта не съдържа предложения и бележки по проекта	

		<p>адренална криза или друго, животозастрашаващо състояние от ендокринните заболявания.</p> <p>В проекта на стандарт откриват, че е заложено приоритизиране на пациентите в животозастрашаващи състояния, едно от които е адреналната криза. Предимството в обслужването на тези пациенти са постига чрез въвеждане и прилагане на триажни протоколи от структурите на извънболничната и болничната спешна помощ, което е утвърдена световна практика. Въвеждането на медицински контрол над екипите с по-ниско ниво на компетентност (долекарски и домедицински екипи), гарантира на пациентите с редки животозастрашаващи състояния дистанционно присъствие на лекар, който да препоръча най-правилното лечение.</p> <p>Въвеждането на утвърдени добри световни практики в оказването на спешна помощ като триаж, медицински контрол и диагностично-терапевтични правила и алгоритми, както и поставян на по-високи изисквания за компетентност на лечебните заведения, оказващи спешна медицинска помощ, ще направи достъпа на пациенти с адренални кризи до спешна медицинска помощ равнопоставен, своевременен и животоспасяващ.</p> <p>Всичко описано по-горе е практика от десетилетия в другите европейски държави. Остават в очакване приемането на стандарта да е начало за установяване на адекватна грижа на българските пациенти, нуждаещи се от спешна медицинска помощ.</p>		
--	--	--	--	--

15.	Български лекарски съюз Вх. № 62-08- 52/01.09.2017г.	<p>Счита се, че проектът на медицински стандарт по своята същност е изключително изчерпателен и въвежда съвременни критерии за дейностите от обхвата на спешната медицина. Но без допълнителни мерки по отношение на болничните спешни отделения, стандартът ще остане поредният нормативен акт – „товар“ за лечебните заведения за болнична помощ. Защото, независимо от своята пълнота и европейски критерии, в условията на българското здравеопазване, стандартът няма да реши основните проблеми на спешните звена в болниците, поради следните причини:</p> <p>1. Тези отделения работят в условията на кадрови дефицит, в много региони и при изключително неефективна извънболнична помощ, особено в празнични и почивни дни.</p> <p>2. В повечето случаи СО поемат поток от пациенти, самонасочили се към спешните структури като най-пряк и нерегулиран достъп до лекарска грижа. Най-често това са пациенти от населени места без ежедневно осигурена първична и специализирана извънболнична помощ, както и неосигурени лица. Тези категории пациенти често са над 2/3 от потока, преминаващ през СО, но подлежат задължително на преглед и триаж. В повечето случаи тези неспешни пациенти са основните недоволни и агресивни лица.</p> <p>3. Голяма част от спешните отделения нямат необходимите възможности за да покрият изискванията за пълноценно разгръщане на триаж, диагностично-лечебни функции, спокоен достъп на нуждаещите се пациенти и ограничен достъп на агресивни „придружители“ и случайно преминаващи лица.</p>	<p>Становището не съдържа предложения и бележки по проекта</p>	
-----	---	--	--	--

		<p>4. Спешните отделения са „тежест“ за лечебните заведения за болнична помощ, тъй като формират голяма част от финансовия им дефицит.</p> <p>Не е пресилено да се каже, че финансирането на спешните отделения в момента е за сметка на лечебните заведения, тъй като финансовият ресурс, отделян от държавата по условията на „Методиката за субсидиране на лечебните заведения“ на Министерство на здравеопазването, понастоящем, е крайно недостатъчен, както за модернизиране и поддържане на материално-техническата база, така и за осигуряване на съответстващо възнаграждение на медицинските специалисти и средства за обучение и поддържане на тяхната квалификация.</p> <p>Съгласно Методиката, общият финансов ресурс на ЛЗБП, които оказват спешна медицинска помощ на пациенти, преминали през спешните отделения и нехоспитализирани в същото лечебно заведение, се формира като сума от:</p> <p>1. Финансов ресурс за поддържане на капацитет за 24-часов непрекъснат режим на работа – среден месечен разход за един лекар в лекарски екип – 1500 лв. и среден месечен разход за 1 специалист по здравни грижи – 900 лв.;</p> <p>2. Ресурс за диагностика и лечение на спешни пациенти, които не са хоспитализирани в същото ЛЗ – 9 лв. за 1 пациент.</p> <p>Сумата от 9 лв. за преминал пациент не може да покрие дори оптималните диагностични изследвания – ЕКГ, кръвна картина с урея, креатинин, кръвна захар, образна диагностика – при необходимост. А при по-сложните случаи, които изискват и по-голям обем изследвания, направените разходи остават за сметка на</p>		
--	--	--	--	--

		<p>лечебното заведение, ако пациентът откаже хоспитализация.</p> <p>Тези проблеми рефлектират негативно върху първичната оценка на населението за здравната система, защото спешните звена са „лицето“ на здравното заведение. Негативната нагласа често агравира към различни форми на насилие над персонала. В случай, че тези проблеми не бъдат решени с допълнителни разпоредби (Наредби, Правилници, Методики и др.), предложеният стандарт по Спешна медицина ще остане само едно добро пожелание, без нужната практическа реализация. Без допълнителни мерки, приет само като нормативен документ, стандартът може да създаде предпоставки за медицински/лекарски грешки.</p> <p>По същество, се предлагат следните мерки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Изготвяне на допълнителна регламентация: <p>Разработване на правилници, диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми и подходи за лечение при спешни състояния, които да спомогнат за стандартизиране на процесите, вкл. чек листи и др., за работа в тези отделения, както и оформяне на ефективна консултативна помощ. Често нейното забавяне, неефективност или прехвърляне на пациентите са причина за пропуски и грешки, които затрудняват пряката работа със спешни пациенти и пораждат у тях чувството за неудовлетвореност, понякога и агресия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Усъвършенстване на механизмите за финансиране на дейностите по спешна медицинска помощ в болничните структури. Промяна на Методиката за субсидиране на спешните отделения. 		
--	--	---	--	--

		<p>2.1. Гарантиран финансов ресурс за осигуряване, както нормативно определения брой лекари, специалисти по здравни грижи и санитарни, така и на необходимите регистратори и охрана.</p> <p>2.2. Промяна на сумата, заплащана за преминал пациент. Анализите на финансовия дефицит, които формират ЛЗБП, осъществяващи спешна медицинска помощ показват, че е необходимо финансовият ресурс за преминал пациент да бъде увеличен от 9 на 25 лв. Най-коректно би било да бъде оценена и съответно финансирана реалната стойност на медицинската услуга, предоставена на спешния пациент, но засега това е неосъществимо.</p> <p>3. Осигуряването на нужните по стандарт дооборудване и преустройство на инфраструктурата следва да бъде подпомогнато от държавата.</p> <p>4. Осъществяване на стриктен контрол от структурите на Министерство на здравеопазването – Регионалните здравни инспекции, върху наличието и ефективността на звена за неотложна помощ, осигурена в спешните отделения ежесмесна информация за графици на работещите кабинети от извънболничната медицинска помощ.</p> <p>5. Създаване на работна група към отговорния за ресора Заместник-министър на здравеопазването, за ефективни, бързи и практически обосновани, реални за изпълнение решения, свързани с тези частично изложени проблеми.</p>		
--	--	--	--	--

		Изразява се готовност за конструктивно участие в дефинирането и изработването на допълнителни мерки за решаване на проблемите в спешните звена на лечебните заведения за болнична помощ.		
--	--	--	--	--