

ДО МИНИСТЪРА НА
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОФ. Д-Р ХРИСТО ХИНКОВ

СТАНОВИЩЕ

От
НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ЧАСТНИТЕ
БОЛНИЦИ,
ЕИК 176542129, гр. София, бул. „Дондуков“
№ 115А, ет. 3, ап. 18
представявано от Красимир Димитров
Грудев – Председател на Управителния
съвет, електронен адрес:
office@privatehospitals.eu, телефон:
0898722133,

ОТНОСНО: Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба №3 от 06.10.2017г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“ (обн. в ДВ, бр. 86 от 27.10.2017 г.)

ПРАВНО ОСНОВАНИЕ: чл.26, ал.2 ЗНА

УВАЖАЕМИ Д-Р ХИНКОВ,

На основание чл.26 ал.2 от Закона за нормативните актове правим следните предложения по отношение на публикувания на 28.02.2024г. на интернет страницата на Министерство на здравеопазването Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба №3 от 06.10.2017г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“:

I. ПЪРВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ – в §1, т.4, буква „а“ от Проекта на Наредба за изменение и допълнение на Наредба №3 от 06.10.2017г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“, публикуван за обществено обсъждане на 28.02.2024г., касаеща изискванията за мултипрофилно спешно отделение от II ниво на компетентност, да се направят следните промени:

1. В „т.1.1 Анестезиология и интензивно лечение“, „т.1.2 Хирургия“, „т.1.3 Вътрешни болести“, „т.1.4 Кардиология“, т.1.8 Неврология“, „т.1.9 Педиатрия“, „т.1.23 Образна диагностика“ и „т.1.24 Клинична лаборатория“ от таблицата, да се предвиди възможността дейностите по съответните медицински специалности да бъдат осигурени и чрез достъп до външна структура.

МОТИВИ:

За да отговаря на изискванията за II-ро (най-ниското възможно) ниво на компетентност съгласно медицинския стандарт Спешна медицина, едно многопрофилно лечебно заведение следва задължително да има собствени (т.е. разкрити) определените в т.3.1. структури, които са общо 8 на брой, по следните медицински специалности – анестезиология и интензивно лечение, хирургия, вътрешни болести, кардиология, неврология, педиатрия, образна диагностика и клинична лаборатория. Ако лечебното заведение не разполага с посочените структури, то не би могло да покрие изискванията и да има спешно отделение, дори от най-ниско ниво на компетентност. Залагането на задължителни собствени структурни звена е в пряко противоречие с нормите на Закона за лечебните заведения. Съгл. чл.9, ал.2 от ЗЛЗ, болниците биват два вида - многопрофилни и специализирани. Съгласно дефинициите дадени в чл.23, ал.1 и ал.2 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 Спешна медицина 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 норм.акт да се въвеждат изисквания за още задължителни структурни звена – и то 8 на брой!!!! Така, на практика всички болници, които не разполагат с 8-те изискуеми по стандарт отделения, няма да могат да имат спешно отделение, въпреки че разполагат със структури по съответните медицински специалности, за които имат разрешение за дейност и в които са осигурили ресурси, 24 часов режим на работа, лекарски екипи и съответното апаратурно и организационно осигуряване, за да посрещнат лечението на пациенти в спешно състояние. **Спешното отделение на една многопрофилна болница следва да обезпечава нуждите на отделенията разкрити в болницата**, поради което стандарта следва да предостави на лечебните заведения възможност да поддържат спешно отделение за структурите, с които разполагат. По този начин ще се гарантира и то в най-пълна степен достъпът на пациентите до навременни, качествени и квалифицирани диагностично-лечебни дейности в условията на спешност. При спешни състояния най-критичният фактор е времето до предприемане на подходящите медицински дейности и в тази връзка осигуряването на възможност за разкриване на функциониращи спешни отделения във всички ЛЗБП ще позволи на болниците да предоставят на гражданите не само по-добро медицинско обслужване, но и по-навременна медицинска помощ в най-близкото място до събитието или инцидента. Медицинският стандарт по Спешна медицина не следва да създава нормативни пречки пред лечебните заведения да разкрият, респ. поддържат спешно отделение, а напротив – следва да способства лечебните заведения да разкрият спешно отделение, което да обслужва медицинските специалности, които се осъществяват в дадено ЛЗ. В тази връзка, залагането на изисквания за определени „собствени“ на лечебното заведения структури са ограничаващи. Още повече, разпоредбата на чл.23 от Наредба 49/18.10.2010г. на МЗ изрично предвижда възможността пациент, при който в хода на диагностиката и лечението се установи необходимост от определен обем спешна медицинска помощ, която не може да бъде осъществена в лечебното заведение, да се преведе своевременно в друго лечебно заведение, което може да осъществи тази дейност.

Отделно някои от структурите, които се изискват съгласно стандарта са неизпълними, а други – дори излишни.

Такъв е случаят в изискването за 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**. На практика това изискване е или неизпълнимо или води до „дублиране“ на едни и същи структури на територията на едно 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 се поставя е лабораторията да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. 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 спешно отделение.

2. В т.3.1., в частта **Забележката под таблицата**, касаеща структурата по трансфузионна хематология, предвиденото III-то ниво да се замени с II-ро ниво на компетентност, като се направят следните изменения:

„Забележка:

****Допуска се само при договор със структура по трансфузионна хематология от II ниво на компетентност на територията на областта или РЦТХ/НЦТХ.“**

МОТИВИ:

Съгласно проекта на Наредба за изменение и допълнение на медицински стандарт по Спешна медицина, дейността по специалността трансфузионна хематология трябва да бъде осигурена или чрез собствена структура от най-малко II-ро ниво на компетентност или чрез достъп до външна структура, за която обаче се поставя изискване тя да бъде от III-то ниво на компетентност на територията на населеното място или РЦТХ/НЦТХ. Така поставеното изискване е на практика неизпълнимо, тъй като на теорията на редица населени места няма нито разкрита структура по трансфузионна хематология (или същата е с по-ниско от III ниво на компетентност), нито има РЦТХ, но има ЛЗБП, които обслужват населението, респ. е налице необходимост от функциониращо спешно отделение. НЦТХ е ситуиран в София, а към настоящия момент има едва четири РЦТХ - в Пловдив, Стара Загора, Варна и Плевен, които покриват твърде малка част от страна. Същевременно в редица области на страна като Благоевград, Велико Търново, Видин, Враца, Габрово, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Пазарджик, Перник, Разград, Силистра, Сливен, Смолян, Търговище, Хасково и Ямбол няма разкрити структури по трансфузионна хематология, които да са от изискуемото III-то ниво на компетентност. Това, от своя страна лишава болниците в тези области от възможността да поддържат структура по спешна медицина.

Отделно от изложеното, смисълът изобщо да се изисква осигуряването на

структура трансфузионна хематология е обезпечаването на лечебното заведение с кръв и кръвни съставки. От своя страна, чл.15 от ЗККК постановява, че взимането на кръв и кръвни съставки се организира и извършва от центровете по трансфузионна хематология, от МБАЛ в чиято структура има отделение по трансфузионна хематология и от ВМА. Съгласно медицинския стандарт по трансфузионна хематология, ОТХ могат да се разкрива 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.

II. ВТОРО ПРЕДЛОЖЕНИЕ – въвеждане на възможността за разкриване на Спешно отделение от I-во ниво на компетентност:

- 1. В глава IV, раздел I, в т.2.2.1.3.** от медицинския стандарт, след думите „осъществява дейността си на“ да се добави „I“ и текстът да придобие следното съдържание:

„т.2.2.1.3 Мултипрофилното спешно отделение осъществява дейността си на I, II и III ниво на компетентност, определени съгласно изискванията на раздел III на тази глава.“

- 2. В глава IV, раздел I, в т. 2.2.2.1** от медицинския стандарт, след думите „спешния болничен комплект“ да се добави: „или да осигурят договори със съответните структури/специалисти“ и текстът да придобие следното съдържание:

„т.2.2.2.1. Многопрофилните лечебни заведения за болнична помощ, които не могат да разкрият мултипрофилно СО поради липса на разкрити структури от спешния болничен комплекс или да осигурят договори със съответните структури/специалисти, могат да създават профилирани спешни отделения за оказване на спешна медицинска помощ в обхвата на специалността „Спешна медицина“ и в обхвата на спешния компонент на определена/и хирургична/и и/или терапевтична/и медицинска специалност.

- 3. В глава IV, раздел III от медицинския стандарт се създава нова точка 3.1 със следното съдържание:**

„т.3.1 **Изисквания за мултипрофилно спешно отделение от I ниво на компетентност:**

3.1.1 Минимален брой лекари-специалисти - в СО работи поне 1 лекар - специалист по спешна медицина и/или анестезиология и интензивно лечение и/или други специалисти от профила на СБК.

3.1.2. В спешно отделение работят лекари, осигуряващи един лекарски екип на 24-часов непрекъснат график.

3.1.3. Минимален обем дейност - СО обслужва минимум 1000 пациенти за 1 календарна година.

3.1.4. Компетентност - в СО се лекуват пациенти със спешни състояния, изискващи интензивни диагностични и терапевтични процедури.

3.1.5. Минимална осигуреност с апаратура - СО разполага с ЕКГ монитори с неинвазивно измерване на АН, SpO₂; с регистриращо устройство за основните показатели - 4 бр., от които поне 1 за следене на параметрите на външното дишане, дефибрилатор - 1 бр.; ЕКГ апарат 1 бр., стационарен респиратор 1 бр., транспортен респиратор, перфузори - 4 бр.

3.1.6. СО I ниво ползва капацитета на лечебното заведение, което отговаря на следните условия:

3.1.6.1. Да притежава следните функциониращи болнични лечебни структури по следните специалности: анестезиология и интензивно лечение; обща хирургия; вътрешни болести; кардиология; неврология, акушерство и гинекология; ортопедия и травматология; 10% от легловия фонд на всяка от посочените структури осигурява на функционален принцип работата на спешния болничен леглови комплекс.

3.1.6.2. Да притежава операционен блок; да е осигурило дейностите по клинична лаборатория, микробиологична лаборатория и образна диагностика.

3.1.6.3. Да притежава необходимия брой лекари-специалисти по гореупоменатите специалности, медицински специалисти и обслужващ персонал, както и необходимата апаратура и оборудване съгласно утвърдения медицински стандарт по съответната специалност.

3.1.6.4. Да осигурява денонощен режим на работа на съответните специалисти, техника и оборудване.

3.1.6.5. Да има утвърдени от ръководителя на лечебното заведение правила за структурата и организацията на дейността на структурата.

4. В глава IV, раздел III от медицинския стандарт досегашните точки 3.1, 3.2 и 3.3 стават 3.2, 3.3 и 3.4.

МОТИВИ:

В медицинския стандарт липсва възможност за разкриване на спешно отделение от I-во ниво на компетентност (най-ниското предвидено ниво на компетентност за мултипрофилно спешно отделение е II-ро ниво, а за профилираното – III-то ниво). Изискванията 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 и към настоящия момент е 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, съгласно чл.20, ал.2 от Наредба №49/18.10.2010г. приемът на пациенти се осъществява чрез една от двете структури – чрез консултативните кабинети в КДБ или чрез спешно отделение (аналогичен текст е възпроизведен и НРД). Отделно, чл.19а, ал.3 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ също предвижда преценката относно необходимостта от хоспитализация при самонасочили се пациенти в условията на спешност да 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 към ЛЗБП е чрез СО). Предвид цитираните текстове от Наредба 49/2010г. и Наредбата за право на достъп до МП, наличието на функциониращо спешно отделение е на **практика задължително структурно звено**, за да бъде осъществяван спешен прием на пациенти в болниците. Заложеният в стандарта изисквания обаче затрудняват лечебните заведения, които не разполагат със спешно отделение, т.к. не покриват изискванията за II-ро и III-то ниво, и на практика са неизпълними. 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, каквото съществуваше преди приемането на настоящия медицински стандарт на 27.10.2017г.

Стандартът следва да предостави възможност на многопрофилните болници да поддържат отделение по Спешна медицина от I-во ниво на компетентност, което **да обезпечава нуждите на отделенията, разкрити в болницата**, без да са необходими нови структури, нови специалисти и редица други неосъществими изисквания и чрез което да се осъществява приема на пациенти към стационарния блок на ЛЗ.

Не на последно място, разкриването на спешни отделения към повече болници ще облекчи работата на спешните екипи. Медицинските специалисти ще работят в спокойна среда и това би довело и 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.

III. ТРЕТО ПРЕДЛОЖЕНИЕ – отпадане на изискванията към архитектурно-инфраструктурната среда на Спешно отделение:

- 1. В глава IV, раздел Раздел IV от медицинския стандарт - Изисквания към архитектурно-инфраструктурната среда на СО, се отменя.**

МОТИВИ:

Здравните изисквания към структурите в лечебните заведения, в т.ч. и спешно отделение, са посочени в Приложение №1 на Наредба №49/18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, поради което и повторното им разписване в настоящия медицински стандарт е излишно.

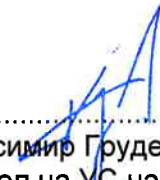
Освен това, изискванията към архитектурно-инфраструктурната среда на СО са изключително и ненужно завишени. Макар в стандарта да няма изисквания за задължителна площ на отделението и зоните в него, са разписани редица изисквания за конкретен брой зони за преглед, лечение, консултации и наблюдение и други помещения, които няма как да се разкрият при сегашните площи на функциониращите към момента спешни отделения. Индиректно стандартът принуждава осигуряване на значително по-голяма площ за спешно отделение от реално съществуваща в болниците и от действително необходимата. Запазването на тези изисквания налага сериозни строителни реконструкции на сега съществуващите СО, което в много лечебни заведения е технически невъзможно и неизпълнимо, а в тези, при които все пак има възможност от реконструкция, то това е свързано с големи финансови

разходи. Ноторно известно е, че към настоящия момент дейността, осъществявана на лечебните заведения не се заплаща адекватно от страна на НЗОК и пред редица болници са налице сериозни финансови затруднения. 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, респ. и свободна площ за тези структури.

Изразяваме увереност, че предложенията ни ще бъдат обсъдени и ще залегнат в проект на Наредба за изменение и допълнение на Медицинския стандарт по Спешна медицина. Считаме, че предложените промени са в интерес както на лечебните заведения с оглед нормалното им функциониране, така и на пациентите чрез осигуряване на достъпна и своевременна спешна медицинска помощ, особено в по-малките населени места.

26.03.2024г.

С уважение:


Красимир Грудев
Председател на УС на НСЧБ