

К О Н Ц Е П Ц И Я
ЗА
РАЗВИТИЕ НА СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА
ПОМОЩ
В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ 2014 - 2020г.



2014 г.

Въведение

Системата за спешна медицинска помощ в Република България, като част от националната здравна система и елемент от националната сигурност е държавен ангажимент, гарантиращ оказване на своевременна медицинска помощ при животозастрашаващи състояния, с цел предотвратяване на смърт или увреждания, довеждащи до инвалидизация. Спешната медицинска помощ се оказва съобразно световните достижения в медицината, равнопоставено по обем и качество на всички нуждаещи се, независимо от тяхната националност, етническа принадлежност, пол, възраст, социален или здравноосигурителен статус.

Политически контекст:

Концепцията за развитието на спешната медицинска помощ (2014 – 2020 г.) е израз на консенсус както между експертите в областта на здравеопазването, така и между институционализираните и неформалните структури на гражданското общество, относно необходимостта от промяна в здравната политика с акцент върху предоставянето на достъпна, качествена и своевременна помощ при животозастрашаващи състояния или състояния, водещи до временна или трайна инвалидизация.

Към настоящия момент смъртността от инфекциозни и други остро протичащи болести бележат рязък спад, но нараства значително относителният дял на смъртността от сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания и злополуки, в т.ч. транспортни, които вземат не малък брой жертви, причинявайки смърт и неработоспособност, особено сред младите хора.

В предложената програма за действие „Здраве за растеж“ на Европейския съюз в областта на здравето (2014 - 2020 г.) се подчертава връзката между икономическия растеж и доброто здравословно състояние на населението. В програмата се посочва, че здравето не е просто ценност сама за себе си - то е и фактор за растеж и само население в добро здраве може да използва напълно своя икономически потенциал.

Държавите членки на Европейския съюз трябва да намерят точния баланс между осигуряването на достъп до висококачествени здравни услуги, в това число и спешна медицинска помощ за всички, от една страна, и бюджетните ограничения, от друга.

В разработката на настоящата концепция са взети предвид и основните стратегически задачи на политиката на Световната здравна организация (СЗО) „Здраве 2020“ за подобряване здравето на всички и съкращаване на здравните неравенства, чрез по-пълно съблюдаване на принципите на социалната справедливост и усъвършенстването на стратегическото управление в интерес на здравето.

Стратегическа цел:

Цялостно интензивно развитие на спешната медицинска помощ, предоставяна в извънболнични и в болнични условия, с цел осигуряване на нейните качество, достатъчност и своевременност.

Актуално състояние на здравно-демографската ситуация в България:

Демографската ситуация в България се характеризира с трайна тенденция за намаляване броя на населението и неговото застаряване, и свързаните с тях ниска раждаемост, нарастваща смъртност, емигриране на предимно млади хора.

1. Населението на страната през 2012 г. е 7 282 000 и представлява 1,5 % от населението на Европейския съюз, като жените представляват 51,3 %.

2. Раждаемост – през 2012 г. коефициентът на обща раждаемост е намалял на 9,5 ‰, спрямо предходната година, като успоредно с това намалява и броят на фертилните жени.

3. Смъртност – нивото на общата смъртност през 2012 г. е 15‰, което е най-високото за Европейския съюз, като се запазва тенденцията за по-висока смъртност при мъжете. Запазва се структурата на смъртността по причини, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията.

4. Преждевременна смъртност – 22,3‰ през 2012 г, като показателят е два пъти по-висок при мъжете.

5. Детска смъртност – показателят е 7,8‰ за 2012 г. и е с положителна тенденция за намаляване, но все още е по-висок от страните в Европейския съюз.

6. Средна продължителност на живота - 74,02 г., като е с около 6 години по-ниска от средната за Европейския съюз.

7. Естествен прираст – същият е отрицателен (минус 5,5‰).

8. Застаряване на населението – налице е нарастване на относителния дял на населението над 65 г. за сметка на другите групи. По данни от последното национално преброяване броят на населението по възрастови групи е както следва: от 0 до 17 г. – 1 177 786 (16,2%), от 18 до 64 г. – 4 709 177 (64,7%) и над 65 г. - 1 395 000 (19,1%). Процесът на застаряване на населението над 65 години е характерен за по-голяма част от страните в Европейския съюз.

Функциониране на здравната система в България:

Националната здравна система на Република България се състои от лечебни заведения по Закона за лечебните заведения, здравни заведения по Закона за здравето и Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, и от държавни, общински и обществени органи и институции за

организация, управление и контрол на дейностите по опазване и укрепване на здравето.

Предвид различните видове лечебни заведения по Закона за лечебните заведения, те условно могат да бъдат разпределени в три различни групи – на лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, на лечебни заведения за болнична помощ и на други лечебни заведения.

Извънболничната медицинска помощ се осъществява от: 3 575 амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики, 223 амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики, 5346 амбулатории за първична дентална помощ, 3199 амбулатории за специализирана медицинска помощ, 575 медицински центрове, 49 дентални центрове, 33 медико-дентални центрове, 121 диагностично-консултативни центрове и 1026 самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

Болничната медицинска дейност се осъществява от: 312 лечебни заведения, като от тях 114 са многопрофилни болници за активно лечение, 37 специализирани болници за активно лечение, 36 специализирани болници за долекуване и продължително лечение и 12 психиатрични болници.

Третата група лечебни заведения се състои от: 7 комплексни онкологични центрове, 8 центрове за кожно-венерически заболявания, 12 центрове за психично здраве, 28 центрове за спешна медицинска помощ, 5 центрове за трансфузионна хематология, 30 домове за медико-социални грижи за деца, 41 хосписи и 1 национален комплекс от специализирани болници за рехабилитация.

Предоставянето на здравни услуги от националната здравна система е подчинено на следните принципи:

1. Опазване здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, което е национален приоритет, и се гарантира от държавата.

2. Конституцията на Република България и законите на страната регламентират на гражданите право на достъпна, което значи на достатъчна, своевременна и качествена медицинска помощ, предоставяна им при условия и по ред, определени със закон.

3. Системата на здравеопазване осигурява превенция и лечение на болести и травми, както и повишаване качеството на живот.

4. Основните цели, които си поставя здравната система са:

- Подобряване здравето на нацията.
- Осигуряване високо качество на медицинското обслужване.
- Ефективно действаща система за надзор на заразните болести и социално значимите заболявания.

- Предпазване на населението от заразни болести чрез висок имунизационен обхват.

- Намаляване риска за здравето на населението от негативните въздействия на околната и жизнената среда.

5. Основните принципи, върху които се основава системата на здравеопазване в нашата страна са:

- Право на свободен достъп до здравни грижи.

- Осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година.

- Промоция на здравето и интегрирана профилактика на болестите.

- Предотвратяване и намаляване риска за здравето на гражданите от неблагоприятното въздействие на факторите на жизнената среда.

- Особена здравна закрила на деца, бременни, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства.

- Държавно участие при финансирането на определени дейности, насочени към опазване здравето на гражданите.

Функциониране на Системата за спешна медицинска помощ:

Функциониращата в момента система за спешна медицинска помощ е резултат на осъществен проект за реструктуриране на съществуващата до 1994 г. структура за „Бърза и неотложна медицинска помощ”, която се състоеше от 5 самостоятелни станции и множество отделения за бърза и неотложна медицинска помощ към болници и поликлиники, финансирани от местните общински бюджети.

Сега системата е изградена от 28 самостоятелни Центъра за спешна медицинска помощ, подчинени на министъра на здравеопазването и финансиращи се от държавния бюджет.

Дейностите, които се осъществяват от системата са:

- Оказване на спешна медицинска помощ на мястото на инцидента и по време на транспорт до лечебно заведение (до 01.02.2007 г. спешна медицинска помощ можеше да бъде оказвана и в спешно приемно отделение).

- Транспорт на пострадали и болни, кръв и кръвни продукти, донори или органи за трансплантация, спешни републикански консултанти или медицински екипи, със специализирани автомобили (линейки) или санитарна авиация (към момента летателните апарати се осигуряват от външен изпълнител).

Реформата в спешната помощ бе първият етап от модернизирването на националната здравна система в България. Предхождайки по време реформата в останалите структури на извънболничната и болнична помощ, тя изигра и продължава да играе ролята на гаранционен буфер по пътя на изграждане на съвременна система на здравеопазване в България. Осигуряването на безотказен достъп на населението до спешна медицинска помощ е първостепенна грижа и задължение на държавата.

Териториалното и функционално организиране на структурите, определени да я осъществяват, не може да бъде разглеждано по друг начин, освен като неразделна част от системата на здравеопазване, с оглед нейното качество, медицинска и финансова ефективност.

Дейността на системата не може да бъде изведена извън контекста на конкретния исторически момент на развитие на страната и цялостното състояние на държавната и обществена системи, на възможностите и потребностите на обществото.

Системата за спешна медицинска помощ (СМП) в Република България включва 28 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), базирани в областните центрове, съобразно административно-териториалното деление на страната, с разкрити предимно в общински центрове - 198 филиала (ФСМП).

Изградената система осигурява наличието на равномерно покритие от структури за спешна медицинска помощ на територията на страната. Критериите за създаването на 28-те центъра за спешна медицинска помощ и филиалите към тях, както и стандартите за медицински персонал в структурите им, са заложили с Наредба № 7 от 25.05.1994г. за спешната медицинска помощ, издадена от министъра на здравеопазването (вече отменена). В началото на преструктурирането на СМП през 1994 г. при тяхното формиране са взети под внимание броя и гъстотата на населението, обслужваната територия, инфраструктурата на регионите - пътища, време на достигане до пациента в обслужвания район,



заболеваемост и др.

Налице са различия както в рамките на районите на обслужване на един ЦСМП, така и между отделните области на страната, дължащи се на особеностите на географското местоположение и пътната инфраструктура, като съществува известна неравнопоставеност на населението по отношение на времето за достъп до спешна медицинска помощ, която съгласно европейските стандарти е най-ефективна, ако бъде оказана в рамките на до 20 минути от инцидента.

Приблизително 58 % от населените места в страната са осигурени с време за достъп от/до Център/Филиал за спешна медицинска помощ в рамките на до 20 минути и още около 27% от населените места са с вероятно време на достъп между 20 и 30 минути.

Около 15 % от населените места са с време за достъп в диапазона над 30 минути, при които оказването на адекватна медицинска помощ при спешни състояния е силно затруднено. Обслужваното население в тези населени места, разположени в труднодостъпни и отдалечени райони е около 211 000 души, т.е. около 0,03 % от населението, като за решението на този проблем са структурирани изнесени от филиалите екипи.

Структурата на ЦСМП е съобразена с действащата нормативна база – Закона за лечебните заведения, Наредба № 25/04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ и Правилник за устройството и дейността на ЦСМП и се състои от Районна координационна централа (РКЦ), мобилни спешни медицински екипи (реанимационни, лекарски, долекарски и транспортни), и стационарни екипи във филиалите (по-голяма част от тях функциониращи нерегламентирано като спешни приемни отделения).

Районната координационна централа приема, обработва и предава за изпълнение на мобилните екипи спешните повиквания, постъпили в центъра. Централата координира изпълнението на спешните повиквания и съхранява данните за дейността на центъра в информационна система. Системата за спешна медицинска помощ разполага с вече остаряла радиокомуникационна система „Сажем”, със собствени радиочестоти, която се поддържа в някои от центровете като резервен вариант (а в останалите центрове не се поддържа), и с новоизградена през 2009 г. информационно-комуникационна система за интегриране с Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер **112**. Поради лошата свързаност между Националната система 112 и РКЦ на центровете, значително е затруднено приемането и прецизирането на спешните повиквания.

През 1994 г. фирма „Сажем” започва изграждането на Комуникационно информационна система (КИС) на Центровете за спешна медицинска помощ в страната. Изградената КИС на ЦСМП функционира като система с децентрализирано управление, реализиращо се в районните координационни централи. Екипите, работещи в районните

координационни централи управляват работата, разпределят екипите и вземат решение при подадено повикване за спешна помощ. За внедряване на тази система са били отпуснати от ЕС по програма ФАР 4,5 млн. екю. За тази система Министерство на здравеопазването има лиценз за резервирани радиочестоти, както и ретранслатори за разпръскване на честотите.

За подобряване на тази система, през 2001 г. Министерство на здравеопазването взема решение за въвеждане на GPS контрол и са инсталирани GPS - сензори на 200 санитарни автомобили, което значително подобрява управлението и координацията на екипите.

През 2009 г. към новоизградената Национална система за спешни повиквания с единен европейски телефонен номер 112, стартира функционирането на нова комуникационно-информационна система в ЦСМП, обезпечена технически и софтуерно за автоматизиране на услугата „Спешна помощ” на регионално и централно ниво. Интегрирането на двете системи чрез изградена комуникационна свързаност трябва да предоставя услуги за пренос на глас и данни, като приоритетни са гласовите услуги. Проектът представлява цялостна многокомпонентна интегрирана система, която предоставя собствена единна комуникационна мрежа на централните за спешна медицинска помощ и техните филиали и осигурява комуникационна среда за връзка към информационните системи на Министерство на здравеопазването. Изграждането и управлението на комуникационната свързаност на Министерство на здравеопазването и централните за спешна медицинска помощ се осъществява чрез използване на съвременно комуникационно оборудване в районните координационни централи на ЦСМП и филиалите, което осигурява сигурна и надеждна комуникационна мрежа, свързваща над 200 точки на територията на цялата страна.

Информационният компонент е цялостно програмно решение за управление и анализ на данните, свързани с работата на ЦСМП, като чрез него се регистрират, записват и обработват всички обаждания, извършва се on-line въвеждане на информация от операторите в РКЦ и взаимодействие на информационно ниво с GPS системата за позициониране и локализация на санитарните автомобили. Осъществената единна мрежа на ЦСМП и техните филиали осигурява комуникационна среда за връзка както към информационните системи на Министерство на здравеопазването, така и за връзка с Националната система за спешни повиквания 112 (с оглед приемането на повиквания от тел. 112 и предаването на оперативна информация за наличните ресурси и реагирането на получено повикване).

Към тази система Министерство на здравеопазването внедри автоматизирана система за оперативен контрол и управление на автомобилите на спешна медицинска помощ (АСОКУ), която обменя информация с други съществуващи системи и осигурява оперативно

взаимодействие на дежурния персонал в ЦСМП с техните мобилни екипи чрез оперативно проследяване на тяхното движение на територията на България. Налична е възможността за изпращане на информационни, предупредителни и други съобщения за подпомагане на екипите в работата им.

След закриването на националния телефонен номер – 150 за приемане на повиквания за спешна медицинска помощ и поемането на тази дейност от Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112, поради лоша свързаност се появиха неудачи, свързани с преценката, прецизирането и предаването на информацията към ЦСМП.

Мобилни спешни медицински екипи:

Мобилните екипи на ЦСМП в страната общо са 357, от които 75 – реанимационни, 127 – лекарски, 125 – долекарски и 30 транспортни. Санитарните автомобили, с които разполага системата са 663, като последните 159 са закупени през 2009 г.

Всички мобилни и стационарни екипи са снабдени с необходимите медицинска апаратура и лекарствени продукти за овладяване на живото-застрашаващи състояния.

В редица труднодостъпни региони има санитарни автомобили с висока проходимост, но нуждата от такива все още не е напълно покрита.

През последните години се наблюдава постепенно увеличаване пробег на санитарните автомобили, при увеличаване средния пробег за едно повикване.

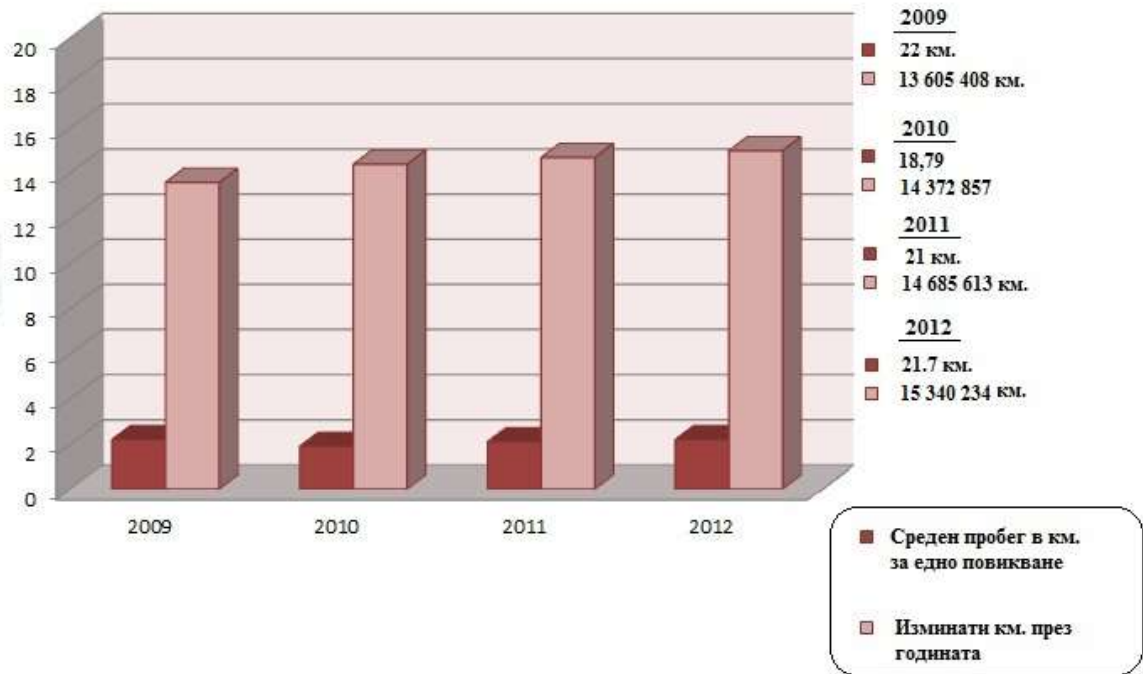
Изминатите километри за медицинска дейност през годините е, както следва:

2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
13 605 408 км.	14 372 857 км.	14 685 613 км.	15 340 234 км.

Средният пробег в километри за едно повикване е, както следва:

2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
22 км.	18,79 км.	21 км.	21,7 км.

Изминалите километри за медицинска дейност през годините и среден пробег в км. за едно повикване



Реанимационните екипи се състоят от лекар, медицински специалист и шофьор, като санитарните автомобили са оборудвани със всичко необходимо за осъществяване на животоспасяващи мероприятия. Предназначението им е за овладяване на най-тежката доболнична патология и травматизъм.

Спешните лекарски екипи се състоят от лекар и шофьор, а долекарските - от медицински специалист и шофьор, като те обслужват полеката спешна патология или обострени хронични заболявания.

Транспортните екипи са ангажирани с осъществяването на междуболничен медицински транспорт, спешен транспорт на кръв, кръвни продукти, републикански консултанти, спешни екипи, донори и екипи за осъществяване на трансплантационна дейност.

Стационарни екипи са структурирани на мястото на преобразуваните през 2007 г. спешни приемни отделения и сектори, базирани на територията на филиалите на ЦСПМ, разположени в общинските центрове. Персоналът им се състои от медицински специалист и санитар, които обслужват пациенти на територията на филиала и осъществяват комуникационна дейност.

Така структурираните центрове осъществяват освен оказването на специфичната спешна медицинска помощ, също и значителен брой амбулаторни прегледи без показания за спешност, мъртвопроверителство и издаване на съобщения за смърт, освидетелстване и вземане на кръвни проби на водачи, употребили алкохол или друго упойващо вещество, освидетелстване на лица с постановена временна мярка за неотклонение и др.

Практически, съществуващата система за спешна медицинска помощ в страната, състояща се от 28 ЦСМП, осъществява дейности по оказване на спешна медицинска помощ в извънболнични условия.

Спешна медицинска помощ, оказвана в болнични условия:

След осъществените промени през 2007 г., понастоящем спешната медицинска помощ в болнични условия се осъществява от едно функционално структурирано спешно лечебно заведение УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД, 36 спешни отделения към болнични лечебни заведения и от болници за активно лечение, с различна собственост, финансов и кадрови ресурс, но без обособени спешни структури. Това създава предпоставки за нарушаване последователността при обслужването на спешния пациент в доболничната и болничната част от неговото лечение, за липсата на приемственост при обслужването на пациента и за липса на равнопоставеност при обслужването на спешния пациент, основана на – финансовия, кадровия потенциал и техническата обезпеченост на болничните лечебни заведения.

Човешки ресурси:

Определената щатна численост на системата за спешна медицинска помощ (на ЦСМП) е 7111 щатни бройки, от които лекари – 1146, медицински специалисти – 2611 и шофьори - 2268.

Непривлекателните условия на труд, сравнително ниското заплащане, значително ограничените възможности за специализация и професионална реализация са причините за все по-осезаемия дефицит на лекарски кадри в системата. Наблюдава се трайна липса на желаещи лекари да работят в малките филиали, като тази тенденция се очертава и за медицинските специалисти (напр. – ЦСМП в Кърджали, Смолян и Русе).

Задълбочава се проблемът с текуществуването на медицинските специалисти в системата на спешната медицинска помощ. 2/3 от лекарите, работещи в системата не притежават медицинска специалност. Преобладаващи специалности са вътрешните болести и детски болести, като специалистите по спешна медицина са само 63 за страната. Лекарите с две клинични специалности са само 42.

В момента спешна медицина специализират само 121 лекари.

Липсата на желаещи медицински специалисти да придобият профилиране в медицинските колежи по „спешна медицина” и липсата на

обучение на медицински фелдшери ще се окаже сериозен кадрови проблем.

Финансиране:

Системата на финансиране на ЦСМП е чрез пряка субсидия от държавния бюджет.

Бюджетът за спешна медицинска помощ за **2013 г. е 93 024 495 лв.**, като от него най-голям дял имат разходите за заплати и осигуровки (**74 924 495 лв.**).

Издържката на центровете за спешна медицинска помощ през **2013 г. е 18 100 000 лв.**, като около 70% от нея са разходи за горива и поддръжка на автотранспорта и около 12 % са разходи за лекарствени продукти. Средната стойност за лекарства на един обслужен болен през 2013г. е 2,21 лв., което е крайно недостатъчно.

Финансирането на дейностите по спешна медицинска помощ в болнични условия е от приходите на лечебното заведение, като малка част от разходите се покриват от държавата чрез субсидии, предоставяни при условия и по ред, определени с методика на министъра на здравеопазването. Това поставя в неблагоприятно положение лечебните заведения, които получават частично покритие на разходите само за обслужени в спешните им отделения пациенти, но без показания за хоспитализация (за 2012 г. – около 14 милиона лева). По статистически данни около 1,5 милиона от българското население (или 20%) е с нарушени здравноосигурителни права, следователно за тези 20% в случай, че имат нужда от спешна помощ, липсва покритие на разходите за болничното им лечение и то остава за сметка на лечебните заведения.

Управление:

Спешната медицинска помощ, осъществявана от ЦСМП се ръководи пряко от Министерство на здравеопазването, а тази, осъществявана в болнични условия - от ръководствата на лечебните заведения, като управлението се регулира от утвърдената нормативна база:

1. Закон за здравето.
2. Закон за лечебните заведения.
3. Закон за здравното осигуряване.
4. Наредба № 25 от 1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ.
5. Наредба № 47 от 2010 г. за организацията, дейността и условията, и реда за финансиране на националните и републиканските консултанти.
6. Правилник за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ.
7. Постановление № 37 на Министерски съвет от 1994 г., Постановление № 211 на Министерския съвет от 1994 г., Постановление № 195 на Министерския съвет от 1995 г., Постановление № 299 на

Министерския съвет от 1996 г. и Постановление № 20 на Министерския съвет от 2000 г.

Наличната нормативна база не регламентира ясно взаимоотношенията между ЦСМП и общопрактикуващите лекари (ОПЛ), медицинските центрове (МЦ), диагностично-консултативните центрове (ДКЦ) и болничните лечебни заведения. Липсва регламент, определящ ангажираността на лечебните заведения за срочността, вида и обема на оказваната спешна медицинска помощ.

Ключови предизвикателства в областта на спешната медицина:

- **Спешната медицинска помощ е държавен ангажимент;**
- **Равнопоставеност на достъпа;**
- **Непрекъснатост на лечебно-диагностичния процес;**
- **Ешалониране при обслужване на спешния пациент;**
- **Диференциране на медицинското обслужване и финансирането на спешния и плановия пациент;**
- **Намиране на механизми за допълнително финансиране от държавата.**

За да съществува и функционира ефективна система за спешна медицинска помощ са необходими три основни фактора: база/материална част; кадри и финансиране, нормативно регламентиране. Концепцията включва единствено оптимизация и интензивно развитие на системата за спешна медицинска помощ, тъй като нейното екстензивно развитие приключи сравнително успешно преди повече от десетилетие, т.е. тук не може да се говори за реформа.

Спешната медицинска помощ е държавен ангажимент

За да изпълни законосъобразните си ангажименти към спешната медицинска помощ държавата обезпечават достатъчен по площ и добре оборудван сграден фонд, достатъчен брой и добре оборудвани специализирани санитарни автомобили, съвременна комуникационно-информационна система, достатъчна съвременна медицинска апаратура, медицински изделия и медикаменти, достатъчен брой квалифицирани медицински кадри, и достатъчно финансиране.

Равнопоставеност на достъпа:

Системата за СМП гарантира равенство на достъпа в трите му части: достъп на входа; достъп в процеса на активно лечение; достъп на изхода.

Равенство на достъпа на входа.

Входът на системата за спешна медицинска помощ е нейната доболнична част. Еднакво качество (време за достъп, екип, инструментален ресурс) на доболничната спешна медицинска услуга за всички, потърсили или имащи допир със системата граждани, независимо от естеството на спешното заболяване; местоположението; времето на настъпването; възраст; пол и т.н.

Еднакво качество на болничната медицинска услуга, когато пациентът попада директно на входа на болничното лечебно заведение, без да е ползвал доболничната част на системата. Това засилва значението на уточняването и преработването на медицинския стандарт „Спешна медицина”, както и протоколите, и алгоритмите за работа.

В частта доболнична помощ е необходима промяна на доболничните екипи със съответната компетентност за постигане на ефективност в съответствие със заболяването и неговата тежест. Специално внимание трябва да бъде обърнато към разширяване дейността на „долекарските спешни екипи“, както като дейност, така и като брой. Разбира се това налага продължаване и усъвършенстване на квалификационната им програма.

Равенство на достъпа по време на активното лечение.

Равенството на достъпа в този сегмент означава уеднаквяване на медицинските показатели, протоколи и алгоритми за действие на цялостния лечебно-диагностичен процес, когато спешният пациент е настанен в болнично заведение. Необходимо е уточняване на домейна на СМП в частта на други клинични специалности, занимаващи се със спешна медицина. В частта болнична СМП е необходимо създаването, дефинирането и институционализирането на функционален **спешен болничен комплекс (СБК)**. В СБК следва да бъдат функционално ангажирани всички клиники и отделения, изпълняващи дейности по спешна медицина, съответно на тяхната компетентност. Чрез интердисциплинарния стандарт „Спешна медицина“ е необходимо да бъдат доуточнени и институционализирани: контингентът спешни пациенти; протоколите и алгоритмите за поведение, касаещи всички допирни специалности в тяхната спешна дейност и уеднаквяване на лечебно-диагностичния процес, което би гарантирало еднакво качество на медицинската услуга за всеки спешен пациент.

Равенство на достъпа при изхода.

Необходимо е създаване на нова нормативна база по отношение поведението и гарантирането на грижите за спешния пациент след приключване на болничното лечение, т.е. лечението на спешно болния не се счита за приключено без да има възвръщане на здравословното състояние и трудоспособност, максимално близки до тези преди инцидента.

Непрекъснатост на лечебно-диагностичния процес:

Необходимо е осигуряване на непрекъснатост на лечебно-диагностичния процес, през цялото време и по целия път на спешния пациент, от момента на инцидента и влизане в системата (вход при нужда от спешна медицинска помощ, досег до структура за спешна медицинска помощ или търсене на системата), до прекратяване на процеса по диагностика/лечение и излизане на пациента от системата. Това изисква

движение на спешния пациент в една функционална сфера, обхващаща в едно цяло доболничната и болнична спешна медицинска помощ (СМП) със съответната структура, комуникации, лечебен процес и транспорт – спешният пациент е такъв от досега си със системата до изхода му от нея. За тази цел е необходимо:

Медицинско дефиниране на обекта на спешна медицинска помощ

Оформяне посредством ясни критерии на точна медицинска дефиниция на обекта „спешно болен“ в доболничната и болничната сфера. Пътят за подобно действие минава през коренна промяна и преразглеждане на съществуващия медицински стандарт.

В съвременната медицинска наука и практика като „спешно състояние“ се определя всяка нововъзникнала промяна на здравето, водеща до тежки необратими морфологични и функционални увреждания на органи и системи, причиняващи смърт, трайна или временна инвалидизация.

Промяна в нормативната и документна база

Промяна в цялостната нормативна и документна база, с което да се гарантира непрекъснатостта на лечебно-диагностичния процес, през разработване и приемане на *отделен медицински документооборот*, който ще осигури самостоятелност на спешния пациент, от влизане до излизане от системата, и същевременно ще бъде и основа за разделно финансиране и контрол.

Въвеждане на протоколи и алгоритми на поведение с описание на дейностите.

Преглед на съществуващите, осъвременяване и уеднаквяване на протоколите и алгоритмите на поведение, касаещи спешния пациент, както в доболничната, така и в болничната спешна медицинска помощ. Въвеждането на уеднаквени базови протоколи и алгоритми на поведение би спомогнало за имплементиране на строги правила за базални действия и грижи при спешния пациент. Действието и придържането към протокол/алгоритъм на поведение би гарантирало на спешно болния добро качество на услугата. От друга страна изпълнението на протокола/алгоритъма от страна на спешния екип (болничен, доболничен) гарантира изцяло неговата правна защита. Въвеждането на протокол/алгоритъм на поведение при различните типове спешни пациенти дава възможност също и за остойностяване на услугата при извършване на съответната дейност.

Ешалониране при обслужване на спешния пациент:

Промяна в структурата и разпределението на доболничните екипи.

Въз основата на пълноценна и комплексна информация трябва да бъде преразгледано и преработено днешното състояние, състав и пропорционално разпределение на доболничните спешни екипи.

Необходимо е по-голямо застъпване и участие на долекарските екипи, в състава на които да влизат все повече представители на среден медицински персонал. Тук е необходима промяна в цялостната квалификационна система с по-широко участие на средния медицински персонал, като освободеният ресурс от лекарски състав от спешните екипи би подсигурил нуждите на спешно приемно отделение. Лекарски екип на място може да бъде осигурен само при нужда (повикване от долекарския екип по строги критерии – двата екипа се срещат на терена на принципа рандеву) посредством санитарен автомобил или чрез лекарски реанимационен екип на спешното приемно отделение, изпратен по строги критерии от координационната централа. За тази цел е необходима цялостна промяна на квалификационната система с акцент на обучението и квалификацията на среден медицински персонал в додипломната и следдипломната част, вкл. и специализация по спешна медицина за специалисти по здравни грижи, подготвени за действия на терен под лекарски контрол от спешното приемно отделение. На същата база трябва да бъдат преоценени и същността на екипите, свързана с транспорта – т.е. създаване на специализирани транспортни екипи за междуболничен транспорт на критични (интензивни) пациенти.

Спешни приемни отделения (СПО).

В момента състоянието, структурата и функцията на СПО са най-проблемната част от системата и най-голямата пречка пред осъществяване на непрекъснатост на лечебно-диагностичният процес и равенството на достъпа. В момента СПО са част от лечебните заведения и това налага огромен луфт в системата, тъй като пациентът се предава от спешния екип в СПО на входната врата на лечебното заведение, което при сегашната ситуация на финансиране приема спешния пациент като излишен разход (спешният пациент е нежелан, непредвидим и скъп). Необходимо е да бъде преоценено мястото и функцията на СПО, като ***в основата на предлаганата концепция е връщането на СПО в състава на центровете за спешна медицинска помощ, като съставна част на цялостната доболнична и болнична спешна медицина.***

Координационна централа (КЦ).

В медицински аспект, тази част от доболничната СМ работи добре, както като структура, така и като кадрово разпределение. Проблемите произлизат от лошото залагане и функциониране на Националната система за спешни повиквания – 112. Координационната централа е с медицинска диспечерска функция, която триажира (сортира), диагностицира, и понякога даже лекува пациентите до пристигане на екипа на място. Тази функция не може да бъде извършвана от лица без медицинско образование и задължителна квалификация спешна медицина. Необходимо е да се намери начин, при който връзката между търсещия системата на спешна медицинска помощ и координационната централа да стане пряка, без

посредници по веригата. В този аспект е необходимо незабавно премахване на всички затруднения пред прекия достъп на търсеция спешна помощ през Националната система за спешни повиквания -112 и въвеждане на критерии и протоколи за медицинска диспечерска дейност в КЦ. Проблемите с комуникационно-информационното осигуряване на системата са добре определени в ситуационния анализ с приемливи и допустими предложения, като са необходими бързи мерки за разрешаването им, една от които е преценка на необходимостта и възможности за възстановяване на тел. 150.

Координационните центри трябва да отговарят на повишените комуникационни потребности, както и да се въведат нови технологии за комуникация и предаване на информация (телемедицина и система „ТЕТРА“).

Центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП).

Днешната структура на 28 ЦСМП е добра и не се нуждае от сериозна промяна. На базата на точна информация относно регионалните нужди е необходимо да залегнат критерии в нова карта на спешната медицинска помощ като - наличие на големи човешки агломерати, демографски и медицински фактори (заболеваемост, болестност), както и наличие на големи многопрофилни болници, осигуряващи възможност за прием на спешен пациент, и които да са в състояние да покриват поне 60% от нуждите (дейностите) на спешната болнична помощ.

Координационните центри трябва да отговарят на повишените комуникационни потребности, както и да се въведат нови технологии за комуникация и предаване на информация (телемедицина и система „ТЕТРА“).

Ешалониране на болничната спешна медицина.

Ешалонирането на болничната спешна медицина е заложено в сегашния стандарт по спешна медицина, но един от основните му недостатъци е липсата на отчитането на спецификата на отделния регион, както като демография, така и като налична болнична структура. Най-значителното постижение на стандарта трябва стане нормативното регламентиране на т.н. „Спешен Болничен Комплекс“ (СБК) като болнична система за мениджмънт на спешния пациент, изградена на функционален принцип. Това създава възможност за ясно определяне на:

- Структура за извършване на диагностично-лечебния процес при спешни пациенти; относителна самостоятелност на функционално обособената структура по отношение на приходно-разходната част; нивото на компетентност на СБК, отделно от цялото лечебно заведение; реално разделение на спешния от плановия пациент.

- Чрез ясни критерии е необходимо да бъдат очертани нуждата от броя и вида на СБК на територията на региона, съобразени с националната здравна карта. Необходимо е определяне на специфични части вътре в

структурата на всеки СБК на регионално ниво – създаване на Травма център; Метаболитен център; Кардиоцентър; Мозъчно - съдов „stroke” център, по национални критерии и нужди. Системата „Спешен Болничен Комплекс” трябва да бъде съобразена с националната карта на спешната медицинска помощ и доразвита чрез строго прилагане на променения стандарт по спешна медицина и разделно финансиране за спешни пациенти, настанени за лечение в СБК.

Ешалонирането на спешната помощ, оказвана в болнични условия може да бъде структурирано на различни нива:

Второ ниво – многопрофилни болнични заведения за активно лечение, които разполагат с необходимия капацитет от структури и човешки ресурс, чрез които да са в състояние да извършват минимум 60 % от необходимата спешна медицинска помощ (дейности) – пред тях съществува разкрит авангард от ЦСМП, включващ в структурата си СПО и КЦ.

Първо ниво – Единадесет многопрофилни болнични заведения за активно лечение (Монтана, Плевен, Велико Търново, Шумен, Варна, Бургас, Стара Загора, Хасково, Пловдив, Благоевград и София), като към тях се прибави и Национален център за спешна медицина в София, които разполагат с необходимия капацитет от структури и човешки ресурс, чрез които да са в състояние да извършват над 90 % от необходимата спешна медицинска болнична помощ (дейности) – пред тях съществува разкрит авангард от ЦСМП, включващ в структурата си СПО и КЦ.

Специализирани лечебни заведения (структури) за оказване на спешна медицинска помощ.

Специализираните лечебни заведения за активно лечение с възможност за оказване на спешна медицинска помощ (специализирани структури) се обособяват на национално ниво, съобразно нуждите и здравната карта. Взаимоотношенията между различните нива, както по хоризонтала, така и по вертикала, се решават чрез *нова нормативна уредба*.

Специализираните лечебни заведения за активно лечение с възможност за оказване на спешна медицинска помощ трябва да бъдат обособени в следните основни направления:

специализирана педиатрична спешна медицинска помощ; специализирана спешна медицинска помощ по изгаряния; специализирана детска хирургична спешна медицинска помощ; специализирана токсикологична спешна медицинска помощ; специализирана очна спешна медицинска помощ; специализирана уши-нос-гърло спешна медицинска помощ; специализирана психиатрична спешна медицинска помощ; специализирана кардиологична и кардиохирургична спешна медицинска помощ.

Национален център по спешна медицина

Естествен лидер и полигон за развитие на системата на спешна медицинска помощ в Република България е „Университетска многопрофилна болница за активно лечение и спешна медицина „Н.И. Пирогов” ЕАД. В момента съществуват множество пречки, за осъществяването на мисията на това единствено по рода си лечебно заведение у нас. Въпреки вменената му в някои нормативни актове функция за непрекъснато и денонощно обслужване на спешни пациенти и безотказна консултативна помощ в областта на спешната медицина, УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов ЕАД” не се различава като статут и изпълнява функциите си като лечебно заведение по Закона за лечебните заведения и Търговския закон с едноличен собственик на капитала министърът на здравеопазването. Изпълняването на мисията на болницата при сегашния ѝ статут е все по-затруднено с оглед непрестанния и най-голям прием за страната на спешни пациенти при сегашната планово-насочена система на финансиране. Капитацията на преминал амбулаторно пациент (постъпва в спешно приемно отделение без да се настанява в болница) през спешно приемно отделение е крайно недостатъчна. Приемът на тежки спешни пациенти от различни части на столицата и страната, най-често след спешна консултативна помощ, носи допълнителен финансов товар при нарастваща амортизация на апаратурата и невъзможност за покриване на нейното обновление с вътрешни финансови резерви. Институционализирането на Национален център по спешна медицина на база УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД би спомогнало за безпроблемно функциониране на един стратегически методичен, консултативен, научно-практически, логистичен и квалификационен субект в системата за спешна медицинска помощ, с възможност за допълнително държавно финансиране при запазване на договорните взаимоотношения с Националната здравноосигурителна каса. Промяната в статута на УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД, би гарантирало продължителното медицинско обучение на всички кадри в областта на спешната медицина с допълнително изграждане на специализиран Център за обучение, квалификация и ресертификация на работещите в системата на спешна медицинска помощ.

Непрекъснато допълнително държавно финансиране.

Подобна промяна е крайно необходима и наложителна, въпреки относителната деликатност на темата и затруднения във формулирането на финансовия поток, следващ пътя на спешния пациент. Без влизането в действие на подобна мярка всяка концепция е обречена.

СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ОСЪЩЕСТВЯВАНА В ИЗВЪНБОЛНИЧНИ УСЛОВИЯ

В момента ЦСМП (Център за спешна медицинска помощ с Координационна централа, екипи и автомобилен парк) е на пряко

държавно финансиране в пълен обем от държавния бюджет, като при разработване на бюджета се отчитат разходите от предходния период с индексирани в зависимост от прогнозната инфлация (90 641 874 лв. за 2012 г., от тях разходи за заплати и осигуровки в размер на 72 278 635 лв.). Подобен начин на бюджетно финансиране би трябвало да се запази и в бъдеще, с ежегодно преоценяване на нуждите без придържане на исторически принцип към разходната част за изминал период. При приемане на концепцията за включване на спешно приемно отделение като част от ЦСМП, би трябвало финансовият ресурс за СПО да бъде предвиден по същата схема. Необходимо е да бъдат оценени и съответно финансирани:

- Реалната стойност на медицинската услуга на всеки преминал пациент, опирайки се на дейностите по съответния протокол/алгоритъм и новосъздадения специфичен медицински документооборот/отчетни форми;
- Реалната стойност на разходите за издръжка на ЦСМП;
- Реалната стойност на разходите за дълготрайни материални активи, капитално строителство, апаратурна обезпеченост на СПО и ЦСМП - и т.н.

Прогресивно нарастващите нужди за поддръжка на санитарните автомобили налага редовна подмяна на автомобилния парк в размер най-малко на 20 % на годишна база, съобразно общоприетите световни стандарти. В този аспект бързо може да бъде изготвена програма за обновление и ново разпределение в зависимост от регионалните нужди като вид (напр. високопроходими автомобили в някои региони) и като количество. Обсъждането на специализираните транспортни средства (хеликоптер, самолет, мотоциклет) трябва да става внимателно. За момента финансирането от страна на бюджета за закупуване на средства за авиомедицински транспорт е абсурдно и в немалка степен медицински необосновано. Независимо от ограниченото място на авиомедицинския транспорт, неговото място в системата остава важно и все по-наложително, стига на него да не се гледа като скъпо и безсмислено начинание. Тук могат да се търсят възможности за партньорство с външни изпълнители. Решението за в бъдеще включва създаване на авиоотряд на подчинение на МЗ, но то трябва да бъде взето внимателно с оглед ограничения финансов ресурс за стартиране и поддържане на тази транспортна база. Транспортният сектор на системата за спешна медицинска помощ трябва да бъде разделен на две части – санитарен (за медицински дейности) и чисто транспортен с ограничение на ползването и смесването на средствата и персонала между двата сектора при адекватно финансиране.

СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ОСЪЩЕСТВЯВАНА В БОЛНИЧНИ УСЛОВИЯ.

В момента, с малки изключения, не съществува разлика в заплащането през клинични пътеки (източник НЗОК) между спешния и плановия пациент. При така заложените репери на концепцията, спешният пациент остава такъв и след приема в лечебното заведение (в структура на спешния болничен комплекс). **Необходимо е ясно разделяне между двете категории пациенти (спешни и планови)**, на базата на съществуването и последващо настаняване на спешно болния в структурата на СБК, без да се нарушава настоящия принцип на финансиране по клинични пътеки. За всяка клинична пътека, обслужваща спешен пациент, трябва да се добави държавно кофинансиране, съобразно нивото на пътеката и субектът който я изпълнява. Това ще създаде сигурност при обслужването на спешно болния (достъп по време на лечение), при бъдеща възможност за плановите пациенти да влезе в действие финансиране по клинични пътеки през конкуриращите се помежду си допълнителни осигурителни фондове. Създаденият по подобен начин механизъм на финансиране на настанения в лечебно заведение спешен пациент би премахнал нежеланието за прием на спешно болни и би стимулирал мениджърите на лечебните заведения да поддържат добра колаборация със СПО в състава на ЦСМП (стимул за наличие на добри авангардни структури – сигурност отпред), да обучават и квалифицират кадри от ЦСМП (основно лекари), както и да развиват все повече болнични структури с нива, отговарящи на нуждата от по-мощно обслужване на все по-голям брой спешно болни, с възможност за възникване на конкуренция между отделните лечебни заведения.

Нова визия за българската спешна медицинска помощ:

Новата визия се състои в изграждането на модел за обслужване на спешните пациенти в равнопоставени структури за извънболнична и болнична медицинска помощ, чрез укрепване на сега съществуващите центрове за спешна медицинска помощ, разкриване към тях на спешни приемни отделения и обособяване на специализирана структура на функционален принцип – спешен болничен комплекс към многопрофилните болници, изграждане на специализирани спешни болнични структури и национален център по спешна медицина, гарантиращи високо качество на обслужване, с финансовата подкрепа на държавата.

Приоритети, цели и политики в областта на спешната медицинска помощ:

Приоритет № 1: Изграждане на единна многофункционална система за спешна медицинска помощ.

Цел: За да изпълни държавата един от основните си ангажименти – запазване живота и здравето на нацията, чрез осигуряване на достъпна, качествена и своевременна медицинска помощ, е необходимо да изгради

организира и финансира дейността на единна система за спешна медицинска помощ.

Политика 1: Оптимизиране дейността на съществуващата система за спешна медицинска помощ и обособяване към ЦСМП на спешни приемни отделения;

Политика 2: Реорганизация на болничната спешна помощ, чрез структурирането на спешни болнични комплекси;

Политика 3: Ефективно управление на системата за спешна медицинска помощ с цел постигане на стратегическата цел;

Приоритет № 2: Актуализация на нормативната база регламентираща спешната медицинска помощ:

Цел: Осъвременяване на нормативната база, за да отговори на повишените изисквания към системата и регламентиране дейността на създадените нови структури.

Политика 1: Актуализиране на Наредба № 25 от 1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ и Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ.

Политика 2: Реформиране модела на финансиране за оказване на спешна медицинска помощ.

Приоритет № 3: Създаване на мотивиран и квалифициран медицински персонал в СМП:

Цел: Оказване на качествена спешна медицинска помощ

Политика № 1: Осигуряване на човешки ресурси в системата за спешна медицинска помощ, които да могат да удовлетворят нарастващите настоящи и бъдещи здравни потребности.

Политика № 2: Осигуряване на система за квалификация на кадрите и продължително обучение.

Концепцията за развитието на спешната медицинска помощ в Република България се основава на тезата, че в спешната медицина, основен фактор за осигуряване на високо качество на оказваната медицинска помощ е наличието на квалифициран и мотивиран персонал. Това предполага формиране и устойчиво провеждане на политика от страна на Министерство на здравеопазването за запазване и развитие на човешките ресурси в системата на спешната медицинска помощ.

Във времена на бързи организационни и технологични промени знанията и уменията, придобити някога при обучение, не са достатъчни през целия професионален живот. Нарастващата скорост на процесите на промяна означават непрекъсната необходимост от приспособяване към изискванията, чрез обучение. Това изисква ефикасно последващо обучение на работното място.

Обучението е необходимо да се третира не като разход, а като инвестиция.

Във връзка с това се отделя особено внимание на разработването на стратегии и политики в областта на обучението, както и на развитието и прилагането на системния подход при осъществяването на тези дейности. Активно се търсят възможности за повишаване ефективността на дейностите по квалификацията и преквалификацията на персонала.

Дейностите по обучение имат няколко цели, насочени към подобряване изпълнението на работата:

➤ Придобиване на нови и развитие на съществуващите знания и умения, развитие на потенциала на работещите в спешна помощ в съответствие с изискванията на работата.

➤ Подготовка на персонала да се справя по-добре с промени и непредвидени обстоятелства.

Изискването за непрекъснато обучение неизбежно води и до промени в културата на обучение, а с това и до внедряването на нови подходи за анализ на нуждите от последващо обучение.

Анализът на потребностите от обучение включва проучване на всяка категория персонал: какво се опитват да постигнат, какво трябва да постигнат, какви са бариерите и препятствията и как могат да се преодолеят чрез обучение.

Нуждите от последващо обучение служи, за да се идентифицира недостигът на знания и умения на служителите в изпълнението на техните текущи задачи, както и при нови, непредвидени нужди и проблеми.

Обучението на работещите в системата на спешна медицинска помощ в страната може да бъде разделено на три области.

I. Обучението на студенти по медицина, медицински специалисти по здравни грижи и шофьори. Обучението на изброените категории медицински персонал се извършва от оторизираните за тази цел институции.

Студентите по медицина – изградена е катедрата по „Спешна медицина“. Задачата е да изготви учебния материал за обучението на студентите по специалността „Спешна медицина“.

Медицинските специалисти по здравни грижи - трябва да се изгради система за тяхното обучение, като се изготвят програми за специалистите по здравни грижи със специалност „Спешна медицина“.

Обучението на специалисти по здравни грижи и шофьори по направление „парамедици“ ще даде възможност да се прецизира работата на екипи, чийто състав ще участва активно при оказване на спешна помощ.

II. Специализация и следдипломно обучение по спешна медицина. Разработени са основните параметри на обучението. Приемът на лекари, специализиращи „Спешна медицина“, трябва да бъде облекчен и стимулиран максимално. Повишаване на мотивацията за работа в системата за спешна медицинска помощ чрез осигуряване на възможност

на работещите в нея лекари за специализация и по други медицински специалности – облекчаване на условията за зачисляване.

III. Система за продължаващо обучение на всички работещи в системата за спешна медицинска помощ в страната.

От изключителна важност за поддържане на качеството на осъществяваната спешна медицинска помощ е въвеждането на системата за специализираното обучение и оценка на квалификацията, която да осигури непрекъснато поддържане и повишаване на знанията и уменията на персонала за действия при спешни състояния и критични ситуации.

Стартът на тази система е даден в рамките на проект ПУЛСС. В рамките на проекта бяха обучени всички работещи в центровете за спешна медицинска помощ лекари, медицински специалисти и шофьори. След приключване на проекта следва да се осигури устойчивост на проекта чрез целенасочена политика от страна на Министерство на здравеопазването, която да гарантира:

1. Функционирането на Национален център за продължаващо обучение на работещите в системата на спешната медицинска помощ с тренажорни зали за практическо обучение и оценка на знанията. В този център ще се провежда първоначалното обучение на всички постъпващи на работа в системата на спешна медицинска помощ в страната по утвърдени програми. Обучението ще приключва с проверка на усвоените знанията и умения, удостоверено със сертификат.

2. Поддържане на електронна страница за продължаващо дистанционно обучение на работещите в системата на спешна медицинска помощ. На електронната страница следва да се публикуват всички новости в областта на спешната медицинска помощ, да се организират форми на дистанционно обучение, както и периодично да се провеждат тестове за оценка на знанията на работещите.

3. Утвърждаване на програми за продължаващо обучение за всички категории персонал (лекари, медицински специалисти и шофьори). Разработването на програмите следва да бъде обвързано със съставяне и актуализиране на Протоколи за поведение при най-често срещаните спешни състояния.

4. Въвеждане на задължително първоначално и периодично обучение на всички работещи в системата за спешна медицинска помощ.

5. Въвеждане на система за периодична оценка на квалификацията и професионалните умения.

В нормативните документи, уреждащи дейността на ЦСМП (Правилник за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, Наредба № 45 от 26.08.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Спешна медицина" и предстоящият за приемане стандарт по „Спешна медицинска помощ“, следва да се предвидят текстове, регламентиращи въвеждането на задължително първоначално и

периодично обучение и система за периодична оценка на квалификацията и професионалните умения на всички работещи в системата за спешна медицинска помощ.

Необходимо е обвързване на размера на трудовите възнаграждения и възможностите за кариерно развитие с образователно-квалификационния статус и резултатите от периодичната оценка на квалификацията и професионалните умения.

За преодоляване на негативните тенденции, свързани с нарастващо текучество и недостиг на персонал в системата на спешна медицинска помощ, се предвижда разширяване на дейността и бройката на долекарските екипи. Това ще бъде постигнато чрез цялостна промяна на системата на обучение, както в програмите на Медицинските колежи, така и обучението след тяхното дипломиране. На същата база трябва да бъдат преоценени и същността на екипите, свързани със спешния транспорт. Въвеждането на ясни критерии за разграничаване на екипи с различна квалификация и обем на компетентности и умения за оказване на спешна медицинска помощ – лекарски екипи; екипи за първа помощ, транспортни екипи. Дейността на лекарските екипи следва да се прецизира. Лекарският екип следва да извършва квалифицирани адреси и ако спешните приемни отделения са в структурата на ЦСМП, мястото на лекарските екипи е именно в тези отделения.

В труднодостъпните райони ще се увеличат долекарските екипи, поради това, че населението, живеещо в тези райони се намира на разстояние, предполагащо повече от 20 мин. време за достъп до структура за спешна медицинска помощ. При ежегоден анализ и строги критерии от страна на Министерство на здравеопазването за нуждите от медицински екипи ще се предвижда възможност за постоянно или временно базиране на изнесени екипи там, където няма разкрити филиали за спешна медицинска помощ.

Съвременните системи за обмен на информация дават възможност да се следи в реално време местоположението на превозните средства, както и да се осъществява директна комуникация с екипите. При една добра комуникационно информационна система ще има възможност за следене, управление и разпределяне на екипите, така, че да могат най - бързо да бъдат на мястото на инцидента.

Ако не бъдат предприети спешни мерки има опасност в следващото десетилетие спешната помощ да загуби 1/3 от персонала си, което ще постави под въпрос въобще функционирането на системата. Решението е стартиране на обучение по приети програми на медицинските колежи още от настоящата 2014 г. с ясни възможности за реализация след образованието си.

Изграждане на система за специализирано обучение и оценка на квалификацията, която да осигури непрекъснато поддържане и

повишаване на знанията и уменията на персонала за действия при спешни състояния и критични ситуации.

Приоритет № 4: Изработване на здравна карта на системата за спешна медицинска помощ.

Цел: Цялостно покритие територията на страната със структури за оказване на спешна медицинска помощ.

Политика № 1: Осигуряване на равен достъп на хората до качествена спешна медицинска помощ.

Наличен е ситуационен анализ и обогатена база данни, на основата на която може да бъде изготвена национална здравна карта на системата за СМП с конкретни предложения и мерки за оптимизация. Необходимо е да се актуализират стандартите за териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ, като по този начин се определи и утвърди нова структура (карта) на системата за спешна медицинска помощ, съответстваща най-пълно на потребностите на населението и гарантираща своевременност/достъпност на оказваната помощ. Картата следва да включва териториалното разпределение (местоположение) на медицинските екипи и спешните структури. Основните показатели, на базата на които трябва да се оценява и преоценява броят и местоположението на екипите за спешна медицинска помощ са: отдалеченост на екипа/структурата за спешна помощ от населението в района (отчитайки релеф, състояние на пътна мрежа, др. условия), който той обслужва, респективно времето за достъп; гъстота на населението в даден район; заболяемост и болестност; възможност за покриване на региона от повече от 1 екип (припокриване на районите). В големите градски агломерати доболничните спешни екипи задължително трябва да се пребазират на повече от една изходна точка. В районите с труднодостъпни и отдалечени населени места, рискови територии, магистрали, сезонни нараствания на населението и др., следва да се предвиди възможност за постоянно или временно пребазиране на изнесени екипи. Разпределението на екипите не следва да бъде строго обвързано с административното деление на страната и административните граници на съществуващите 28 ЦСМП. За всеки спешен медицински екип следва да бъде определен постоянен район на обслужване, както и район на припокриване на обслужването с близко разположен друг медицински екип. Национална карта на системата за спешна медицинска помощ трябва да съдържа **минимум** структури (извънболнични и болнични, специализирани), с необходимия кадрови и материално-технически ресурс.

Приоритет № 5: Поддържане на многофункционален специализиран медицински транспорт:

Цел: Осигуряване на своевременна спешна медицинска помощ и на качествен междуболничен санитарен транспорт.

Политика № 1: Снабдяване със сертифицирани санитарни автомобили, осигуряване на средства за качествена поддръжка и обновяване с 20 % годишно на автомобилния парк.

Концепцията за развитие на спешната помощ не може да се разглежда без да бъде разгледан и въпроса за транспорта в спешната помощ, тъй като той е един от основните компонентни на своевременната и качествена спешна помощ.

Концепцията определя и основните приоритети и мерки, които е необходимо да се изпълняват в областта на транспорта.

Стратегическите цели на политиката в транспорта са:

- Постигане на икономическа ефективност.
- Развитие на устойчив транспортен сектор.

Стратегическите приоритети в транспорта на спешната медицинска помощ са:

- Ефективно поддържане, модернизация и развитие.
- Осигуряване на адекватно финансиране за поетапната подмяна и поддръжка на транспортния сектор.
- Ограничаване негативното въздействие на транспорта върху околната среда.
- Постигане на висока степен на безопасност и сигурност.
- Осигуряване на качествен и лесно достъпен транспорт до всички нуждаещи се от спешна медицинска помощ
- Регламентиране дейността на професията „парамедик“ в транспортния екип.

Целта е България да притежава модерни, безопасни и сигурни транспортни средства, които да удовлетворяват потребностите за качествен, бърз и безопасен транспорт при оказването на спешна медицинска помощ.

Транспортът играе ключова роля за развитието на спешната медицинска помощ в страната, като средство, с което екипите стигат до пациентите.

Като цяло, през последните четири години нуждите от транспортни средства в спешната помощ стои на дневен ред предвид обстоятелството, че последните транспортни средства са закупени през 2009 г. В този смисъл, целта на държавата в лицето на Министерството на здравеопазването е да създаде нормативни изисквания за подмяната на транспортните средства през определен период от време, които да отговорят на нуждите за оказване на спешна медицинска помощ на пациентите.

Добре изготвената и успешно прилагана политика за поетапната подмяна на транспортните средства ще допринесе за своевременното и качествено оказване на медицинска помощ. Стъпка в правилната посока е

изготвянето на механизми за повишаване ефективността на транспорта, при съблюдаване на принципите за неговата сигурност.

Въведената нова информационно комуникационна система за нуждите на спешната медицинска помощ е с оборудване и програмно осигуряване за контрол и управление на колите на спешната медицинска помощ (GPS система). Съвременните системи за обмен на информация дават възможност местоположението на превозните средства да се следи в реално време, да се осъществява директна комуникация помежду им, с лечебните заведения или други органи и институции, имащи отношение към спешните състояния.

Конкретно предвижданите действия са:

➤ Пълноценно използване и усъвършенстване на наличната информационно-комуникационната система с GPS връзка на ЦСМП.

➤ Интегриране на системата за комуникация на централите за спешна медицинска помощ със системата на комуникация на МВР и останалите служби от Националната система за спешни повиквания.

➤ Въвеждане на телемедицината в процеса на оказване на спешна медицинска помощ.

➤ Пренос на данни и консултация между екипите на място и болничните лечебни заведения.

Анализът на транспортния сектор в системата на спешната медицинска помощ показва, че развитието на устойчива транспортна система и осигуряването на необходимото качество на транспорта, не може да бъде ефективен без адекватна държавна политика, насочена към повишаване на безопасността и сигурността на всички видове транспорт. Държавната политика цели въвеждането, чрез съответна нормативна база и в изпълнение на международните и европейските стандарти за безопасност и сигурност да доведе до повишаване качеството на оказваната спешна помощ на населението.

Чрез разработването на програма ще се определи институционалната рамка от изисквания по отношение на задълженията на всяко лице, занимаващо се с транспорт в спешната медицинска помощ, за своевременно обезпечаване на безопасно и сигурно транспортиране и система за контрол за спазването на тези изисквания.

Политика № 2: Договаряне с външен изпълнител на спешен въздушен транспорт и плавателни спасителни съдове.

Проблемен елемент от транспорта на спешна медицинска помощ е въздушния санитарен транспорт за оказване на спешна медицинска помощ. Към момента той се осигурява от Министерство на отбраната съгласно заповед на заместник министър-председателя и министър на вътрешните работи на Република България, в която се определят условията и реда за ползване на военни въздухоплавателни средства в мирно време, за което Министерство на здравеопазването заплаща на база пролетян час.

Неудобството е, че за нуждите на Министерство на здравеопазването излитането на хеликоптера или самолета е:

- от авиобаза „Крумово“ – за въртолета
- през деня тридесет минутна готовност за излитане, а нощем деветдесет минутна готовност

- от авиобаза „Враждебна“ за самолета и сто и двадесет минутна готовност в служебно време, и сто и осемдесет минутна готовност за излитане в извън служебно време. Въздушните транспортни средства осигуряват транспорта само на територията на страната. За чужбина към настоящият момент при необходимост Министерство на здравеопазването не може да осигури въздушен санитарен транспорт.

В Европа има много сериозна организация на санитарна авиация за оказване на спешна медицинска помощ на населението /HEMS/. Поради хроничния недостиг на средства обаче Министерство на здравеопазването не може да си позволи финансовия ресурс, необходим за тази дейност. Би могло да се обмисли вариант за общо ползване на самолети и хеликоптери от няколко ведомства. За изграждането на хеликоптерните площадки в близост до определени болници да се използват средства от Европейски фондове. За ежемесечната поддръжка, летателните часове и др. по законодателен път може да се търсят подходящи форми за финансиране. Например чрез създаване на специален фонд, в който средствата да бъдат набавяни от гражданска отговорност, от винетни стикери, от здравни осигуровки и др.

Приоритет № 6: Подобряване дейността на комуникационно-информационната система, чрез надграждане, оптимизация и модернизация:

Цел: Подобряване координацията и рентабилността на спешните екипи.

Политика № 1: Осигуряване на оперативна свързаност между Националната система за спешни повиквания – 112 и информационната система на спешната медицинска помощ:

След автоматичното преминаване на тел.150 към Националната система за спешни повиквания 112, поради липсата на информационна свързаност между двете системи, комуникационно-информационната система на ЦСМП загуби голяма част от своята функционалност:

Развитието и усъвършенстването на наличната комуникационно-информационна система в системата за спешна медицинска помощ трябва да бъде в насока:

1. Въвеждане на автоматизирана система за обработване на повикванията за спешни медицински случаи, избор на екип и изпращане на инструкции за екипа преди пристигането на място.

2. Изграждане на информационна свързаност в реално време между информационната система на лечебните заведения за болнична помощ и

РКЦ за предоставяне на информация за свободните легла в болничните заведения.

3. Изграждане на връзка в реално време между РКЦ и дежурния лекар в лечебно заведение за болнична помощ, при насочване на пациент към съответното заведение.

4. Интегриране на системата в рамките на общата информационна система в здравеопазването, позволяващо обмен на данни обслужените пациенти, в т.ч. консултация на електронното досие на пациента от екипа на спешната помощ

5. Използване на възможностите на комуникационно-информационната система за въвеждане на телемедицината в процеса на оказване на спешна медицинска помощ - пренос на данни и консултация между екипите на място и болничните лечебни заведения.

6. Възстановяване на тел. 150.

Положителни ефекти:

✓ Скъсяване на времето за оказване на медицинска помощ в необходимия обем на пациенти със спешния състояния;

✓ Повишаване на качеството на оказваната медицинска помощ от спешните екипи, в т.ч. осигуряване на допълнителен капацитет на екипи с различна квалификация (долекарски).

✓ Осигуряване на непрекъснатост и приемственост в процеса на оказване на спешна медицинска помощ чрез подобряване на взаимодействието между извънболничните и болничните структури.

✓ Своевременно оказване на спешна медицинска помощ, както и прецизиране на небоснованите транспорти и хоспитализации.

Предложения за развитие на комуникационно-информационната система на спешна медицинска помощ:

1. Приемането на повикванията да става в РКЦ на ЦСМП директно от търсещият помощ, а не чрез конферентна връзка, което ще доведе до:

✓ Възстановяване на съществуващата функционалност на комуникационно-информационната система на СМП с възможности за получаване на информация и генериране на данни за инцидента в информационната система в реално време.

✓ Скъсяване на времето за обработване на повикванията и възлагането им на най-близко разположения спешен екип чрез изпращане на информационно съобщение.

✓ Осигуряване на архив за изпълнените повиквания с възможности за ефективен последващ контрол.

✓ Значително подобряване на организацията и намаляване на стресовите ситуации на работещите в РКЦ.

2. Осигуряване на надеждна радиовръзка, гарантираща резервна комуникация в случай на критична ситуация. Следва да се предприемат действия за осигуряване на оборудване и за лечебните заведения за

болнична помощ, осигуряващи прием на спешно болни пациенти.

Осигуряване на сигурна комуникационна връзка, гарантираща надеждност и устойчивост при природни бедствия и терористични актове и независимост от обществените мобилни мрежи.

Подобряване на взаимодействието и свързаността между ЦСМП и болничните заведения чрез създаване на единна мрежа, без да се налага да градят собствени скъпоструващи мрежи или да използват ненадеждните такива на обществени мобилни оператори.

Гарантиране на сигурността на работещите в ЦСМП чрез възможност за следене местоположението на всеки служител или автомобил и възможност за автоматично задействане на сигнал за опасност в системата (паник-бутон).

Изграждане на Централен диспечерски център към Министерство на здравеопазването, който да изпълнява функциите на координационен център на системата за спешна медицинска помощ и реакции при кризи и да осигурява координацията между диспечерските центрове на ЦСМП, лечебните заведения за болнична помощ, а в случаи на бедствия, аварии и катастрофи - и с останалите структури от Националната система за спешни повиквания тел.112.

Политика № 2: Преминане към единна комуникационна система на МВР – „Тетра”.

Политика № 3: Въвеждане на „Телемедицина”.

Приоритет № 7: Финансиране на системата за спешна медицинска помощ:

Цел: Гарантиране на дейностите по оказване на спешна медицинска помощ

Политика № 1: Реформиране модела на финансиране за оказване на спешна медицинска помощ.

За гарантиране на качеството на спешната медицинска помощ следва да има държавно дофинансиране на обслужването на спешния пациент, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

Приоритет № 8: Усъвършенстване управлението при кризи:

Цел: Поддържане на готовност на системата за спешна медицинска помощ за реагиране при кризи и преодоляване последствията от природни бедствия и крупни аварии.

Политика № 1: Утвърждаване на план за действие при кризи.

Необходимо е усъвършенстване на механизмите на финансиране на СМП при управление на кризи, както и създаване на единна нормативна база за регламентиране на ангажираността по време и вид на всички спасителни екипи, участващи на място при масови инциденти. В подкрепа на спешната медицинска помощ в големите градове, към съответните структури, отговорни за реакции при кризи, следва да бъдат осигурени санитарни автомобили за масови инциденти със съответното оборудване.

Приоритет № 9: Трансгранично сътрудничество при оказване на спешна медицинска помощ.

Цел: Изпълнение заложен изисквания и препоръки на ЕС.

Политика № 1: Приемане на нормативна база за регламентиране на координационните протоколи за транс-гранично сътрудничество.

Политика № 2: Участие на екипи на СМП в международни учения за преодоляване последствията от кризи.

Въз основа на определените в тази концепция приоритети, цели и политики е изготвен план за действие с финансов разчет. Набелязаните с него мерки се основават на анализ на съществуващото положение и тенденциите за развитие в системата, като се отчитат всички вътрешни и външни за нея фактори.

План за действие с финансов разчет към Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020г.

№	ПРИОРИТЕТ	ЦЕЛ	ПОЛИТИКИ	ДЕЙНОСТИ ПО МЯРКАТА	СРОК ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ	ИЗТОЧНИК НА ФИНАНСИРАНЕ	БЮДЖЕТ В ЛЕВА
1	Изграждане на единна многофункционална система за спешна медицинска помощ.	Изграждане, организиране и финансиране дейността на единна система за спешна медицинска помощ.	1.1. Оптимизиране дейността на съществуващата система за спешна медицинска помощ и изграждане към ЦСМП на спешни приемни отделения;	1.1.1. Изграждане на 34 Спешни приемни отделения към ЦСМП и част от Национален център по спешна медицина	края на 2014г.	държавен бюджет	4 267 906
				1.1.2. Оборудване на 34 Спешни приемни отделения към ЦСМП и част от Националния спешен болничен комплекс	края на 2014г.	държавен бюджет	7 732 094
				1.1.3. Изграждане и оборудване на 171 спешни отделения към ЦСМП	края на 2017г.	оперативна програма "Региони в растеж"	22 678 276
			1.2. Реорганизация на болничната спешна помощ, чрез структурирането на спешни болнични комплекси;	1.2.1. Изграждане и оборудване на 11 Спешни болнични комплекси от първо ниво и Национален център по спешна медицина	края на 2017г.	оперативна програма "Региони в растеж"	59 847 000
				1.2.2. Изграждане и оборудване на 16 Спешни болнични комплекси от второ ниво и Национален център по спешна медицина	края на 2017г.	оперативна програма "Региони в растеж"	34 292 000
2.	Актуализация на нормативната база регламентираща спешната медицинска помощ	Осъвременяване на нормативната база, за да отговори на повишените изисквания към системата и регламентиране дейността на създадените нови структури	2.1. Актуализация на действащата нормативна уредба	2.1. Актуализиране на Наредба № 25 от 1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ.	юли 2014г.	без финансиране	
				2.2. Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ	юли 2014г.	без финансиране	

				2.3. Актуализиране на стандарт по Спешна помощ.	юли 2014г.	без финансиране	
				2.4. Изготвяне на интердисциплинарен стандарт по Спешна помощ.	юли 2014г.	без финансиране	
3.	Квалификация на медицинския персонал в СМП	Оказване на качествена спешна медицинска помощ	3.1. Обучението на студенти по медицина, медицински специалисти по здравни грижи и шофьори.	3.1.1. Обучение по спешна медицина на студенти по медицина	постоянен	без финансиране	
				3.1.2. Обучение на специалисти по здравни грижи по профил спешна медицина	постоянен	без финансиране	
				3.1.3. Регламентиране дейността на професията „парамедик“ в транспортния екип.	до края на м. септември 2014г.		
				3.1.4. Обучение по утвърдената професия парамедик	постоянен	без финансиране	
			3.2. Специализация и следдипломно обучение по спешна медицина	3.2.1. Облекчен режим на зачисляване за специализация по спешна медицина	постоянен	без финансиране	
			3.3. Система за продължаващо обучение на всички работещи	3.3.1. Провеждане на квалификационни курсове и семинари	постоянен		
				3.3.2. Поддържане на електронна страница за продължаващо дистанционно обучение на работещите в системата на спешна медицинска помощ	края на 2014г.	държавен бюджет	

			3.4. Национален учебен център по спешна медицина	3.4.1. Изграждане и оборудване на национален център за продължаващо обучение на работещите в системата на спешната медицинска помощ	края на 2015г.	оперативна програма "Региони в растеж"	5 700 000
			3.5. Въвеждане на задължително първоначално и периодично обучение на всички работещи в системата за спешна медицинска помощ	3.5.1.Разработване на програма за задължително първоначално обучение всички работещи и нормативното и регламентиране	края на 2014г.	без финансиране	
4.	Изработване на здравна карта на системата за спешна медицинска помощ.	Цялостно покритие територията на страната със структури за оказване на спешна медицинска помощ	4.1. Осигуряване на равен достъп на хората до качествена спешна медицинска помощ.	4.1.1. Изработване на национална здравна карта на спешна медицинска помощ	края на 2014г.	без финансиране	
5.	Поддържане на многофункционален специализиран медицински транспорт	Осигуряване на своевременна спешна медицинска помощ и на качествен междуболничен санитарен транспорт	5.1. Снабдяване със сертифицирани санитарни автомобили, осигуряване на средства за качествена поддръжка и обновяване с 20% годишно на автомобилния парк	5.1.1. Осигуряване на адекватно финансиране за поетапната подмяна (20% годишно) на амортизирания автопарк	2014-2019г.	държавен бюджет	40 000 000
			5.2. Плавателни спасителни съдове.	5.2.3. Сключване на договори със структури за спешно реагиране.	2014-2020г.	без финансиране	

6.	Информационно комуникационна система за нуждите на спешната медицинска помощ	Изграждане и поддръжка на съвременни системи за обмен на информация на данни даващи възможност за определяне местоположението на превозните средства и следене в реално време, осъществяване на директна комуникация между екипите, с лечебните заведения или други органи и институции, имащи отношение към спешните състояния.	6.1. Подобряване на комуникационно-информационната система на СМП	6.1.1. Усъвършенстване на наличната информационно-комуникационната система с GPS връзка на ЦСМП.	края на 2016г.	държавен бюджет/Оперативни програми	
		Преминаване към единна комуникационна система на МВР – „Тетра”.	6.2. Подобряване на достъпа до спешна медицинска помощ	6.2.1. Интегриране на системата за комуникация на центровете за спешна медицинска помощ със системата на комуникация на МВР и останалите служби от Националната система за спешни повиквания.	края на 2015г.	без финансиране	
		Осигуряване на качествена спешна медицинска помощ	6.3. Подобряване на достъпа и осигуряване на своевременна спешна медицинска помощ	6.3.1. Въвеждане на телемедицината в процеса на оказване на спешна медицинска помощ.	постепенно	Оперативни програми	10 000 000
7.	Финансиране на системата за спешна медицинска помощ	Гарантиране на дейностите по оказване на спешна медицинска помощ	7.1. Реформиране модела на финансиране за оказване на спешна медицинска помощ.	7.1.1. Въвеждане на държавно дофинансиране обслужването на спешния пациент извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.	2015 г.	Държавен бюджет	40 000 000

8.	Усъвършенстване на управлението при кризи	Поддържане на готовност на системата за спешна медицинска помощ за реагиране при кризи и преодоляване на последствията от природни бедствия и крупни аварии	8. Утвърждаване на план за действие при кризи	8.1. Изработване на план за действие при кризи	2014-2015г.	без финансиране	
				8.2. Участие на екипи на СМП в международни учения за преодоляване на последствията от кризи	постоянен	държавен чрез финансиране от други министерства - МО и МВР	
9.	Трансгранично сътрудничество при оказване на спешна медицинска помощ.	Изпълнение на заложените изисквания и препоръки на ЕС	Създаване на регламенти, гарантиращи трансграничното сътрудничество в областта на спешната медицинска помощ	Приемане на нормативна база за регламентиране на координационните протоколи за трансгранично сътрудничество	до края на м. май 2015г.	без финансиране	