

СПРАВКА

за отразяване на предложенията, получени в рамките на обществените консултации, по проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт по „Ревматология“ за периода 11.11-10.12.2020 г.

№	Участник в обществените консултации	Предложения	Приема се/ Не се приема	Мотиви
1.	Рег. № 61-00-183/ 10.12.2020г. Доц. д-р Л. Веселинова, д.м. Главен координатор на ЕС по ФРМ към МЗ	Обръщаме внимание и молим за Вашето съдействие обнародваните за обсъждане на официалната страница на МЗ проекти на медицински стандарти по хирургия, ревматология, лицево-челюстна хирургия, детска хирургия, гръдна хирургия, ортопедия и травматология, кардиохирургия, да бъдат приведени в съответствие с медицински стандарт по физикална и рехабилитационна медицина в касаещата я част. Независимо от депозираните досега по подобни поводи подробни становища на Асоциацията по физикална медицина и рехабилитация, както и отправения апел към главните координатори по специалности в началото на настоящия процес по актуализация на медицинските стандарти в РБългария по единен план, в някои от тях продължават да се предлагат текстове, неправилно интерпретиращи дейността по рехабилитация, а в тези по „Ортопедия и травматология“ и „Кардиохирургия“ директно рехабилитационните дейности от обхвата на медицинска специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ се вменяват на друг медицински персонал и структура, без	Приема се по принцип	Трите посочени от вносителя на предложението точки (1.1.2, 1.1.3 и 1.2.2) са включени към първата най-обща част – „Основна характеристика на медицинската специалност „Ревматология““ и се отнасят за дефиницията, основната цел и видовете дейности в обхвата на медицинската специалност „Ревматология“. Рехабилитацията, като част от възстановителния процес при повечето заболявания, е задължителен елемент от цялостното медицинско обслужване и в случая понятието „рехабилитация“ е употребено именно в този по-общ смисъл, който очертава обхвата на всички медицински дейности, които допринасят за цялостното възстановяване на пациентите с ревматологични заболявания. Не е поставен акцент върху това кой точно и при каква организация осъществява отделните медицински дейности, за да се налага изрично конкретизиране, а се подчертава комплексността на

	осигуряване на задължителния по стандарт минимум за съставяне и контрол на провеждането на рехабилитационната програма – лекар-специалист по ФРМ. Това противоречи на съществуващата нормативна база, грубо нарушава правата на лекарите-специалисти по физикална и рехабилитационна медицина и колегиалните принципи в медицината като цяло. Създават се и условия пациентите да бъдат лишени от качествена и компетентна комплексна рехабилитация по основните принципи за упражняване на специалността - ясно разписани в медицинския стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина (Наредба №30 от 2004г.). В тази връзка настояваме във всички медицински стандарти, третиращи под някаква форма дейности от обхвата на специалност Физикална и рехабилитационна медицина (т.7 от проекта за медицински стандарт по „Хирургия“; т.т. 1.1.2, 1.1.3, 1.2.2. в проекта на медицински стандарт по „Ревматология“; т.т. 3.1., 5.1., 3.2.1.7., VI-2., 2.3., 3. на проекта на медицински стандарт „Ортопедия и травматология“; т. 1.4.2.2.18.3. на проекта за медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“; т.т.1.2., 1.2.3., т.3.4.2.1.10., 3.4.5.4.5. на проекта за медицински стандарт по „Кардиохирургия“; т.6. на проекта за медицински стандарт по „Детска хирургия“; т.т. 1.2. и 5.3. от проекта за медицински стандарт по „Гръдна хирургия“) да бъде включван текст за препратка „съгл. медицински стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина“,		необходимите дейности за постигане на максимален ефект при пациентите с ревматологични заболявания. При така формулираните текстове в проекта на наредба за утвърждаване на медицински стандарт по ревматология (1.1.2, 1.1.3 и 1.2.2) не съществува противоречие с тезата, изразена от вносителите, а именно, че дейностите по рехабилитация при болните от ревматологични заболявания трябва да се осъществява по назначение и в координация със специалистите по физикална и рехабилитационна медицина, съгласно медицински стандарт по физикална и рехабилитационна медицина. По тези причини считаме, че в тези текстове не е необходимо изрично да се прави препратка към медицински стандарт по физикална и рехабилитационна медицина. Систематичното място на такава препратка би било целесъобразно в специалната част на стандарта, където се детайлизират дейностите, кой и/или къде се осъществяват. В тази връзка е определено изискването дори за първо ниво на компетентност (за дейностите по ревматология) лечебното заведение да разполага със собствено отделение/клиника по физикална и рехабилитационна медицина или да е
--	--	--	---

		откъдето да е видно, че всички дейности по рехабилитационното лечение на пациентите се осъществяват по изискванията му, при задължително включване като ръководител на рехабилитационния екип на лекар специалист по ФРМ, който определя рехабилитационния потенциал, изготвя рехабилитационната програма и контролира нейното изпълнение от професионално компетентните кадри. Мултидисциплинарността и тясната интердисциплинарна колаборация на рехабилитационната медицина с останалите клинични специалности почиват на традиции, колегиалност и съответни регламенти в нашето и европейското законодателства за професионална етика и качество на лечебния процес, едни от които са именно медицинските стандарти. Нарушаването им освен правен има и морално-етичен аспект, криещ риск от нерегламентирани интердисциплинарни взаимодействия, които несъмнено ще доведат до опорочаване на лечебния процес и на устоите на лекарската професия като цяло. Отговорността да съблюдава спазването на медицинските стандарти в практиката за недопускане на подобни прецеденти, а още по-малко за утвърждаването им е на Министерството на здравеопазването.		осигурило по договор обслужване на пациентите от отделение/клиника по физикална и рехабилитационна медицина, находящо се на територията на населеното място, в което се осъществява дейността по ревматология. За пълнота в това отношение, в т. 3.2.6. към т. 3 Изисквания за осъществяване на дейността по специалността „Ревматология“, се добавя препратка към медицински стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина.
2.	Рег. № 62-08-47 от 16.12.2020 г. – от проф. Елена Илиева, Председател на	С настоящото Ви уведомяваме, че обнародваните за обсъждане на официалната страница на МЗ проекти на медицински стандарти по хирургия, ревматология , лицево-челюстна хирургия, детска хирургия, гръдна	Приема се по принцип	Двете становища са идентични и са сходни по съдържание с това по т. 1. В т. 3.2.6. към т. 3 <i>Изисквания за осъществяване на дейността по специалността „Ревматология“, се</i>

	Асоциация по физикална медицина и рехабилитация, чрез БЛС Рег. № 62-00-115/ 11.12.2020 г. Доц. д-р Л. Веселинова, д.м. Главен координатор на ЕС по ФРМ към МЗ	хирургия, ортопедия и травматология, кардиохирургия продължават да се предлагат текстове, неправилно интерпретиращи дейности по рехабилитация. В тези по „Ортопедия и травматология“ и „Кардиохирургия“ рехабилитационните дейности от обхвата на медицинска специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ директно се вменяват на друг медицински персонал и структура, без осигуряване на задължителния по стандарт минимум за съставяне и контрол на провеждането на рехабилитационната програма – лекар-специалист по ФРМ. Това са персистиращи в годините въпроси, противоречащи на съществуващата нормативна база, нарушаващи правата на лекарите-специалисти по физикална и рехабилитационна медицина и колегиалните принципи в медицината като цяло. Така се създават и условия пациентите да бъдат лишени от качествена и компетентна комплексна рехабилитация по основните принципи за упражняване на специалността - ясно разписани в медицинския стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина (Наредба №30 от 2004г.). По повод на това нееднократно Асоциацията по физикална медицина и рехабилитация е депозирала официални становища и въпреки че и сега, в началото на настоящия процес по актуализация на медицинските стандарти в РБългария по единен план се отправя апел към главните координатори по специалности дейностите по рехабилитация да се споменават с препратка към		добавя препратка към медицински стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина
--	---	---	--	--

	медицинския стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина това не е намерило отражение в проектите на упоменатите медицински стандарти. В тази връзка Ви уведомяваме, че сме депозирали становището си за привеждането в съответствие на касаещите медицински стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина текстове на обявления за координация на обсъжданията (вх. №61-00-183/10.12.20г.). Мултидисциплинарността и тясната интердисциплинарна колаборация на рехабилитационната медицина с останалите клинични специалности почиват на традиции, колегиалност и съответни регламенти в нашето и европейското законодателства за професионална етика и качество на лечебния процес, едни от които са именно медицинските стандарти. Нарушаването им освен правен има и морално-етичен аспект, криещ риск от нерегламентирани интердисциплинарни взаимовръзки, които несъмнено ще доведат до опорочаване на лечебния процес и на устоите на лекарската професия като цяло. Разчитаме чрез правомощията на Българския лекарски съюз по съблюдаване на спазването на медицинските стандарти и правилата за добра практика подобни прецеденти да не се допускат, а още по-малко съществуващите да се утвърждават. Разчитаме чрез правомощията и отговорността които Министерство на здравеопазването има по съблюдаване на спазването на медицинските		
--	--	--	--

		стандарти в практиката, подобни прецеденти да не се допускат, а още по-малко съществуващите да се утвърждават.		
3.	Рег. № 15-00-286/ 11.12.2020 Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи	§ 1. Да се добави: т. 3.3.1.4.4. Броят на медицинските сестри се определя от обема и натовареността на здравните грижи, които се извършват в отделението и възможността за осигуряване на непрекъснати качествени здравни грижи в рамките на 24 часа. § 2. Да се добави т. 3.3.1.4.5. Изисквания за квалификация - специалистите по здравни грижи са длъжни да поддържат, повишават и разширяват теоретичните си знания и практическите си умения, необходими за осигуряване на качествени здравни грижи чрез продължаващо медицинско обучение. Най-малко половината от медицинските сестри, работещи в структура по ревматология, е необходимо да имат второ квалификационно ниво - първи сертификат, съгласно чл. 8, т. 7а от Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник – фармацевтите. МОТИВИ С предложенията, касаещи броя на специалистите по здравни грижи се цели осигуряването на непрекъснати качествени здравни грижи във всички структури на системата на здравеопазването. Сигурността и безопасността за пациента са пряко свързани с	Приема се Не се приема	Допълнението е отразено в т.3.3.1.4.4. към <i>А. Клиника/отделение по ревматология от второ ниво на компетентност</i>, на т. 3.3. Координирането и контролирането на продължаващото обучение на медицинските сестри е функция на съсловната организация на медицинските сестри (чл. 8, ал. 1, т. 7 от ЗСОМСААМСЗПФ). От предложението не става ясно дали тези изисквания свързани с необходимостта от допълнителна квалификация са постижими /дали към настоящия момент има достатъчно обучени медицински сестри/ и дали лечебните заведения имат реална възможност да ги изпълнят. Въпросът, свързан с приемането на Методика за изчисляване на необходимия персонал (медицински сестри), е извън обхвата на медицинския стандарт.

	боя и квалификацията на специалистите по здравни грижи. Липсата на достатъчно такива специалисти, както и увеличението на тежестта и интензивността на грижите изискват приемането на регулаторни механизми, които да се базират на оценка на потребностите от грижи. Именно затова БАПЗГ настоява за изработване на методика за определяне нуждите от персонал, като се вземат предвид спецификата на дейностите, тежестта на здравните грижи и правилното им разпределение в рамките на денонощието. Такава методика, ако се приеме с консенсус ще бъде регулаторен механизъм, базиран на оценката на потребностите от грижи. Методиката ще гарантира сигурността и безопасността за пациента, както и предвидимост в работата на професионалистите по здравни грижи и планиране на персонал. Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти Методиката за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри) е разработена за текущо планиране, идентифициране на недостиг или излишък на професионалисти по здравни грижи в лечебните заведения. При определяне на потребностите за основни критерии са приети боя на пациентите, времето за оказване на преки (директни) и непреки (индиректни) грижи и степента на тежест на състоянието на пациента. Методиката е лесна за прилагане и изчисляване на необходимия брой медицински сестри, като се гарантира качество,		Намираме за обосновано БАПЗГ да разработи и приеме на национално ниво протоколи и алгоритми за дейности по здравни грижи, касаещи всеки медицински стандарт, като се отчете и спецификата на всеки един от тях. Също така БАПЗГ следва да приеме национална методика за определяне потребностите от специалисти по здравни грижи и да я оповестят чрез страницата си в интернет, като планирането трябва да позволява гъвкавост на персонала в рамките на работната смяна и да е според потребността от здравни грижи на пациентите към определен момент. Това ще даде възможност на лечебните заведения да я прилагат в зависимост от техния профил и обем на дейност.
--	--	--	--

		непрекъснатост и равнопоставеност на здравните грижи в рамките на денонощието. Използва се класификация, определена от Международния съвет на сестрите, която дефинира грижите като: - Директни (преки) грижи - включват: манипулации (инжекции, вливания, превръзки и сваляне на конци, проби за чувствителност на антибиотици и др.), измервания и изследвания (антропометрични измервания, измерване на жизнени показатели, ЕКГ, вземане на материали за изследвания, женска и детска консултация и др.), комуникация с пациента и неговите близки, домашни грижи (разясняване на терапия за дома например, медикаменти, които трябва да бъдат изписани от ОПЛ). - Индиректни (непреки) грижи - включват: работа с медицинска документация (попълване на документацията на пациент, архивиране и работа с архив), работа с външни звена (записване час за преглед, предоставяне на резултати от рентген, лаборатория и други, посещение в други звена, РЗИ), квалификация (време на медицинската сестра за самоподготовка, участие на медицинската сестра в продължаващо обучение), други дейности (дезинфекция и стерилизация, почивка и други прекъсвания). Към директните грижи се отнасят всички сестрински грижи, които се извършват в пряк контакт на медицинската сестра с пациент – превръзка, хранене, тоалет и други. Непреките грижи също са насочени към пациента, няма директен контакт медицинска		
--	--	--	--	--

		сестра – пациент (работа с документацията на пациента, доставка на резултати от лаборатория, поддържане на квалификацията на медицинската сестра и други). Времето, необходимо за оказване на директни (преки) и индиректни (непреки) грижи е определено с хронометраж на дейностите за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден Директните (преки) грижи, извършвани от медицинската сестра, са дейности и грижи, извършвани при пациенти със степен на тежест на състоянието, както следва: - I степен - пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, да поддържа личната си хигиена, да се храни, да приема достатъчно количество течности, да посещава тоалетна самостоятелно, да уринира и дефекира без отклонения, да се движи сам, да поддържа правилна стойка, да провежда спокоен сън и почивка, да няма опасност от физически и/или психологически риск, да поддържа комфорта си сам, да общува, да поддържа и повишава знания и умения за поддържане на здравословното си състояние. - II степен - пациентът е ограничен, поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да поддържа лична хигиена, да се храни		
--	--	--	--	--

		и да приема течности. Предвижда се с придружител, с подкрепа ползва тоалетна, съществува вероятност за физически и/или психологически риск, общува, поддържа и повишава знания и умения за запазване и възстановяване на здравословното си състояние. - III степен - пациентът е зависим, с намалена и ограничена автономност, поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъсната помощ и подкрепа при обличане и събличане, при извършване на тоалет, при хранене и приемане на течности. Изследвания, манипулации и грижи се извършват само в лежачо положение. Съществува опасност за физически и/или психологически риск, трудно общува, има затруднения при поддържане и повишаване на знания и умения за подобряване на здравословното си състояние. - IV степен - пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснати грижи за поддържане и възстановяване на състоянието. На базата на хронометраж на дейностите, за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден, времето за оказване на преки грижи е определено както следва: - При I степен – 26 минути на пациент на ден - При II и III степен – 90 минути на ден - При IV степен – 126 минути на ден Времето, необходимо за оказване на индиректни (непреки) грижи, съобразно хронометраж на		
--	--	--	--	--

		дейностите за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден, е средно 75 минути. При пациенти с I степен на тежест на състоянието (терапевтични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:5; При пациенти с II и III степен на тежест на състоянието (хирургични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:4; При пациенти с IV степен на тежест на състоянието (интензивни грижи) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:1, 1:2; База за изчисляване на необходимия брой медицински сестри/акушерки е броят на пациентите в клиниката/отделението от структурата на лечебното заведение, времето за оказване на грижи и тежестта на състоянието на пациентите. Предложените съотношения се базират на проучвания, основани на доказателства, за безопасно предоставяне на грижи (Aiken L. H „et al., 2010), но Международният съвет на медицинските сестри (ICN) отчита, че съотношението между пациентите и броя на професионалистите по здравни грижи зависи от конкретните условия. При недостиг на медицински сестри се допуска до 30 % от необходимия човешки ресурс на професионалисти по здравни грижи да бъде зает от здравни асистенти/болногледачи с диплома за завършено професионално обучение, които да		
--	--	--	--	--

		извършват базови здравни грижи, да подпомагат дейността на специалистите по здравни грижи в лечебни заведения.		
4.	Рег. № 61-00-180/ 07.12.2020 Проф. д-р Румен Стоилов, дм – Главен координатор на ЕС по ревматология	Ревматологичната общност е силно обезпокоена, че в стандарта по Ревматология са направени промени без да е потърсено становището както на Експертния съвет по ревматология, така и на Борда по специалността към УС на БЛС. В частта за болнична помощ Б. Клиника/отделение по ревматология от трето ниво на компетентност, в т. 3.3.1.3.2. е заложено следното изискване „трябва да се изпълнява изискването на т. А (второ ниво на компетентност) – 3.3.1.3.2. като клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина трябва да е от най-малко второ ниво на компетентност“. Имайки предвид факта, че пациентите с ревматологични заболявания постъпват в клиника/отделение по ревматология за диагностика и лечение на ревматологични заболявания и намесата на специалисти по физикална и рехабилитационна медицина е по време на болничния престой. За гарантиране на добрата грижа за болните с ревматологични заболявания не е необходимо дублиране на леглова база на клиника/отделение по ревматология с наличието на клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина с легла. Достатъчно ще бъде изискването за клиника/отделение физикална и	Приема се	Промените в цитираните текстове са отразени в т. 3.3.1.3.2 и т. 3.3.1.3.4 за трето ниво на компетентност от Приложение към член единствен на проекта на наредба за утвърждаване на медицински стандарт по ревматология. По отношение на двете посочени изисквания за трето ниво на компетентност, цитирани от вносителя на предложението, Министерство на здравеопазването не е променяло текстовете спрямо официално внесеното от Главния координатор на ЕС по Ревматология предложение за проект на медицински стандарт по ревматология, регистрирано в МЗ с № 33-16-85 от 22.05.2019 г.

		рехабилитационна медицина от първо ниво на компетентност. Предлагам да бъде променено и изискването на т. Б – 3.3.1.3.4. „лечебното заведение трябва да разполага със собствена или осигурена по договор имунологична лаборатория най-малко трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Клинична лаборатория“, находяща се на територията на страната. Предлагам изискването за налична или осигурена по договор имунологична лаборатория да бъде променено на най-малко второ ниво на компетентност. Тази промяна няма да наруши качеството на диагностиката на пациентите с ревматологични заболявания.		
5.	Рег. № 62-08-43/09.12.2020 Български лекарски съюз	Във връзка с публикуваните за обществени консултации проекти на медицински стандарти, в УС на БЛС е постъпила информация за промени в някои медицински стандарти, които биха затруднили работата на лечебните заведения, без това да доведе до повишаване качеството на лечението на пациентите. В стандарта по Ревматология в частта за болнична помощ Б. Клиника/отделение по ревматология от трето ниво на компетентност, в т. 3.3.1.3.2. е заложено следното изискване „трябва да се изпълнява изискването на т. А (второ ниво на компетентност) – 3.3.1.3.2. като клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина трябва да е от най-малко второ ниво на компетентност“. Имайки предвид факта, че пациентите с ревматологични	Приема се	Промените в цитираните текстове са отразени в т. 3.3.1.3.2 и т. 3.3.1.3.4 за трето ниво на компетентност от Приложение към член единствен на проекта на наредба за утвърждаване на медицински стандарт по ревматология. По отношение на двете посочени изисквания за трето ниво на компетентност, Министерство на здравеопазването не е променяло текстовете спрямо официално внесеното предложение за проект на медицински стандарт по ревматология от Главния координатор на Експертния съвет по медицинската специалност „Ревматология“, регистрирано в МЗ с № 33-16-85 от 22.05.2019 г.

		заболявания постъпват в клиника/отделение по ревматология за диагностика и лечение на ревматологични заболявания и намесата на специалисти по физикална и рехабилитационна медицина е по време на болничния престой. За гарантиране на добрата грижа за болните с ревматологични заболявания не е необходимо дублиране на леглова база на клиника/отделение по ревматология с наличието на клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина с легла. Достатъчно ще бъде изискването за клиника/отделение физикална и рехабилитационна медицина от първо ниво на компетентност. В т. Б – 3.3.1.3.4. „лечебното заведение трябва да разполага със собствена или осигурена по договор имунологична лаборатория най-малко трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Клинична имунология“, належаща се на територията на страната. Експертният съвет по медицинската специалност „Ревматология“ и бордът на същата специалност към УС на БЛС предлагат изискването за налична или осигурена по договор имунологична лаборатория да бъде променено на най-малко второ ниво на компетентност. Тази промяна няма да наруши качеството на диагностиката на пациентите с ревматологични заболявания. УС на БЛС подкрепя тези две предложения на експертния съвет по медицинската специалност		
--	--	---	--	--

		„Ревматология“ и борда на същата специалност към УС на БЛС.		
6.	Рег. № 63-00-282/10.12.2020 Г. Национално сдружение на общините в Република България	По проект на наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Ревматология“ са дадени следните предложения: 1. Да се добавят следните дейности, които следва да се реализират и в структурите от II-ро ниво на компетентност: ✓ остеоденситометрия и анализ на резултатите; ✓ ставна пункция и изследване на синовиална течност; ✓ паравертебрални и перидурални апликации при дискова патология и други заболявания на гръбнака; ✓ регионерен блок; ✓ провеждане на пулсни терапии с кортикостероиди, имunosупресори, поликлонални имуноглобулини, биологични средства, клетъчни продукти; ✓ провеждане на инфузии с венозни бифосфонати при лечение на остеопороза; ✓ капиляроскопия. Мотиви: Изброените дейности в проекта на стандарта, които се осъществяват в структурите от II ниво на компетентност, са изключително ограничени за осъществяване на медицинска дейност Ревматология в рамките на активно лечение на пациенти с ревматични заболявания.	Не се приема	Посочените от вносителя дейности, предложени за включване в обхвата на дейност на структура от второ ниво на компетентност, са определени от Експертния съвет по Ревматология като дейности, които се изпълняват само в структури от трето ниво на компетентност. Принципно мотивите за определяне на обхвата на дейностите, които се осъществяват на всяко едно от нивата на компетентност са свързани със степента на сложност, необходимия опит и допълнителна квалификация (ако се изисква такава за съответната медицинска дейност), както и с поддържането на тази квалификация чрез осъществяване на минимум единици дейност за определено време. Осигуряването на по-голяма достъпност до изброените дейности, каквито са мотивите на вносителя, не може да бъде за сметка на качеството на тези дейности, осигуряването на което изисква рутинното им извършване.
7.	Рег. № 63-00-278/09.12.2020	Във връзка с публикуваните за обществено обсъждане Проекти на наредби за утвърждаване на 17 медицински стандарта, като изразяваме	Липсват конкретни предложения	В Министерство на здравеопазването не е обсъждан вариант за създаване на „два-три стандарта за качество на

	Национално сдружение на частните болници в България	своята принципна подкрепа за въвеждане на стандарти, които да гарантират качеството на оказваната медицинска помощ, спазването на принципите на добрата медицинска практика и осигуряването на защита на правата на пациентите, изразяваме следното наше становище: Ако целта на така предлаганите стандарти е да се възстанови тяхната липса, респективно да се възстановят ефективните механизми и обективните критерии за гарантиране на качеството на оказваната медицинска помощ в обхвата на отделните медицински специалности, на спазването на принципите на добрата медицинска практика и осигуряването на защита на правата на пациентите, ние само можем да приветстваме това. Някои стъпки в тази посока действително са направени. Нееднократно повтаряното в мотивите към всеки един от проектите за стандарти просто възпроизвеждат текстовете на старите, отменени от съда, без да е променена философията на формирането им в посока превръщането им в стандарти за качество. Забравихме ли за идеята да бъдат създадени два-три стандарта за качество на медицинската дейност, на които да бъдат подчинени всички медицински специалности от различни нива, а самите те да функционират на основата на правила (алгоритми, ръководства) за добра медицинска практика по съответната специалност? Не е ли по-добре нивата на		медицинската дейност, на които да бъдат подчинени всички медицински специалности от различни нива“, тъй като техните характеристики са твърде различни и спецификата на всяка от медицинските специалности изисква индивидуален подход при определяне на параметрите, които ще осигурят необходимото качество на дейността.
--	--	--	--	--

	компетентност да се определят от квалификацията на персонала, а чисто качествените параметри да се определят от и съобразно със правилата за добра медицинска практика? Дори да останат в този си вид, така предлаганите стандарти ще се нуждаят от такива правила, за да могат да изпълнят прокламираните в мотивите им качествени критерии, а не само количествени такива, заложиени в тях. Така ще стане ясно защо за съответното ниво на дадена специалност са необходими двама, а за друго трима, пет или осем специалиста, освен за да покриват графика. Ще стане ясно и защо за различните специалности и нива съотношението лекари/сестри е различно и че това не е компромис заради липсата им; защото за съответното ниво на компетентност на дадена специалност се изисква точно определено ниво на компетентност на друга специалност, играеща в случая ролята на спомагателна такава (анестезиология и интензивно лечение, образна диагностика, физикална и рехабилитационна медицина) и т.н. Иначе залагането на чисто количествени критерии по специалности и на формалното съответствие на нивата на специалностите една с друга само може да засили формализма при оценката на съответствието им за качество и да затвърди, дори да увеличи административната тежест при формирането и функционирането на структурите на лечебните заведения.		
--	--	--	--

		Как например може да бъде обосновано условието за наличие на отделение „Анестезиология и интензивно лечение“ от III-то ниво на компетентност, за да бъде разкрито III – то ниво на компетентност на отделение по „Ортопедия и травматология“, съгласно предлагания проект, освен като чисто количествено – брой лекари, брой респиратори и т.н. дори според стария (отменен от съда) стандарт дейностите в III –то ниво компетентност за „Анестезиология и интензивно лечение“ са същите като дейностите и за II – ро ниво, разликата е само в посочените бройки. В допълнение ще споменем, че предлаганият проект за стандарт по „Ортопедия и травматология“ препраща към несъществуващ и непубликуван за обществено обсъждане стандарт по „Анестезиология и интензивно лечение“. Кому е нужно това – имаме излишни респиратори на склад или безработни анестезиолози, които търсим да назначим някъде? Или тези текстове са резултат от нечий лобистки натиск, целящ да отстрани конкуренцията от медицинския пазар/ Свършено ясно е, че в днешно време медицинската ни общност е заета с други, далеч по- важни, животоспасяващи дейности и няма времето и капацитета за същински дебат по проблемите на стандартизацията в медицината, нито за реална работа по въвеждането на нови изисквания. Но и притоплянето на стари, вече отхвърлени решения, също не върши работа.		
--	--	---	--	--

		Затова предлагаме истинската реформа в стандартизацията, като елемент от цялостната реформа в здравеопазването ни, да започне след като се справим с днешната криза, осмислим нейните причини и последици, поуки и решения.		
--	--	---	--	--

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ

Заместник-министър на здравеопазването

Съгласували:

Д-р Ивиан Бенишев, директор на Д МД, подпис; дата2021 г.

....., директор на Д „Правна“, подпис; дата2021 г.

Изготвил:

Д-р Цветолюба Генкова, началник отдел в Д „МД“, подпис; дата2021 г.