

СПРАВКА

за отразяване на предложенията, получени в рамките на периода за обществени консултации
по проекта на **Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“**
(публикуван за обществена консултация в периода 11.11.2020 – 10.12.2020 г.)

Участник в обществените консултации	Предложения	Приема се/ Не се приема	Мотиви
1. Проф. Мая Аргирова, дм, главен координатор на Експертния съвет по ПВЕХ (вх. № 92-268/ 10.12.2021 г.)	1.1. Да се добави точка 1.3.4. Извършването на мастопексия, редукционна мамапластика и липосукция на лицето или тялото с естетична цел е допустимо единствено за лекари със специалност по ПВЕХ. Мотиви: Извършването на тези операции изисква познания и квалификация, притежавана от специалисти по ПВЕХ. Актуален проблем в световен мащаб представляват специфичните усложнения, свързани с извършване на подобен род хирургична дейност от специалисти по „Обща хирургия“ или по „Акушерство и гинекология“. Относно големите хирургични усложнения, свързани с тази практика от лекари без специалност по ПВЕХ е наличен снимков доказателствен материал, който може да бъде предоставен при необходимост в МЗ.	1.1. Не се приема.	1.1. С медицинския стандарт по ПВЕХ е дадена възможност за лекарите с придобита специалност по ПВЕХ да осъществяват посочените интервенции: редукционна пластика на млечна жлеза; мастопексия и липосукция. Съгласно т. 1.3.1 от предложения проект на медицински стандарт: „Хирургични интервенции в областта на ПВЕХ могат да се извършват и от други лекари с призната специалност с хирургична насоченост, в конкретната топографоанатомична област и при съответната придобита квалификация, съобразно изискванията на съответния медицински стандарт.“ Също така съгласно т. 2.3.4 от проекта специалистите с хирургична насоченост могат да извършват определени реконструктивни и естетични оперативни корекции от областта на ПВЕХ и самостоятелно (вкл. и в други структури без наличието на специалист по ПВЕХ), но само в рамките на предмета (анатомичната област) на специалността си. С това е дадена възможност специалисти с друга медицинска специалност с хирургична насоченост да извършват оперативни интервенции от областта на

			ПВЕХ при съответна квалификация и съобразно разпоредбите на съответните медицински стандарти.
	1.2. В таблица 6.2. Изисквания за осъществяване на оперативна дейност в съответствие с обема и сложността – да се промени текста в графата Средни операции, Големи и много големи операции: - точка 2. Оперативен екип - Оператор с придобита специалност по ПВЕХ и един или повече асистенти, операционна сестра, допълнителна операционна сестра – при необходимост инструментираща операционна сестра. - точка 4. Следоперативен период - Хоспитализация в хирургично отделение/клиника, МЦ с легла, МДЦ с легла или отделение по анестезиология и интензивно лечение при необходимост. Мотиви: Всички оперативни интервенции, независимо от техния обем и сложност се извършват от лекари с придобита специалност по ПВЕХ. Операторът определя броя и вида на асистентите в операционния екип. Хоспитализацията в реанимационно отделение е по преценка на оперативния и анестезиологичния екип.	1.2. Приема се.	1.2. Предложението е отразено в таблица 6.2 по редове „Средни операции“ и „Големи и много големи операции“.
	1.3. Да се добави точка 6.3.2.5.6. приложение на лифтинг конци във всички области на тялото. Мотиви: Разширеното приложение на миниинвазивните оперативни техники в естетичната хирургия.	1.3. Приема се.	1.3. Добавена е нова т. 6.3.2.5.6. с предложеното съдържание в медицинския стандарт.
	1.4. Експертния съвет застава зад становището си относно броя на необходимите специалисти за	1.4. Приема се.	1.4. В публикувания за обществено обсъждане проект са заложили изисквания за персонал както следва:

	второ и трето ниво на компетентност, както следва: 1. Относно второ ниво на компетентност в лечебните заведения за болнична помощ за осъществяване на дейността по ПВЕХ са необходими двама (2) лекари със специалност ПВЕХ. 2. Относно трето ниво на компетентност в лечебните заведения за болнична помощ за осъществяване на дейността по ПВЕХ са необходими четирима (4) лекари със специалност ПВЕХ.		За второ ниво – т. 3.3.1.3.1 Лекари с придобита специалност по ПВЕХ – най-малко двама. За трето ниво – т. 3.3.2.3.1 Лекари с придобита специалност по ПВЕХ – най-малко четирима.
2. Д-р Регина Хатър МБАЛ Уни Хоспитал ООД, Панагюрище (вх. № 20-00-892/ 10.12.2020 г.)	2.1. Изразена подкрепа на предложенията от съсловната организация БАПРЕХ.	2.1. Не се приема.	2.1. В тази част от становището не се съдържат конкретни предложения за промени в проекта на нормативния акт.
	2.2. Да се добави текста към т. 1.1.: - В исторически план пластичната хирургия е била определяна като хирургия по повърхността на тялото, но с развитието ѝ през годините е навлязла и по-дълбоко - до костните и мускулните структури за възстановяване на редица комплексни дефекти, засягащи подлежащите тъкани в различни топографоанатомични зони. - Настоящият стандарт е съобразен с Европейският стандарт EN 16372:2014 за естетична хирургия, който има статут на български стандарт от 2015-02-17 и не може да бъде в конфликт с европейски стандартизационен документ.	2.2. Не се приема.	2.2. Точка 1.1 от медицинския стандарт описва дефиниция, основни цели и задачи на медицинската специалност. Предложените текстове не съдържат информация по тези въпроси.
	2.3. по т. 1.3.4. Извършването на мастопексия, редукционна мамапластика и липосукция на лицето или тялото с естетична цел е допустимо единствено за лекари със специалност по ПВЕХ.	2.3. Не се приема.	2.3. Мотиви са дадени по т. 1.1 от предложенията, направени от проф. Мая Аргирова по-горе.
	2.4. Към т. 3.2.4. да се добавят: C00, C07; C39, C43, C44, C49, C69;	2.4. Не се приема.	2.4. Стандартът описва медицинските дейности, извършвани в областта на

	D10 , D16, D17, D31; M65, M66, M67, M68*; N60, N61, N63, Q17, Q30, Q34, Q35, Q36, Q37, Q89; S64, S65, S66, T20-32, T33-35; T66, T68, T69.		ПВЕХ по обем и степен на сложност, разпределени по нива на компетентност и изисквания за изпълнението им и определя възможността при необходимост от извършването на такива дейности, независимо от диагнозата, те да бъдат осъществявани. Не са представени мотиви за добавянето на посочените отделни диагнози по МКБ-10, включително кодове на злокачествени заболявания.
	2.5. Към 3.3.1.3. Изисквания за персонал: в 3.3.1.3.3. Лекар с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“ – в структурата да отпадне, и да стане: в лечебното заведение, в която е структурата по ПВЕХ.	2.5. Приема се.	2.5. Предложението е отразено в т. 3.3.1.3.3 от медицинския стандарт.
	2.6. Към 3.3.2. Трето ниво на компетентност на отделение/клиника по ПВЕХ – в структурата се извършват много големи, големи, средни и малки – да се промени поддръждането: малки, средни, големи и много големи	2.6. Не се приема.	2.6. Не променя по същество смисъла на текста, тъй като е техническа корекция.
	2.7. Лекари с придобита специалност по ПВЕХ /за трето ниво на компетентност/– 3.3.2.3.1. Лекари с придобита специалност по ПВЕХ – най-малко четирима ТРИМА.	2.7. Не се приема.	2.7. Не са предоставени мотиви за направеното предложение. Предложението е в противоречие с изразеното становище по т. 1.4 от главния координатор на Експертния съвет по ПВЕХ – проф. Мая Аргирова, описано по-горе. Съгласно дадени от проф. Аргирова пояснения необходимостта от четирима специалисти по ПВЕХ за структури с трето ниво на компетентност е поради следните причини: 1. В структурата от трето ниво на компетентност, където се осъществява дейността по специалността ПВЕХ се

			извършват операции с много голям обем и сложност. Броят на специалистите за тази дейност трябва да бъде най-малко четири. Необходим е 24 часов график на лекари с възможност за лечебна и консултативна дейност от достатъчен брой специалисти. Ако един от специалистите е в отпуск или с временна нетрудоспособност, трябва да има наличност на поне трима специалисти, покриващи нормалния лечебен процес. Натовареността и работния ритъм в тези структури е такава, че ако двама специалисти оперират едновременно, останалите трябва да извършват оценка на пациентите в превързочните зали (деца и възрастни). Превързките при пациенти с обширни изгаряния и големи мекотъканни дефекти са продължителни и изискват задължително присъствие на лекар със специалност. По определен график, най-често седмичен, се осъществява и консултативната дейност. 2. За извършване на хирургична обработка, спешни и последващи оперативни интервенции на двама или повече пострадали от един инцидент с изгаряния над 20% от телесната повърхност се изискват минимум четирима специалисти. Операциите при тези пациенти са с много голям обем и сложност, времеконсумиращи и се извършват едновременно в две или повече операционни зали. В хирургичните екипи на всяка операция участват трима или
--	--	--	--

			повече лекари в зависимост от обема на интервенцията. 3. При инцидент с голям брой пострадали или масова травма от изгаряния при недостатъчен брой специалисти за едновременно оценка и обработка на пострадалите рискът от неправилен подход, усложнения и летален изход за пациентите е висок. 4. Пациентите с обширни изгаряния и големи мекотъканни дефекти след пътно-транспортни произшествия изискват хоспитализация в специализирани реанимационни отделения с висококвалифициран медицински персонал. Недостатъчният брой специалисти неизбежно рефлектира върху преживяемостта, срока на хоспитализация и функционалните резултати при този вид пациенти.
	2.8. в точка. 6.1.4. Операции с много голям обем и сложност, „много голяма“ хирургия: Да се добави: с изключение на трансплантация на коса и автоложна трансплантация на мастна тъкан	2.8. Приема се.	2.8. Добавен е текст в т. 6.1.4.1 на медицинския стандарт.
	2.9. в точка 6.2. Изисквания за осъществяване на оперативна дейност в съответствие с обема и сложността: при средни операции - да отпадне консултация с алерголог от предоперативната подготовка; - от оперативния екип да отпадне Оператор с придобита специалност с хирургична насоченост по съответния профил, асистент (при необходимост – втори асистент) и да се замени с придобита специалност по ПВЕХ и един или повече асистенти;	2.9. Приема се частично.	2.9. Не са дадени мотиви за искането за отпадане на консултация с алерголог от предоперативната подготовка. Изискването за такава консултация съгласно проекта е заложено да се извършва при показания – т.е. при преценка за необходимост, а не като задължителна консултация при всички пациенти.

	- в следоперативния период хоспитализацията да може да се прави и в МЦ с легла, МДЦ с легла.		Предложенията по втори и трети булет са отразени в таблицата към т. 6.2 на ред „Средни операции“.
	2.10. При големи и много големи операции: от оперативния екип да отпадне Оператор с придобита специалност с хирургична насоченост по съответния профил, 2 до 3 асистенти, като поне един от тях трябва да бъде с придобита специалност с хирургична насоченост, и да се замени с Оператор с придобита специалност по ПВЕХ и един или повече асистенти; - Следоперативен период – вместо лечение в специализирана структура по интензивно лечение, да се позволи хоспитализация в хирургично отделение/клиника, МЦ с легла, МДЦ с легла или отделение по анестезиология и интензивно лечение.	2.10. Приема се.	2.10. Отразени промени в таблицата към т. 6.2 на ред „Големи и много големи операции“.
	2.11. в точка 6.3. Списък на заболяванията, операциите и манипулациите в областта на ПВЕХ (съгласно МКБ 10 и МКБ 9КМ): да се добавят: C07; D10 , D16, D17, D10 , D16, D17, M65, M66, M67, M68*; N60, N61, N63, S64, S65, S66	2.11. Не се приема.	2.11. Не са представени мотиви за допълнително добавяне на посочените отделни диагнози по МКБ-10, включително кодове на злокачествени заболявания. Стандартът описва медицинските дейности, извършвани в областта на ПВЕХ по обем и степен на сложност, разпределени по нива на компетентност и изисквания за изпълнението им и определя възможността при необходимост от извършването на такива дейности, независимо от диагнозата, те да бъдат осъществявани.
	2.12. в точка 6.3.2.2. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия: 6.3.2.2.1.22. реконструкция на гърда с експандер или	2.12. Не се приема.	2.12. Не са дадени мотиви за целесъобразност на направеното предложение.

	силиконова протеза – да отпадне при наличие на възможност за хистопатологични изследвания		Изискването е аналогично на т. 5.3.2.1.22 от действащия към настоящия момент медицински стандарт по ПВЕХ съгласно Наредба № 6 от 2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“.
	2.13. в точка 6.3.2.2.1.23. бодилифтинг – да се добави без съчетани циркумферентна дерматолипектомия с лифтинг;	2.13. Не се приема.	2.13. Не са дадени мотиви за направеното предложение. Бодилифтингът съчетава различни пластични техники, насочени към сложно и мащабно оформяне на проблемните зони. Дерматолипектомия на предна коремна стена (със или без трансфер на умбиликус) е изброена в т. 6.3.2.2.1.26 на същия раздел и е насочена само към една зона.
	2.14. в точка 6.3.2.2.1.26. дермолипектомия на предна коремна стена (със или без трансфер на умбиликус) – да се добави: при индекс на телесна маса под 30%;	2.14. Не се приема.	2.14. Не са дадени мотиви за направеното предложение, както и информация за необходимостта от въвеждане на ограничението при конкретна стойност на индекса на телесната маса.
	2.15. в точка 6.3.2.3.1.30. да отпадне: липосукция до 200 мл.;	2.15. Приема се.	2.15. Отражено в проекта на медицинския стандарт.
	2.16. в точка 6.3.2.5. Манипулации: 6.3.2.5.3. използване на лазери да се добави: „за естетични и“ дерматохирургични процедури;	2.16. Не се приема.	2.16. Посочено е, че в обхвата попадат дерматохирургичните процедури, независимо с каква цел – естетична или терапевтична.
	2.17. да се добави: 6.3.2.5.6. приложение на лифтинг конци във всички области на тялото.	2.17. Приема се.	2.17. Добавена е нова т. 6.3.2.5.6. с предложеното съдържание в медицинския стандарт.
З. Доц. Даниел Янков, председател на БАПРЕХ (вх. № 15-00-284/ 10.12.2020 г. и	3.1. Предложение за допълнение в раздел 1.1. на текст относно историческото развитие на ПВЕХ „В исторически план пластичната хирургия е била определяна като хирургия по повърхността на тялото, но с развитието ѝ през годините е	3.1. Не се приема.	3.1. Точка 1.1 от медицинския стандарт описва дефиниция, основни цели и задачи на медицинската специалност. Предложеният текст не съдържа информация по тези въпроси.

№ 15-00-278/ 10.12.2020 г.)	навлязла и по-дълбоко до костните и мускулните структури за възстановяване на редица комплексни дефекти, засягащи подлежащите тъкани в различни топографоанатомични зони.“- ЯСНОТА		
	3.2. Предложение за нов раздел 1.3.4. относно специализирани естетични оперативни процедури, допустими само за специалисти по ПВЕХ. 1.3.4. Извършването на мастопексия, редуccionна мамопластика и липосукция на лицето или тялото с естетична цел е допустимо единствено за лекари със специалност по ПВЕХ.	3.2. Не се приема.	3.2. Мотиви са дадени по т. 1.1 от предложенията, направени от проф. Мая Аргирова по-горе.
	3.3. Предложение за допълнение към раздел 1.1. на текст относно Европейския стандарт по естетична хирургия. „Настоящият стандарт е съобразен с Европейският стандарт EN 16372:2014 за естетична хирургия, който има статут на български стандарт от 2015-02-17 и не може да бъде в конфликт с европейски стандартизационен документ“.	3.3. Не се приема.	3.3. Точка 1.1 от медицинския стандарт описва дефиниция, основни цели и задачи на медицинската специалност. Предложеният текст не съдържа информация по тези въпроси.
	3.4. Предложение за добавяне на кодове на нозологични единици обект на ПВЕХ към раздели 3.2.4. и 6.3.1. C07, D10, D17, D16, D31, N60, N61, N62, N63, N64, M65, M66, M67, M68, S64, S65, S66 Мотиви: -Кодовите са на процедури предмет на изучаване и дейност по специалността ПВЕХ. -Някои от посочените кодове засягат интересите на други специалности. - Да се добави интердисциплинарен екип на операции засягащи кости, сухожилия и стави	3.4. Не се приема.	3.4. Мотиви са дадени по аналогично предложение по т. 2.4.

	3.5. Предложение за изменение на раздел 3.3.1.3.3. относно изискване за специалист по АИЛ: „3.3.1.3.3. Лекар с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“ в лечебното заведение.“ - най-вероятно от техническа грешка в проекта.	3.5. Приема се.	3.5. Предложението е отразено в т. 3.3.1.3.3 от медицинския стандарт.
	3.6. Предложение за изменение на раздел 3.3.2. касаещо реда на изброените операции – от малки към много големи. 3.3.2. Трето ниво на компетентност на отделение/клиника по ПВЕХ – в структурата се извършват малки, средни, големи и много големи реконструктивни и естетични операции - /въпрос за техническо несъответствие/	3.6. Не се приема.	3.6. Не променя по същество смисъла на текста, тъй като е техническа корекция.
	3.7. Предложение за изменение в изискванията за оперативен екип при средни операции – графа 2 в таблицата на раздел 6.2.: „Оператор със специалност по ПВЕХ и един или повече асистенти...“	3.7. Приема се.	3.7. Предложението е отразено в таблицата по т. 6.2 на ред „Средни операции“.
	3.8. Предложение за изменение на раздел 6.2. графа 1 - предоперативни изисквания за подготовка на пациенти за средни операции. Изискването за консултация с алерголог да отпадне.	3.8. Не се приема.	3.8. Не са дадени мотиви за искането за отпадане на консултация с алерголог от предоперативната подготовка. Изискването за такава консултация съгласно проекта е заложено при показания – т.е. при преценка за необходимост, а не като задължителна консултация при всички пациенти.
	3.9. Предложение за изменение на раздел 6.2., графа 4 на следоперативен период при средни операции „Хоспитализация в хирургично отделение/клиника, МЦ с легла, МДЦ с легла или отделение по анестезиология и интензивно лечение“	3.9. Приема се.	3.9. Предложението е отразено в таблицата по т. 6.2 на ред „Средни операции“.

3.10. Предложение за изменение в изискванията за оперативен екип при големи и много големи операции – графа 2 в таблицата на раздел 6.2. - „Оператор със специалност по ПВЕХ и един или повече асистенти“	3.10. Приема се.	3.10. Предложението е отразено в таблицата по т. 6.2 на ред „Големи и много големи операции“.
3.11. Предложение за изменение на раздел 6.2., графа 4. на следоперативен период при големи и много големи операции. „Хоспитализация в хирургично отделение/клиника, МЦ с легла, МДЦ с легла или отделение по анестезиология и интензивно лечение“.	3.11. Приема се.	3.11. Предложението е отразено в таблицата по т. 6.2 на ред „Големи и много големи операции“.
3.12. Предложение за изменение на раздел 6.3.2.2.1.22. Реконструкция на гърда с експандер или силиконова протеза - при наличие на договор за хистопатологични изследвания. Предлага се да отпадне текста „при наличие на възможност за хистопатологични изследвания“.	3.12. Не се приема.	3.12. Не са дадени мотиви за целесъобразност на направеното предложение. Изискването е аналогично на т. 5.3.2.1.22 от действащия към настоящия момент медицински стандарт по ПВЕХ съгласно Наредба № 6 от 2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“.
3.13. Предложение за изменение на раздел 6.3.2.2.1.23 Бодилифтинг. „Бодилифтинг без съчетани циркумферентна дермолипектомия с лифтинг бедра или лифтинг на мишници“.	3.13. Не се приема.	3.13. Не са дадени мотиви за направеното предложение. Бодилифтингът съчетава различни пластични техники, насочени към сложно и мащабно оформяне на проблемните зони. Дермолипектомия на предна коремна стена (със или без трансфер на умбиликус) е изброена в т. 6.3.2.2.1.26 на същия раздел и е насочена само към една зона.
3.14. Предложение за изменение на раздел 6.3.2.2.1.26. Дермолипектомия на предна коремна стена (със или без трансфер на умбиликус). Предлага се уточняващ текст „при индекс на телесна маса под 30%“.	3.14. Не се приема.	3.14. Не са дадени мотиви за направеното предложение, както и информация за необходимостта от въвеждане на ограничението при конкретна стойност на индекса на телесната маса.

	3.15. Предложение за премахване на раздел 6.3.2.3.1.30. липосукцио до 200 мл.; поради наличие на раздел 6.3.2.3.1.62. липосукцио до 1500 мл.	3.15. Приема се.	3.15. Отражено в проекта на медицинския стандарт.
	3.16. Предложение за изменение на раздел 6.3.2.5.3., и нов раздел 6.3.2.5.6. Раздел 6.3.2.5.3. да се промени така: „използване на лазери за естетични и дерматохирургични процедури“. Нов раздел 6.3.2.5.6. „приложение на лифтинг конци във всички области на тялото“.	3.16. Приема се частично.	3.16. Относно предложението за промяна в т. 4.3.2.5.3 – посочено е, че в обхвата попадат дерматохирургичните процедури, независимо с каква цел – естетична или терапевтична. Добавена е нова т. 6.3.2.5.6. с предложеното съдържание в медицинския стандарт.
	3.17. Предложение за изменение на раздел 3.3.2.3.1. Предложена е следната промяна в текста „Лекари с придобита специалност по ПВЕХ – най-малко трима“.	3.17. Не се приема.	3.17. Мотиви са представени по аналогично предложение по т. 2.7.
4. Красимир Кенолов, управител на МДЦ ВИВА (вх. № 26-00-3614/ 10.12.2020 г.)	4. Подкрепа на предложенията, изразени от БАПРЕХ.	4. Не се приема.	4. Не са представени конкретни предложения по проекта на нормативен акт.
5. Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (вх. № 15-00-287/ 14.12.2020 г.)	5.1. Да се промени т. 2.4.1. както следва: „Медицинските сестри участват при извършване на диагностичните изследвания, медикаментозното лечение и извършват здравни грижи, включващи: изготвяне на индивидуален план за грижи; наблюдение и регистриране на соматични показатели, общо състояние и външен вид на пациента; провеждане на лекарствена терапия, назначена от лекар; специални дейности и грижи в предоперативния и следоперативния период.“	5.1. Не се приема.	5.1. Конкретните професионални дейности, които могат да извършват медицинските специалисти, осъществяващи здравни грижи, са предмет на други нормативни актове и те не могат да се обхванат със същата изчерпателност тук, а и не е необходимо да се преповтарят нормативни разпоредби. Конкретика в това отношение може да се даде и чрез длъжностните характеристики в лечебното заведение, съдържанието на които също не е предмет на медицинския стандарт. Освен това, ако този подход за

			изчерпателно изброяване на дейностите, се възприеме за медицинските специалисти, осъществяващи здравни грижи, той трябва да се приложи и за лекарите, което практически е невъзможно, както и нецелесъобразно.
	5.2. Да се създаде нова т. 2.6.4. Специализирани предоперативни и следоперативни здравни грижи.	5.2. Не се приема.	5.2. Точка 2.6 от проекта на медицинския стандарт визира дейности, които изискват допълнителна квалификация на лекарите с придобита специалност по ПВЕХ. Предложените видове дейности за нова т. 2.6.4 касаят дейности от обхвата на здравните грижи, осъществявани от специалистите по здравни грижи: медицински сестри, а не на лекарите. Медицинските сестри съгласно т. 2.4.1 извършват общомедицински и специфични дейности съобразно спецификата на клиниката/отделението, в което работят, като подпомагат дейността на лекаря и извършват назначените от него манипулации самостоятелно или под негов контрол, съобразно своята професионална квалификация и компетентност. Възможностите за допълнителна квалификация на медицинските сестри са регламентирани съгласно чл. 182 от Закона за здравето.
	5.3. Да се създаде нова т. 4.2.4. алгоритми за специфични здравни грижи. Мотиви: С предложенията, касаещи броя на специалистите по здравни грижи се цели осигуряването на непрекъснати качествени здравни грижи във всички структури на системата	5.3. Не се приема.	5.3. Точка 4.2. включва задължителни диагностично-лечебни алгоритми, разработени и утвърдени от Българската асоциация по пластично-реконструктивна и естетична хирургия. В тях няма пречка да бъдат включени и специфични

	на здравеопазването. Сигурността и безопасността за пациента са пряко свързани с броя 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 броя 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,		изисквания към здравните грижи при преценка за необходимост от специфицирането им в зависимост от съответното заболяване/оперативна интервенция. Също така алгоритми за специфични здравни грижи биха могли да бъдат разработени от БАПЗГ при преценка за необходимост от разработването им като отделен алгоритъм, който да касае само здравните дейности в областта на ПВЕХ. Относно предложената „Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти“, важно е да отбележим, че тя не би могла да бъде приета в настоящия вид, тъй като вносителят включва цялостното ѝ описание в посочените медицински стандарти (само някои), а това не е целесъобразно от гледна точка на предмета на медицинските стандарти. Сочи се също, че методиката е препоръчана от Международния съвет на медицинските сестри (ICN).
--	--	--	--

	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,		Намираме за обосновано БАПЗГ да разработи и приеме на национално ниво протоколи и алгоритми за дейности по здравни грижи, касаещи всеки медицински стандарт. Също така БАПЗГ следва да приеме национална методика за определяне потребностите от специалисти по здравни грижи и да я оповести 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.
--	--	--	---

	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. Предвижва 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.		
6. Български лекарски съюз (вх. № 62-08-43/ 07.12.2020 г.)	6. Прави впечатление, че в проектите на медицински стандарти в частта „Критерии, показатели за качество и контрол на качеството за осъществяваната медицинска дейност“, например за различните хирургични специалности, тези	6. Не се приема.	6. Вносителят вероятно има предвид количествените показатели за осъществяване на дейността в отделението/клиниката по хирургия от съответното ниво на компетентност, тъй

	показатели са разработени с различна тежест по отношение на показателите, които се проследяват и контролират. В някои от проектите са посочени много повече показатели, които ще се проследяват, а в други - се ограничават до брой специалисти, брой операции и т.н. Предлагаме да се унифицират изискванията в „Критерии, показатели за качество и контрол на качеството за осъществяваната медицинска дейност“, както в проекта на медицински стандарт по „Хирургия“.		като качествени показатели в медицински стандарт по Хирургия не са систематизирани като изискване. Количествените показатели не биха могли да се унифицират за всички специалности, дори и от един профил, какъвто е хирургичният, тъй като всяка медицинска специалност има своите специфики по отношение на трудност и сложност на осъществяваната оперативна дейност. Липсата на конкретика в предложението на БЛС също възпрепятства да се направят промени в проекта в тази насока.
7. parvan.voynov Портал за обществени консултации (публикувано на 14.11.2020 г.)	7. Качените два файла са еднакви. Моля да бъдат качени мотивите.	7. Приема се.	7. Извършена своевременна техническа корекция и публикувани мотиви към проекта.
8. Д-р Красимир Грудев, председател на УС на Национално сдружение на частните болници (вх. № 63-00-278/ 11.12.2020 г.)	8. Във връзка с публикуваните за обществено обсъждане Проекти на наредби за утвърждаване на 17 медицински стандарта, като изразяваме 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	8. Не се приема.	8. Вносителят не е представил конкретни предложения по проекта на нормативен акт.

	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 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