

СПРАВКА

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

№	Участник в обществените консултации	Предложения	Приема се/ Не се приема	Мотиви
1.	„УМБАЛ проф. д-р Стоян Киркович“ АД, гр. Стара Загора Рег. № 20-20-64/ 17.11.2020 г.	Приложено Ви изпращаме корекциите в Наредба № от 2020 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Хирургия“. 1. I – 1.3.3. Комплексен онкологичен център (за онкологична хирургия). отпада 2. III – 2.1.2.1.7. стетоскоп - 1 бр.; отпада III – 2.1.2.1.8. медицински термометър - 1 бр.; отпада	1. Не се приема. 2. Не се приема.	1. В чл. 26б, ал. 3 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) е определена структурата на стационарния блок на комплексния онкологичен център, като вид лечебно заведение по чл. 10 от ЗЛЗ, а именно, че стационарният му блок се състои от отделения, съответстващи на основните методи от комплексното лечение - медицинска онкология, лъчелечение, онкологична хирургия. 2. Наличието на апарат за измерване на кръвно налягане предполага и наличие на стетоскоп. Отделно следва да се отбележи, че аускултацията е основен физикален метод при снемането на статуса на пациента в медицината; използва се и при изпълнението на медицински дейности в областта на медицинската специалност Хирургия (напр. при наличие/поява на пневмоторакс; аускултация на корем и т.н.)

		3. III – 2.1.2.1.22. сух стерилизатор - 1 бр.; отпада 4. III – 2.1.2.1.23. негативоскоп - 1 бр.; отпада 5. III – 2.1.2.1.38. шивашка ножица за марли - 1 бр.; отпада 6. III – 3.1.1.1. В структурата се извършва планова оперативна дейност или по спешност оперативно и/или консервативно лечение на хирургични заболявания, при които се извършват операции с малък и среден обем и сложност (без онкологична хирургия), които не предполагат интензивни диагностични и терапевтични процедури. Големи операции се допускат само по спешност при наличие на индикации за животозастрашаващо състояние при проведена консултация с републикански и/или национален консултант. 7. III – 3.1.1.1.1. В структура, осъществяваща дейностите по хирургия от първо ниво на компетентност, е допустимо извършването на спешни дейности от първо ниво на компетентност по медицинските специалности „Детска хирургия“, „Ортопедия и травматология“, „Урология“ и „Лицево-челюстна хирургия“ при спазване на изискванията на съответните медицински стандарти по медицинските специалности относно налични специалисти и оборудване от първо ниво на компетентност, както и операциите по т. 5, попадащи в обхвата на други медицински специалности, които могат да бъдат извършвани от хирург със придобита специалност.	3. Приема се. 4. Приема се. 5. Приема се. 6. Не се приема. 7. Не се приема.	Същото се отнася и за медицинския термометър – особено в условията на амбулаторна практика. 6. Текстът на т. III – 3.1.1.1. в проекта определя, че в структурата се извършва „оперативно и/или консервативно лечение на хирургичните заболявания“. Определенията „планово и по спешност“ се отнасят точно за извършваните дейности по оперативно и/или консервативно лечение. Предложената от вносителя редакция изключва плановото консервативно лечение, като не са представени и мотиви за това. 7. Законът за здравето определя, че всяко лечебно заведение е длъжно да извърши възможния обем медицински дейности при пациент в спешно състояние, независимо от неговото гражданство, адрес или здравноосигурителен статут, без да формулира допълнителни условия за задължително наличие на консултации. Стандартът определя възможността за дейност по определените медицински специалности в структура по хирургия, а не в отделна структура, при спазване на изискванията на стандартите по съответните медицински специалности
--	--	---	--	---

		8. III – 3.1.1.2. Отделението/клиниката по хирургия разполага със следните помещения: минимален брой болнични стаи – до 10 легла, превързочни стаи за асептични и за септични превръзки, манипулационна, сестринска работна стая, лекарски кабинети, кабинет на старшата медицинска сестра, съблекалня, кухненски офис, стая за подготовка на болните за операция или изследване, помещения за персонала, помещение за дезинфекция, складове. 9. III – 3.1.1.4.3.1. комбинирано осветление в операционните зали; общото осветление трябва да осигурява до 40% от необходимата осветеност; локалното осветление се осигурява от операционна лампа с най-малко 2 бренера, всеки от които с мощност 100 вата 10. III – 3.1.1.6.5.1.1. За планова оперативна дейност задължителна дневна осигуреност от две операционни сестри на една операционна маса в рамките на един работен ден; 11. III – 3.1.1.6.5.3.2. Включването на допълнителни членове към хирургичния екип е необходимо при разширяване на дейността и обема оперативна дейност. 12. III – 3.1.2.2.2.4. Стандартният КПООР в условия на	8. Не се приема. 9. Не се приема. 10. Приема се. 11. Приема се. 12. Не се приема.	относно наличието на медицински специалисти, апаратура и др. Текстът касае операциите по т. 5 от стандарта, които могат да бъдат извършвани от хирург (специалист по хирургия) в условията на спешност. 8. Няма мотиви за въвеждането на такова изискване, ограничаващо броя на леглата, а от друга страна, словосъчетанието „минимален брой болнични стаи – до 10 легла“ съдържа вътрешно противоречие (липсва логическа свързаност), непозволяващо еднозначното прилагане на такава норма. 9. Изискването в текста на стандарта е минимум три бренера; липсва мотив за промяната, още повече, че се предлага предвидената мощност на осветлението да се намали с 1/3 (33%). 10. Предложеното допълнение е отразено в т. III – 3.1.1.6.5.1.1. 11. Предложената промяна на текста е отразена в т. III – 3.1.1.6.5.3.2.
--	--	---	--	---

		спешност включва задължително провеждане на консултации със специалист от друга специалност/или кардиолог или специалист по вътрешни болести, а за деца до 18 години - и с педиатър. Този процес завършва с преданестезиологичен преглед/консултация с оценка на оперативния риск, становище за безопасността, индикациите и контраиндикациите на предстоящата анестезия, планиране на възможните техники и средствата за тяхното провеждане.		12. Текстът в проекта на стандарта определя, че клиничният преглед за оценка на оперативния риск (КПООР) в условията на спешност включва задължително провеждане на консултация с кардиолог или специалист по вътрешни болести. В т. 3.1.2.2.2 е определено, че КПООР е основна дейност при уточнени показания за операция и взето решение за извършване на планова или спешна хирургическа намеса и той уточнява общото състояние на пациента, наличието на придружаващи заболявания, възможността да понесе необходимата анестезия и хирургична намеса. При така описаното предложение за промяна, КПООР може да включва само преглед от хирург и например очен лекар. Отделно от това, възможността за назначаването и провеждането на консултации и с други специалисти с оглед правилна оценка на оперативния риск е посочена в предходната точка 3.1.2.2.3.
		13. III – 3.1.2.2.2.5. Окончателната преценка на оперативния риск се извършва от хирурга-оператор (в условия на спешност) и/или от лекарски хирургически- отпада колегиум. В него участва анестезиолог, а при необходимост и с други лекари-специалисти. Заключителната оценка на оперативния риск се съобщава и обсъжда с пациента и неговите близки/настойник.	13. Приема се.	13. Предложеното е отразено в текста: „3.1.2.2.2.5: „Окончателната преценка на оперативния риск се извършва от хирурга-оператор (в условия на спешност) и/или от лекарски колегиум, в който участва анестезиолог, а при необходимост и други лекари-специалисти. Заключителната оценка на оперативния риск се съобщава и обсъжда с пациента.“

	14. III – 3.1.2.2.4. Всички пациенти с потвърдени показания за хирургична намеса подлежат на включване в дневна или седмична планова оперативна програма, която се изготвя от началника на клиниката/отделението. Редът и условията за нейното съставяне, както и промяната и при необходимост, се определя с правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение и правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на структурата по хирургия. 15. III – 3.1.3.1.3. оперативната активност не трябва да е по-ниска от 50%. 16. III – 3.2.1.1.2. В структура, осъществяваща дейностите по хирургия от второ ниво на компетентност, се извършват и дейности от първо ниво и второ на компетентност по медицинските специалности „Детска хирургия“, „Ортопедия и травматология“, „Урология“, „Лицево-челюстна хирургия“, „Пластично- възстановителна и естетична хирургия“, „Гръдна хирургия“ и „Съдова хирургия“, при спазване на изискванията на съответните медицински стандарти по медицинските специалности относно налични специалисти и оборудване от съответното ниво на компетентност, както и операциите по т. 5, попадащи в обхвата на	14. Приема се. 15. Не се приема. 16. Не се приема.	14. Предложеното допълнение е отразено в т. III – 3.1.2.2.4 15. В текста на стандарта изискването към оперативната активност е тя да не е по-ниска от 60%. Предложената промяна означава, че хирургичните отделения ще извършват консервативно лечение в половината от случаите. Липсват мотиви за това занижаване на минималното ниво на оперативната дейност, която е основна и специфична за хирургичните отделения. 16. Предложеният в стандарта текст определя <u>възможността</u> в структура по хирургия от второ ниво на компетентност, да бъдат извършвани дейности от първо и второ ниво на компетентност по медицинските специалности „Детска хирургия“, „Ортопедия и травматология“, „Урология“, „Лицево-челюстна хирургия“, „Пластично- възстановителна и естетична хирургия“, „Гръдна хирургия“ и „Съдова хирургия“ в случай че са налични съответните медицински специалисти и оборудване. Предложената редакция
--	--	---	--

		други медицински специалности, които могат да бъдат извършвани от хирург в условия на спешност. 17. III – 3.2.1.2.1. Лечебното заведение, в което е структурата, трябва да разполага с операционна зона с две операционни зали със следната апаратура и оборудване в допълнение на т. 3.1.1.3: 18. III – 3.2.1.2.1.3. специфично оборудване за извършване на жлъчно-чернодробни операции - рентгенов апарат тип „С-рамо“ в операционен блок за интраоперативна диагностика и контрол на оперативната интервенция (холангиография, ангиография); 19. III – 3.2.1.4. възможност за извършване на компютърна аксиална томография (КАТ) с осигурен 24-часов достъп, включително в условията на спешност и/или магнитнорезонансна томография (МРТ) - на територията на населеното място.	17. Не се приема. 18. Не се приема. 19. Не се приема.	определя, че тези дейности <u>задължително</u> следва да се извършват в структура по хирургия от второ ниво на компетентност, което не е целесъобразно от гледна точка на възможностите за изпълнение, а и не съответства на потребностите от такъв регламент. 17. Настоящата формулировка е „операционна зона с операционни зали“, която предполага възможността да са минимум две или повече, в зависимост от натовареността и големината на легловия фонд, оперативната активност и т.н. 18. В т. 3.2.1.2.1 е определено, че лечебното заведение, в което е структурата, трябва да разполага с операционна зона с операционни зали със следната апаратура и оборудване, т.е. изискването се прилага за операционната зона, поради което е излишно направеното от вносителя уточнение „в операционен блок“. 19. Цитираното предложение касае текста на т. III- 3.2.1.3.6, която гласи: „възможност за извършване на компютърна аксиална томография (КАТ) и/или магнитнорезонансна томография (МРТ) – на територията на населеното място, като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност“. Тази редакция дава възможност за кумулативно или алтернативно извършване на КАТ или МРТ
--	--	--	--	---

		20. III – 3.2.3.1.3. оперативната активност не трябва да е по-ниска от 50%.	20. Не се приема.	на територията на населеното място в условията на спешност. В случая, с предложената от вносителя редакция, изискването за образна диагностика в условията на спешност се снижава силно и се ограничава само до извършването на КАТ, но не и на МРТ, за което липсва медицинска целесъобразност.
		21. III – 3.3.1.1. В структура по хирургия от трето ниво на компетентност се извършва планово, спешно и с отсрочена спешност диагностика, консервативно и оперативно лечение на хирургични заболявания с малък, среден, голям и много голям обем и сложност, съгласно списъка на оперативните операции в областта на хирургията по т. 5 на всички доброкачествени и злокачествени заболявания на гастроинтестиналната система, чернодробно-жлъчната система, панкреаса, далака, ретроперитонеалното пространство, щитовидната, надбъбречните жлези и млечните жлези, ануса и периааналното пространство, тазовите органи и други, изискващи отстраняване на част или цял орган; поставяне на импланти; намеса върху един или повече органи на един етап или повече етапи; едновременна	21. Не се приема.	20. Изискването в проекта на стандарта е оперативната активност да е не по-ниска от 60%. Предложената от вносителя промяна означава, че хирургичните отделения ще извършват консервативно лечение в половината от случаите. Липсват мотиви за това занижаване на % оперативна дейност, която е основна и специфична за хирургичните отделения. 21. Не са представени мотиви за така предложената промяна.

	намеса върху орган/органи от две области/кухини; остър хирургически корем; заболявания, изискващи високоспециализирани оперативни процедури (трансплантация на органи и др.); хирургично лечение на изгаряния с площ до 15% от телесната повърхност, с хирургична обработка на раневите повърхности. 22. III – 3.3.2.1.3. специфично оборудване за извършване на жлъчно-чернодробни операции - рентгенов апарат тип „С-рамо“ в операционен блок за интраоперативна диагностика и контрол на оперативната интервенция (холангиография, ангиография). 23. III – 3.3.3.2. микробиологична лаборатория с вирусология най-малко от второ ниво на компетентност, (собствена или по договор с друго лечебно заведение) на територията на населеното място; 24. III – 3.3.3.5. отделение/клиника по анестезиология и интензивно лечение най-малко от трето ниво на компетентност на адреса, на който се осъществява дейността по хирургия; 25. III – 3.3.3.6. на територията на лечебното заведение при осигурен 24-часов достъп възможност за извършване на компютърна аксиална томография (КАТ) и/или магнитнорезонансна томография (МРТ)	22. Не се приема. 23. Приема се. 24. Приема се. 25. Не се приема.	22. Текстът в т. 3.3.2.1. на проекта ясно сочи, че лечебното заведение, в което е разположена структурата по хирургия, трябва да разполага с операционна зона с апаратура и оборудване. 23. Предложеното допълнение е отразено в т. III – 3.3.3.2. 25. Сегашният текст на т. 3.3.3.6 „възможност за извършване на компютърна аксиална томография (КАТ) и/или магнитнорезонансна томография (МРТ) на територията на лечебното заведение при осигурен 24-часов достъп, включително в условия на спешност.“ е достатъчно ясен. Предлаганата редакция създава същите условия с доста
--	--	---	---

		26. III – 3.3.4. В структурата работят не по-малко от осем лекари, като четирима от тях са със специалност по хирургия и четири специализанта.	26. Не се приема.	усложнен изказ и не променя смисъла на изискването.
		27. III – 3.3.5.1.2. В клиниката/отделението по хирургия от трето ниво на компетентност се диагностицира и лекува следната патология: хирургични заболявания с доброкачествен и злокачествен характер на гастроинтестиналната система, чернодробно-жлъчната система, панкреаса, далака, ретроперитонеалното пространство, щитовидната, надбъбречните и млечните жлези, ануса и перианалното пространство и други, изискващи отстраняване на част или цял орган; намеса върху един или повече органи на един етап; едновременно намеса върху орган/органи от две области/кухини; остър хирургичен корем; заболявания, изискващи високоспециализирани оперативни процедури (трансплантация на органи и др.); хирургично лечение	27. Не се приема.	26. В текста на проекта се залага минимално изискване за не по-малко от осем лекари, като четирима от тях са със специалност по хирургия. Това не изключва в структурата да работят и други лекари. Изискванията за брой на специализантите са свързани и с други показатели относно капацитета на лечебното заведение за обучение на специализанти, като поставянето им като условие тук, обуславя допълнително ограничение, което не е целесъобразно от гледна точка на медицинската дейност по хирургия и осигуряване на населението с нея. 27. Не са представени мотиви по така предложената промяна.

	на изгаряния с площ до 15% от телесната повърхност, с хирургична обработка на раневите повърхности. 28. III – 3.3.6.1.1. най-малко 900 операции, като 50% от тях, трябва да са с „много голям“ и „голям“ обем и сложност; 29. III – 3.3.6.3. оперативната активност не трябва да е по-ниска от 60%. 30. III – 4.4. <table><tr><td>Средни операции</td><td>1. Предоперативни изследвания и подготовка</td><td>ПМК, протромбиново време, кръвна захар, кръвна урея и креатинин, урина - количествено изследване. ЕКГ и консултация с кардиолог или друг</td></tr></table>	Средни операции	1. Предоперативни изследвания и подготовка	ПМК, протромбиново време, кръвна захар, кръвна урея и креатинин, урина - количествено изследване. ЕКГ и консултация с кардиолог или друг	28. Не се приема. 29. Не се приема. 30. Приема се по принцип.	28. В проекта на медицинския стандарт текстът е „най-малко 1000 операции, като 50% от тях, трябва да са с „много голям“ и „голям“ обем и сложност“ на годишна база. Предвид обема дейност, който се осъществява в структурите от трето ниво на компетентност, този брой операции не би следвало да затрудни нито една от тях. Същевременно не са ясни мотивите на вносителя за това предложение за намаляване на изискуемия годишен брой операции точно със 100. 29. Съществуващият текст по отношение на това изискване за структура по хирургия от трето ниво, в което се извършват всички дейности от обхвата на медицинската специалност, е: „оперативната активност не трябва да е по-ниска от 70%“. Липсват мотиви за предложеното занижаване на % оперативна дейност, която е основна и специфична за хирургичните отделения. 30. Отражено в т. III – 4.4
Средни операции	1. Предоперативни изследвания и подготовка	ПМК, протромбиново време, кръвна захар, кръвна урея и креатинин, урина - количествено изследване. ЕКГ и консултация с кардиолог или друг				

				специалист . Рентгеноскопия/графия на белия дроб със заключение. Предоперативни консултации. При показания: - тест за алергия, консултация с алерголог, - противоалергична подготовка; - антитромботична профилактика; - антибактериална профилактика. При показания: кръвна група.		
2.	Български лекарски съюз Рег. № 62-08-43/ 09.12.2020 г.	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 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“.			Не се приема.	Вносителят вероятно има предвид количествените показатели за осъществяване на дейността в отделението/клиниката по хирургия от съответното ниво на компетентност, тъй като качествени показатели в медицински стандарт по Хирургия не са посочени 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.
3.	Национално сдружение на частните болници в България Рег. № 63-00-278/ 09.12.2020 г.	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 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	Не се приема.	Липсват конкретни предложения по проекта на нормативен акт.

		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 притопянето 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.		
4.	Доц. д-р Л. Веселинова, д.м. Главен координатор на ЕС по ФРМ към МЗ Рег. № 61-00-183/ 10.12.2020 г.	Обръщаме внимание и молим за Вашето съдействие обнародването 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	Приема се.	Направено е допълнение на текста на т. II-6 Изисквания към рехабилитатори/ кинезитерапевти.

		медицина и рехабилитация, както и отправения апел към главните координатори по специалности в началото на настоящия процес по актуализация на медицинските стандарти в Р България 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 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“; тт. 1.1.2, 1.1.3, 1.2.2. в проекта на медицински стандарт по „Ревматология“; тт. 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“; тт.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“; тт. 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“, 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 взаимовръзки, 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.		
5.	Доц. д-р Л. Веселинова, д.м. Главен координатор на ЕС	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.	Липсват конкретни предложения по текстовете на стандарта. Писмото е в подкрепа на предложенията по т. 4.

	по ФРМ към МЗ Рег. № 62-00-115/ 11.12.2020 г. Проф. Елена Илиева Председател на Асоциацията по физикална медицина и рехабилитация, чрез БЛС Рег. № 62-08-47/ 16.12.2020 г.	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 плана се отправя апел към главните координатори по специалности дейностите по рехабилитация да се споменават с препратка към 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 обявения 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.		
6.	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи Рег. № 15-00-286/ 11.12.2020 г.	1. Към т. 3.1. Изисквания за осъществяване на дейности по специалността „Хирургия“ в структура от първо ниво на компетентност, след т. 3.1.1.6.2. да се добави: 3.1.1.6.2.1. Старшата медицинска сестра организира, ръководи и контролира здравните грижи в отделението/клиниката; извършва подбор и планира обучението и развитието на персонала, осъществяващ здравни грижи; контролира на дезинфекцията,	1. Не се приема.	1. В предложеното допълнение няма специфични дейности само за старшата медицинска сестра в структура по медицинската специалност „Хирургия“, които би следвало да бъдат изрично упоменати. Посочените дейности са общи за длъжността, касаеща структурите и по другите специалности и по тази причина не е целесъобразно да бъдат изброявани.

	стерилизацията и управлението на болничните отпадъци. 2. Да се добави нова т. 3.1.1.6.3.2. с текст: „Медицинските сестри в отделението/клиниката по хирургия наблюдава общото състояние на пациента, изработва план за грижи за пациент с хирургично заболяване на основата оценка на състоянието - явни и потенциални рискове за пациента, извършва предписаните от лекарите назначения и процедури, притежава компетентност да обработва и извършва превръзка на оперативните рани, оценява тяхното състояние, следи основни параметри в пред- и следоперативния период (пулсова честота, температура, честота на дишането, диуреза, обем и вид на изтичащите течности през дренажи, назогастрална сонда, катетри), регистрира резултатите и сигнализира лекар при отклонение от нормата; извършва специални сестрински грижи при пациенти с хирургично заболяване.“ 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 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	2. Не се приема.	Освен това предложените дейности са само част от задълженията на старшата медицинска сестра, поради което се получава непълнота в регламента. 2. В предложеното допълнение (нова т. 3.1.1.6.3.2) няма посочени специфични дейности само за медицинската специалност „Хирургия“, които би следвало да бъдат изрично упоменати. За такива принципно се споменава в последната част на предложениия текст („специални сестрински грижи при пациенти с хирургично заболяване“), без да се конкретизират, което обезсмисля предложението. Посочените дейности са общи за всички или голяма част от медицинските специалности и по тази причина не е целесъобразно да бъдат изброявани, тъй като: - те са много повече в наредбата по чл. 7 от Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите и не биха могли да се изброят изчерпателно, а и не е необходимо част от тях да се преповтарят в настоящия проект на наредба; - включването в медицинския стандарт само на част от дейностите, присъщи на професионалната компетентност на медицинските сестри, води до непълнота и ограничение на техните функции спрямо
--	--	------------------	---

	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 специалистите по здравни грижи и планиране на персонал. 3. 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 специалисти 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, 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	3. Не се приема.	пълния обхват на допустимите от законодателството дейности. Освен това в т. II-5 също са посочени основните изисквания към медицинските специалисти, осъществяващи здравни грижи, включително и по специфичните изисквания към дейността на операционната медицинска сестра. 3. Въпросът, свързан с приемането на Методика за изчисляване на необходимия персонал (медицински сестри), е извън обхвата на медицинския стандарт. 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 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.
--	---	------------------	--

		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.		
--	--	--	--	--

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ

Заместник-министър на здравеопазването

Съгласували:

д-р Ивиан Бенишев
директор на Д „Медицински дейности“

Надежда Бранковска
директор на Д „Правна“

Стела Здравкова
нач. на отдел „Нормативни актове“, Д „Правна“

Изготвили:

Д-р Цветолюба Генкова,
нач. отдел ОММД, Д „Медицински дейности“

Невена Цветкова
гл. юрисконсулт в Д „Правна“