



BG051PO001-6.2.02

„ПУЛСС – Практически увод в лечението на спешните състояния”



# **ПРОУЧВАНЕ НА ДОБРИ ЕВРОПЕЙСКИ ПРАКТИКИ В СФЕРАТА НА СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

*Авторски колектив*

*Д-р Тодор Юнаков  
Д-р Румяна Чупетловска  
Д-р Ангел Ангелов*

**София  
2010**



## СЪДЪРЖАНИЕ

1. Резюме .....	3
2. Въведение .....	4
3. Основни области за сравнителна оценка на системите за спешна медицинска помощ на държавите-членки на ЕС .....	6
4. Преглед на медицинските практики в извънболничната спешна медицинска помощ в отделни страни, членки на ЕС /Германия, Италия, Словения и Франция/ .....	15
5. Препоръки .....	39
6. Заключение .....	42
7. Библиография .....	43



## РЕЗЮМЕ

В настоящия доклад се съдържа сравнителен анализ на практиките за осъществяване на спешна медицинска помощ в страните, членки на ЕС, с оглед очертаване на общите тенденции в развитието на СМП и нейното хармонизиране в рамките на ЕС.

Докладът съдържа проучвания на добри европейски практики в сферата на СМП в страните Германия, Италия, Словения и Франция.

При изготвянето на доклада са използвани източници като официални доклади на СЗО и ЕК, както и официални нормативни документи на системите за СМП в съответните държави, научни публикации и други относно СМП.



## ВЪВЕДЕНИЕ

Правото на здраве е основно човешко право, което е записано в конституцията на СЗО и в болшинството от договорите на ООН, а отскоро и в Договора за създаване на Конституцията на Европа (Чл. II-95 от главата „Основни права на Съюза”), който признава правото на всеки човек на достъп до грижи за здравето и лечение. Това право трябва да бъде утвърдено в правото на всяка държава-членка, тъй като законодателството е необходимо за укрепване на здравната система.

По-конкретно, по време на годишната си среща през май 2007 СЗО обяви важната роля на спешната помощ в сектора на общественото здраве пред Международната здравна асамблея като прие: „...че подобрената организация и планиране на осигуряването на спешна помощ е важна част от предлаганата здравна помощ, играе важна роля в подготовката и реагирането при масови инциденти и може да понижи смъртността, да намали инвалидността и да предпази от други нещастни последици от ежедневно случващите се произшествия.”

Като се има предвид сравнително новата история на СПМ и развитието на системите за СПМ в Европа, не е учудващо, че някои държави все още нямат изчерпателна и точна правна уредба, конкретно насочена към създаването, организацията и регулирането на СПМ. В допълнение, като се вземе предвид връзката на СПМ с други спешни услуги (напр. полиция, пожарна, гражданска защита), може би е по-подходящо да се предвиди по-широк спектър от законодателни актове, които включват осигуряването на СПМ в различни контексти: бедствия, спешна помощ, превенция, първична помощ и др. Необходимо е усъвършенстване на доболничната спешната медицинска помощ както в извънкризисен статус, така и в кризисни ситуации.

Законовата рамка на всяка държава-членка разкрива значителни различия между европейските страни. Въпреки, че всички 27 страни-членки имат законодателство, което регулира системата на СПМ. В близо 1/3 от държавите тези закони са приети през 90-те, докато в половината от тях законите са от по-скоро приети и датират от 2000-та насам. Това е резултат от факта, че СПМ е нова дисциплина, която се е развила след 90-те години .

Именно поради тези констатации сравнителното проучване на опита на страните в ЕС дава възможност за ефективно хармонизиране на дейностите за осъществяване на спешна медицинска помощ в България в рамките на страните членки на ЕС.

По-голямата хомогенност в качеството на здравната помощ, особено в спешната помощ, има своята значимост поради увеличената и все повече увеличаваща се мобилност на гражданите в границите на ЕС.

Основните моменти, залегнали за регулация от националните законодателства са:



- **Свободен достъп за всички до вътреболнична помощ, включително неосигурени и неидентифицирани лица.**
- **Минимални стандарти за грижа и оборудване, минимални изисквания за квалификация.**
- **Финансови механизми.**
- **Задължително обучение за служителите, работещи в СПМ.**



## Основни области за сравнителна оценка на системите за спешна медицинска помощ на държавите-членки на ЕС

### 1. Законодателство и финансиране на Спешната медицинска помощ

- **Правна рамка – начало на регламентиране на дейността с нормативен акт**

1960's	1970's	1980's	1990's	2000's																					
BEL	IRE	GRE	LUX	SWE	BUL	CZH	FIN	HUN	ITA	LVA	LTU	UNK	AUT	CYP	DEN	DEU	EST	FRA	NET	POL	POR	ROM	SPA	SVK	SVN

AUT	- АВСТРИЯ
BEL	- БЕЛГИЯ
BUL	- БЪЛГАРИЯ
CYP	- КИПЪР
CZH	- ЧЕХИЯ
DEN	- ДАНИЯ
DEU	- ГЕРМАНИЯ
EST	- ЕСТОНИЯ
FIN	- ФИНЛАНДИЯ
FRA	- ФРАНЦИЯ
GRE	- ГЪРЦИЯ
HUN	- УНГАРИЯ
IRE	- ИРЛАНДИЯ
ITA	- ИТАЛИЯ
LTU	- ЛИТВА
LVA	- ЛАТВИЯ
LUX	- ЛЮКСЕМБУРГ
MAT	- МАЛТА
NET	- ХОЛАНДИЯ
POL	- ПОЛША
POR	- ПОРТУГАЛИЯ
ROM	- РУМЪНИЯ
SPA	- ИСПАНИЯ
SVK	- СЛОВАКИЯ
SVN	- СЛОВЕНИЯ
SWE	- ШВЕЦИЯ
UNK	- ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

- **Области от спешната медицинска помощ, предмет на нормативна уредба в националното законодателство**

- Свободен достъп на всички лица до спешна медицинска помощ в болничните структури, включително на неосигурените лица и лицата без документи за идентификация – наличие във всичките 27 държави. Независимо от това, доплащане за оказването на спешна медицинска помощ липсва само в



16 от държавите на ЕС (вкл. **България, Германия, Италия, Словения**), като в 7 от страните е регламентирано доплащане за медицинската помощ, оказвана от извънболничните структури (напр. **Франция**) и в 7 от страните – от болничните структури за спешна медицинска помощ (напр. **Франция**), като доплащане не се изисква само при животозастрашаващи състояния.

- Минимални стандарти за СПМ и медицинска апаратура и оборудване, минимални изисквания за квалификация – съществуват нормативни документи касаещи минимални стандарти за обема на медицинската помощ и медицинското оборудване, минимални изисквания за квалификация в 23 от държавите (вкл. **Германия, Италия, Словения, Франция**) с изключение на **България**, Финландия, Великобритания, Малта.

- Механизми за финансиране - налични са специфични законово регламентиран механизми за финансиране на спешната медицинска помощ в 24 държави (вкл. България).

- Нормативно установено изискване за задължителна допълнителна квалификация на персонала, зает в структурите за спешна медицинска помощ – съществува в 21 държави вкл. **Германия, Италия, Франция (с изключение на България, Великобритания, Финландия, Словения, Испания, Малта)** поради съществуващите образователно-квалификационни системи за медицински специалисти, даващи право на самостоятелна работа на медицинските специалисти след дипломирането им. За България в хорариума на обучителните програми за медицински специалисти /лекари, сестри/ са включени модули по спешна медицина, осигуряващи необходимите познания за работа в структурите за спешна медицинска помощ след дипломирането им без допълнителна квалификация.

- Изискване за доплащане при случаите на медицинска спешност с изключение на животозастрашаващи състояния

<i>В болнични структури за СПМ</i>	7
<i>В извънболнични структури за СПМ</i>	7
<i>В някои региони</i>	1
<i>В някои болници</i>	2
<i>Липсва</i>	16

В **България, Германия, Италия, Словения** – липсва изискване за доплащане при случаите на медицинска спешност.

- **Начин/метод за заплащане на спешната медицинска помощ**  
По броя на обслужените лица - 13/ 25 държави, вкл. **Франция**  
По видове услуги - 17/25 държави, вкл. **Германия**  
На регионално-географски принцип - 9/25 държави, вкл. **Италия**  
Отделни услуги - 2/25 държави

**България, Словения** - По броя на обслужените лица и по видове услуги.



- **Източници на финансиране**

- *Извънболнична спешна медицинска помощ*

Държавен бюджет - 19 държави /11 държави от тях само „финансиране на държавния бюджет” – **вкл. България и Италия.**

Публични фондове, напр. здравноосигурителни и др. – 11 държави /3 от тях само „финансиране от публични средства” – DEN, POR, SWE/.

Частни източници – 4 държави.

Смесено финансиране – 7 държави.

Други – 2 държави.

**Франция** – от държавния бюджет и публични фондове.

**Германия** – от публични фондове и частни източници.

**Италия** – от държавния бюджет.

**Словения** - от държавния бюджет и публични фондове.

- Болнични структури за спешна медицинска помощ (Спешни отделения в болниците).

Държавен бюджет - 14 държави /9 държави от тях само „финансиране на държавния бюджет” – **вкл. България и Италия/.**

Публични фондове, напр. здравноосигурителни и др. – 10 държави /само „финансиране от публични средства” – **вкл. Франция/.**

Частни източници – 5 държави.

Смесено финансиране – 9 държави.

Други – 1 държава.

- **Институции, предоставящи услуги по СМП**

*Институции, предоставящи услуги в извънболничната спешна медицинска помощ*

Правоимащи институции	Санитарни автомобили	Диспечерски центрове (РКЦ)
Публични независими институции <i>Public independent institution</i>	18	17
Публични институции, зависими от болници <i>Public Institution depending on Hospital</i>	5	9
Публични институции, зависими от здравните власти по места <i>Public Institution depending on Health Authority</i>	16	11
Частен сектор <i>Private enterprises</i>	21	5





Съгласно нормативната уредба в България – правоимащите организации да предоставят извънболнична спешна медицинска помощ със санитарни автомобили са публични независими институции (центровете за спешна медицинска помощ) и някои частни предприятия (визират се общопрактикуващите лекари, медицинските центрове и ДКЦ), а за РКЦ - публични независими институции (ЦСМП).

- **Спешната медицинска помощ и управлението при кризи - области, предмет на нормативна уредба в националните законодателства**

- Наличие на нормативна уредба, касаеща управлението на кризи/бедствия и поддържането на готовност за действие при кризи/бедствия – 24 държави (вкл. **България**).

- Организиране на реагираща диспечерна система – 21 държави (вкл. **България**).

- Специален отделен бюджет за осигуряване на готовност за действия при кризи – 13 държави (изкл. **България**, Австрия, Дания, Финландия, Унгария, Литва, Полша, Португалия, **Словения**, Испания, Великобритания, Малта, Кипър, Люксембург).

- Резервен бюджет за незабавни действия при възникване кризи – 12 държави (вкл. **България**).

## **2. Извънболнични структури за спешна медицинска помощ**

- Телефонен номер за спешни повиквания

**11 държави ползват само тел.112** в случаите на медицинска спешност– (*CYP, DEN, EST, FIN, LTU, LUX, NET, POR, ROM, SVN, SWE*).

**9 държави ползват отделен телефонен номер** в случаите на медицинска спешност заедно с тел.112 (*Австрия, Белгия, България, Унгария, Ирландия, Малта, Полша, Испания /в 8 от областите/, Германия /варира в отделните федерални области/*).

**7 държави не ползват тел. 112** за спешни медицински повиквания (*Великобритания, Франция, Чехия, Италия, Латвия, Словакия, Гърция*).

- **Диспечерски центрове (РКЦ)**

Тел. 112 първо се свързва с:

- диспечерски център 112 / an integrated dispatch centre – 21 държави (вкл. България)
- Полиция - 7
- Други - 1

При обаждане на тел. 112 в случай на медицинска спешност:

- Обаждането се приема в диспечерски център 112 и се насочва към медицински диспечер (в РКЦ на спешната медицинска помощ) за консултация – 17 страни (вкл.България).



- Обаждането след приемане в диспечерски център 112 се прехвърля за медицинска консултация в рамките на диспечерския център 112 – 10 страни.

Достъп до тел. 112

- безплатен достъп – 27 държави.
- без код на регионалната територия – 27 държави.
- Обикновено на английски език – 24 държави (изкл. **България, Германия, Полша**).
- Обикновено на език на малцинствена група - 12

- **Диспечерски центрове на спешната медицинска помощ (РКЦ)**

- Брой на РКЦ – България – 28 РКЦ
- взаимосвързаност между РКЦ – 20 държави, (**вкл. България**)

- **Географско разпределение на РКЦ**

Национално разпределение – 2 държави

Областно разпределение – 15 държави (**вкл. България**)

Общинско разпределение – 11 държави

- **Информация в реално време за налични свободни реанимационни легла** – липсва в България.

- **Разпределение на РКЦ на територията на държавите и на човек от населението.**

- **България** 1/ 3 800 км<sup>2</sup> (като нас приблизително - Белгия, Чехия, Унгария, **Италия**, Латвия, Люксембург; на значително по-голяма територия като обхват – Испания, Швеция, Португалия, Естония, Финландия, Гърция).

- **България** 1/ 290 000 души (като нас приблизително – Чехия, Финландия, Ирландия, Малта).

Други държави - Испания 1/ 1 600 000, Белгия 1/ 1 000 000, Гърция 1/ 850 000, Великобритания 1/ 800 000, **Германия** 1/ 700 000, Холандия 1/ 650 000, **Франция** 1/570 000, **Италия** 1/ 550 000, Швеция 1/ 500 000, Унгария 1/ 400 000, Словакия 1/ 650 000, **Словения** 1/150 000).

- **Превозни средства на спешните служби**

**Налично медицинско оборудване в превозните средства на спешните служби (без медицинските служби).**

	Полиция	Пожарна	Доброволни о-и	Други
- Cervical collars/шийна яка	2	16	9	3
- Оxygen/кислород	1	13	7	3
- Suction unit/аспирационно устройство	1	9	7	2
- Aut.external defibrillator/				



Автоматичен дефибрилатор - Manual resuscitator/ ръчен ресусцитатор	4	12	8	4
- Other medical equipment/ Друга мед.екипировка	2	11	9	2
- Functional co-ordination with EMS dispatch centre	5	12	10	5
функционална координация с РКЦ на СПМ	13	18	8	5

В България съществува функционална координация с останалите спешни служби (полиция, пожарна, гражданска защита, ПКСС и др.).

### Съотношение на видовете превозни средства за спешна медицинска помощ (съгласно европейския стандарт EN 1789)

#### България

Patient transport ambulance (Линейка тип А) – 10 %

Emergency ambulance (Линейка тип В) – 50 %

Mobile Intensive Care Unit (Линейка тип С) – 40 %

Сходно е и съотношението между трите типа линейки на Чехия и Латвия.

**България** е сред страните с висок процент на налични Mobile Intensive Care Unit (Линейка тип С) – 40%, заедно с Белгия, Чехия, **Германия**, Латвия. С по-висок процент са само Ирландия 100% , Швеция 90%, Словакия 46%, Полша 45%. Други – **Словения** 15%, **Италия** 25%.

Следва да бъде отбелязано, че към настоящия момент всички долекарски, лекарски и реанимационни медицински екипи на смяна използват Mobile Intensive Care Unit (Линейка тип С – линейка, съоръжена и оборудвана за транспорт, интензивно лечение и наблюдение на пациента).

### 3. Болнични структури за спешна медицинска помощ

- **Спешни отделения съществуват в следните типове болници:**

Университетски – 22 държави (вкл. България);

Регионални (областни) – 23 държави (вкл. България);

Общински (районни) District – 21 държави;

General – 18 държави;

Частни - 8 държави.



- Протоколи за триаж (сортировка) на пациентите

	РКЦ	В линейките	В болничните спешни отделения
Използване на протоколи за триаж	19 Франция Италия Словения	21 Франция Германия Италия Словения	24 Франция Германия Италия Словения
Национално утвърдени	12 Италия	16 Франция Германия Италия	9 Германия Италия
Компютъризиран запис	13 Франция Италия	5 Италия	9 Франция Италия

- Достъп

Conditions to access emergency departments waived in case of vital conditions - Необходими условия за достъп до спешните отделения (извън случаите със животозастрашаващи състояния).

Social security number	Социално-осигурителен номер	-
GP referral	Направление от GP	2
Ambulance referral	Направление от спешния екип в линейка	-
Citizenship	Гражданство	-
Co-payment	Доплащане	-
Identification document	Документ за идентификация	3
Others	Друго	-
No limitation	Без ограничения	27 (вкл. България)

- Интегрираност на медицинските грижи и тяхното качество

В спешните отделения на болниците са налични:

	Да	Пилотни
Изградена вътреболнична информационна мрежа	18	
Нац. стандарти (алгоритми) за действие	14	
Система за контрол на качеството	13	
Социални работници	8	8
Културни медиатори	3	5

**4. Образование и обучение на специалистите в спешната помощ**

- **Университетско образование**

Обучението по СМП е част от учебния план в медицинските учебни заведения – 15 (вкл. България).

Специализацията по СМП е нормативно призната – 18 държави (вкл. България).

**Срок на обучението (за специалност)**

До 3 г. – 4 страни

До 6 г. – 12 страни (България)

Най-малко 6 години – 2 страни

**Специалността по СМП е въведена в университетското образование през:**

70-те - 1

80-те - 1

90-те - 7 (България, Белгия, Чехия, Германия, Латвия, Ирландия, Румъния)

Първите години след 2000г. - 6 (Австрия, Холандия, Естония, Словакия, Полша, Швеция)

2007 г. – 2 (Словения, Малта)

2008 г. – 2 (Италия, Испания)

- **Квалификация по специалността „Спешна медицина”**

- Следва национално утвърден учебен план – 18 държави (вкл. България).

- Осигурява издаването на диплома на лекарите (сертификацията) от професионална комисия/учебно заведение - 20 държави (България).

- Осигурява издаването на диплома (сертификацията) на сестрите от професионална комисия/учебно заведение – 13 държави.

- **Изисквания за специализация за работещите в спешна медицинска помощ**

Съществуват изисквания за специализация по спешна медицина на мед.специалисти в СМП в областта на:

- Извънболничната спешна медицинска помощ – 14 държави

- Болничните структури за спешна медицинска помощ – 15 държави

В България съществува задължително изискване за специализация по спешна медицина само за директорите на центрове за спешна медицинска помощ и началниците на спешни отделения в болниците.

- **Следдипломна квалификация**

В държавите от ЕС, следдипломната квалификация по спешна медицина е:

	<b>Лекари</b>	<b>Санитари</b>	<b>Парамедици</b>
Базирано в университетите	11	7	4
Правителствено обучение (програма)	6	6	8



Извършва се от частни структури	3	5	3
Част от професионалното образование/	12	13	5

В България следдипломната квалификация по спешна медицина е университетски базирана.

## 5. Управлението при кризи и структурите за спешна медицинска помощ

### • Роля на структурите за спешна медицинска помощ

- Представител на спешната медицинска помощ е част от националния щаб за управление при кризи - 13 държави (**вкл. България**).
- Ролята на СМП при управлението на кризи е нормативно установена със закон - 23 държави (**вкл. България**).
- Спешната медицинска помощ е включена в регионалните/области планове за действие при кризи - 25 държави (**вкл. България**).
- Специфично обучение за персонала, ангажиран в СМП при кризи - 20 държави.
- Международни споразумения за координиране на дейността по СМП – 18 държави (**вкл. България**)

### • План за действие при кризи в спешната медицинска помощ

	Спешна медицинска помощ	
	Извънболнична	Болнична
Наличие на законово изискване ( <b>вкл. България</b> )	24	22
Задължително регулярно тестване (изкл. <b>България</b> )	21	18

### • Водещи институции в случаите на нац. кризисни ситуации –

Правителствен кабинет	1
Противопож. охрана	1
Гражданска защита	5 ( <b>вкл. България, Италия, Малта, Португалия, Полша</b> )
М-во на здравеопазването-СМП	1
МВР	13
МО	3
Други	2
Кабинет на министър-председателя	1

### • Мерки за безопасност, предвидени в извънредните планове:

- Поставяне маркери на пациентите с медицински данни (напр. на китката) – 24 (без Б-я)
- Система за управление на стреса (за пациенти, персонал, родственици) - 19 (без Б-я)



## Спешните медицински услуги в Италия

Спешните медицински услуги в Италия в момента представляват най-общо комбинация от организации на доброволци, предоставящи услугите със санитарни автомобили (линейки), допълнени от лекари и медицински сестри, които са квалифицирани да извършват всички процедури по ALS (Advanced Life Support). В Италия телефонният номер за спешна медицинска помощ е 118.

### Организация

Спешна медицинска помощ в Италия се предоставя от различни субекти в различните административни области. Начинът на осигуряването на спешна медицинска помощ може да варира значително от едно място на друго. На някои места, като отговорността за предоставянето на спешна медицинска помощ (EMS) е на местната болница, докато в други области, тази услуга може да бъде предоставяна от редица доброволчески организации, като италианският червен кръст (Croce Rossa) [2], ANPAS (Национално Сдружение за обществено подпомагане - National Association for Public Assistance) [3], или друга асоциация основно известна като „Кръст”, "Croce", използваща за символ различен цвят кръст (Бял кръст, Зелен кръст, Жълт кръст), като частните организации използват син кръст. Често болници предоставят само един вид спешна медицинска помощ, напр. за новородени, като останалите видове спешна медицинска помощ се предоставят от други изпълнители. Спешна медицинска помощ с въздушни средства се предоставят обикновено от мрежа от специализирани хеликоптери, или като допълнителна услуга от редица други правителствени агенции, включително Италианската брегова охрана, Гражданска защита и карабинерите.

### Стандарти

#### Персонал

Какъв персонал ще работи в линейката се определя донякъде от района и терена, както и от наличните средства на местната община. В по-голямата част, Италия следва френско-немски модел на организация на спешната медицинска помощ[4].

Основният модел се състои от:

- Basic Life Support линейки,
- Advanced Life Support линейки,
- модифицирани Advanced Life Support линейки
- и лекарски автомобили (т.нар. Automedica).

BLS линейки обикновено са на доброволни организации и работят в селските райони. Екипът се състои от минимум двама EMT (Emergency Medical Technicians) наричани *soccorritore* (един от тях е правоспособен шофьор и се





нарича *autista*). Често се срещат екипи в линейките, състоящи се от три или четири EMTs.

ALS линейки обичайно са на разположение в по-големите центрове. В повечето случаи (но не винаги) в тях работи щатен персонал от болница, като екипът се ръководи от лекар [5]. Някои селски райони и по-малки центрове използват модифициран подход за осигуряване на ALS, като екипа от доброволци в линейката се допълва от медицинска сестра, обучена и квалифицирана за изпълнението на някои основни ALS процедури.

Най-високия клас са т.нар. „линейки за бърз отговор” (rapid response unit), в които персоналят се състои от лекар (обикновено спешен лекар или анестезиолог) и медицинска сестра, квалифицирана за интензивни грижи.

### Обучение и квалификация

Има различия в обучението на различните категории персонал на спешната медицинска помощ (EMS) в Италия, като не се прави разграничение между доброволци (volunteers) и наети лица (платени EMTs). Неспешните услуги (като транспорт на некритични пациенти) се извършват само от доброволци, които са задължени да имат обучение от 20 или 40 часа по BLS [6]. Всички EMTs са задължени да проведат 120 часа обучение по BLS, като посещават и допълнителен курс от още 80 или 100 часа. Италианските EMT са обучени и са в състояние да предоставят неинвазивна спешна медицинска помощ в доболнични условия, включително BLS за деца и автоматичната външна дефибрилация [6]. В много региони EMTs са обучени за извършване на 12 канална ЕКГ, които да бъдат предавани (трансферирани) в болница, където се консултира с кардиолог преди пристигането на пациента.

Много италиански доброволци приемат ангажиментите си много сериозно и участват без заплащане в продължителното обучение. Това се наблюдава при добре организирани групи доброволци, като италианския Червения кръст. В повечето случаи спешната медицинска помощ, оказвана от тези организации е допълнена с кола със спешен лекар и медицинска сестра (единствено оторизирани за извършване на дейности по ALS). За провеждането на ALS от тези екипи, задължително се изисква допълнително участието на квалифициран персонал – лекар и сестра. Въпреки че има ALS линейки в Италия, те са разположени обичайно в големи центрове, а в местата, където ги няма се изисква да има "спешен" лекар, квалифициран и обучен за изпълнение на ALS дейности (начин, много сходен на немския модел). Лекарите обикновено са специалисти в някои области на медицината, често вътрешни болести, хирургия или анестезиология и реанимация, независимо, че няма нормативно установени изисквания за квалификация на работещите в системата лекари. Спешната медицина едва сега се налага бавно като призната болнична медицинска специалност в Италия [7]. В настоящия момент изискването за специализация на лекарите по спешна медицина не е наложено





за извънболничните структури. Относително висока е степента на тежест на кадрите (лекарите) в системата на доболничната спешна помощ поради неудовлетворително заплащане и характеристиката на работното време.

### Транспортни средства

Превозни средства, използвани като линейки в Италия са съобразени в повечето си аспекти с европейския стандарт за линейки, CEN 1789, публикувани от Европейския комитет по стандартизация [8]. Все още не са изпълнени разпоредбите на стандарта по отношение на визуалната идентичност.

Линейките са обикновено боядисани в бяло с оранжеви отразяващи ленти на всички страни около превозното средство, със символа „звезда на живота” на всяка една от страните и с огледално изписване на думата *AMBULANCE* върху предния капак. Върху всяка линейка е изписан номера за спешни повиквания 118, както и името и логото на организацията, която предоставя услугата. Координационните централи и диспечерите разрешават използването на светлинна и звукова (сирена) сигнализация при започване на изпълнението на дадена мисия.

По закон за ползване са разрешени само сините мигащи светлини.

На линейките на Италиански червен кръст (които лесно могат да бъдат разпознати по регистрационните им табели с акроним CRI) вместо оранжева лента и звездата на живота е разрешено поставянето на червена ивица и червен кръст. Лекарските автомобили имат едни и същи графични елементи като линейките, като на предния капак вместо *AMBULANCE* изписана дума *AUTOMEDICA*.

### Приемане на обажданията и диспечирание

Цялата система се координира от организацията 118, която оперира във всеки един от държавните административни райони на Италия и осигурява централизирано диспечирание, стандартизация и насоки и указания за работа: диспечерите отговарят на спешните повиквания, възлагат изпълнението на най-близкия или най-добре оборудван екип (линейка), без значение, на коя организация е. В някои региони за диспечерите е осигурено минимално медицинско обучение [9], докато в други за диспечери са наети медицински сестри. Указанията и насоките за обема извършвани медицински дейности варира значително между отделните региони; медицински процедури, които са разрешени в един регион, може да не бъдат разрешени в съседния регион. Регионите също имат различни стандарти както за обучение на персонала, така и за необходимия персонал и оборудване на линейките, но като цяло съответстват на националното законодателство.



## Време за отговор

Понастоящем в Италия е установен стандарт за реакция при животозастрашаващи спешни медицински случаи, който за градските райони е осем или по-малко минути, като изпълнението му е непълно<sup>[9]</sup> поради съществуващите големи разлики в ефективността на здравеопазването в отделните региони.

## Спешните медицински услуги в Германия

Спешна медицинска служба (Rettungsdienst) (EMS) в Германия осъществява обществената услуга за доболничната спешна медицинска помощ, включваща (но не само) медицинска помощ с линейки. Тази дейност се осигурява от отделните немски градове и региони. Тази дейност преимуществено се финансира от немски здравноосигурителни компании.

### Организация

#### Отговорни организации

В Германия отделните регионални правителства са отговорни по закон за предоставянето на услуги за спешна медицинска помощ, но обикновено делегира тези отговорности на отделните общини. Общините, както по-малките общности ("Gemeinden"), така и градовете ("Städte"), са оторизирани от държавата за оборудване и експлоатация на службите за пожарна безопасност ("Feuerwehr"). Немските закони регламентират предоставянето на услуги по пожарна безопасност и спасителна (rescue) дейност, включително спешна медицинска помощ (EMS), необходимия персонал и оборудване в съответствие с различните нива и нуждите на местните хора. В градовете, това обикновено се предоставя директно от Бюрото за Превенция на Пожарите (наричано още "Amt 37"), което е един от отделите в общината с най-значима дейност. [2] [3] [4]

За разлика от противопожарна защита, предоставянето на спешна медицинска помощ, макар и отговорност на общината не винаги се извършва директно от общината. В някои случаи, общината предоставя услугата директно, обикновено чрез противопожарна служба. Спешна медицинска помощ (EMS) обаче може да се възложи от общината на редица други потенциални доставчици на услугата, включително и на нестопански организации в общината или частни компании. По този начин, спешна медицинска помощ (EMS) в Германия може да бъде предоставяна от някой от следните изпълнители, или в някои случаи, от съчетаването им:

- *Пожарна Служба*
- *"Johanniter-Unfall-Hilfe e. V."* (германската организация на фондация St John Ambulance, основана в Обединеното Кралство Великобритания през 1877г.)
- *"Malteser Hilfsdienst"* (немска организация на Order of Malta Ambulance Corps – най-голямата доброволна организация, притежаваща линейки и



осъществяваща дейности по първа помощ и спешна медицинска помощ в Ирландия. Ордент на Малта се занимава с обучение по първа помощ, осигуряване на линейки за предоставяне на спешна медицинска помощ за големи събития, транспорт на пациенти, социални услуги и сестрински услуги.)

- *Германски Червен Кръст* (Deutsches Kreuz Rotes)
- *DLRG* (Deutsche Lebens Rettungs Gesellschaft - Немска Спасителна Фондация)
- *ASB* (Arbeiter-Samariter-Bund - Работническа Самарянска асоциация, част от европейската "Samaritan International (SAINT)")
- *Частни компании*

### **Ръководство**

В Германия, EMS е компонент на една от основните задачи (обществена безопасност), чието изпълнение е възложено със закон на общинското ръководство. В резултат на това съществуват стриктни правила в нормативната уредба за спешната медицинска помощ по отношение на квалификация на персонала, изпълнение на дейността, стандарти за спешна медицинска помощ, включително времето за реакция, както и вида на превозното средство и необходимото оборудване. В зависимост от конкретните здравни нужди на населението в отделните области е и степента на съответствие с тези изисквания.

Обичайно, общината или здравната област ("Rettungsdienstbereich") наема на работа "Медицински директор Спешна медицинска помощ" (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst). Медицинският директор е отговорен за създаването и публикуването на подзаконови актове, протоколи и стандарти за медицинска грижа от името на местната власт. Спазването на тези правила и медицински протоколи е задължително както за организациите, осъществяващи спешна медицинска помощ, така и за техния личен състав. При изпълнението на тази дейност, медицинският директор притежава пълна свобода на действие. Регламентите и протоколите могат да бъдат разработени и издадени по преценка на медицинския директор, от когото се изисква да съобразява и координира своите действия в съответствие с общите насоки и указания на органите на местната власт. [5] Медицинският директор изпълнява ролята на консултант на органите на местното самоуправление, а в някои от немските държави наличието на длъжността в органа на общинското (градското) управление е задължителна по закон.

### **Функции**

Както в много други места, и в Германия, системата за спешна медицинска помощ (EMS) изпълнява две основни функции:

- *Emergency Services* - службите за спешно реагиране - отговор на всички обаждания, свързани със състояния с непосредствена опасност за живота и / или здравето на човека. Това е основен компонент на услугата, която се нарича Notfallrettung или Rettungsdienst на немски език. Обект на тази услуга са остро,



внезапно появили се заболявания или състояния, като миокарден инфаркт, или инциденти с тежки наранявания.

- *Non-Emergency Services* - неспешни услуги - организиране и извършване на превоз на неспешни пациенти (т.е. трансфер до, от и между болниците). Тази услуга се нарича Krankentransport и осигурява услуги за пациенти, които не са амбулаторни, със състояния извън внезапно възникналите или с хронични заболявания, а също така и за онези, които се възстановяват от остро състояние, и които не са способни да използват други средства за транспорт (т.е. такси, собствен автомобил или обществен транспорт).

В допълнение към обичайните услуги, свързани със спешни и неспешни състояния съществуват и т.нар. Мобилни Единици за Интензивно Лечение (Mobile Intensive Care Unit – MICU), разположени в повечето от големите градове. Тези мобилни единици (линейки) изпълняват дейности по транспорт на пациенти с критични състояния. Използват се за пациенти с тежко и сложно заболяване, което изисква интензивни грижи по време на транспортиране (както и при междуболничен трансфер). Тази услуга се нарича Intensivtransport.

Въпреки че формално не са свързани със системата на спешната медицинска помощ, общопрактикуващите лекари (ОПЛ) често си взаимодействат и сътрудничат с тази система. В Германия все още е често срещано лекари да изпълняват домашни посещения за пациенти, които не са в състояние да посетят медицинската практика. Освен това, в повечето градове и окръзи съществува услуга, наречена Ärztlicher Hausbesuchsdienst (Лекарска служба за домашни посещения), която осигурява домашните посещения на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) за всички хора в конкретната област. Лекарят не само извършва прегледи на пациенти в кабинета си в седалището на собствената си практика, но също така посещава и лекува пациенти на територията на целия район. Услугите, предоставяни от общопрактикуващите лекари се осигуряват и издържат от организация, известна като Kassenärztliche Vereinigung (Съюз на здравноосигурителни фондове, одобрен от лекари) и обикновено се използва само за незначителни заболявания (напр. висока температура, обща простуда), когато не е необходимо болнично лечение, но е препоръчителна намесата на лекар. Наличието на тази услуга предоставя по-добра възможност за лечение на тези пациенти, които в системата на спешната медицинска помощ (EMS), може да генерират обаждания за неспешни състояния и ненужни посещения в спешното отделение. В случай, че визитиращото GP, след медицинска оценка, прецени, че за пациента са необходими медицински грижи в болнична обстановка, се свързва с диспечера на спешна медицинска помощ и поръчва немедицински транспорт (Krankentransport).



## Стандарти

### Телефонен номер

Линейка за медицинска помощ в Германия може да бъде повикана чрез безплатно избиране на номер 112 от всеки стационарен (включително и обществен) или мобилен телефон на територията на Германия. Немската полиция е на разположение на безплатен телефонен номер 110. Повечето от диспечерите говорят немски език, а в някои по-големи градове (напр. Берлин, Хамбург, Кьолн или Мюнхен), диспечерите също могат да ползват английски език, турски и други езици.

Въпреки че не е официален, американският номер "911" също работи в Германия като номер за спешни повиквания.

### Персонал

Има само две основни професионални квалификации в немските служби за спешна медицинска помощ, като едната е на лекаря и другата е на помощника на лекаря (Rettungsassistent – квалификация, подобна на парамедик и фелдшер). Лекарите не са специализирани в специалност спешна медицина, така че в същност не са спешни медици по смисъла на това определение, използвано в англо-американските държави. Подходящото наименование и определение за тези лекари е Emergency Medical Service Physician Field Responder (лекар в спешна медицинска помощ, работещ на терен).

### Emergency Medical Service Physician Field Responder

(лекар в спешна медицинска помощ, работещ на терен).

Emergency Medical Service Physician Field Responder, на немски език Notarzt, трябва да бъде лекар със следдипломен сертификат за работа в спешна помощ (Arzt Rettungsdienst). Формално, за да бъдат сертифицирани, конкретна медицинска специалност не се изисква, а е задължителен един минимален срок на работа в спешната служба и допълнително обучение след медицинското училище. Въпреки че, всеки лекар, който завърши курса по сертифициране, може да работи в спешната служба, повечето лекари там, поради интердисциплинарния характер на спешните медицински случаи са анестезиолог-реаниматори [6]. На терен лекарят от спешната служба е ръководител на целия екип на спешната служба и изпълнява всичките си лекарски задължения.

### Германски парамедик (Rettungsassistent) - умения, квалификация и обучение

Rettungsassistent (немски парамедик; фелдшер) притежава квалификация и придобити умения, подобно на медицинските сестри, обучени за интензивни реанимационни грижи (anesthesia nurse practitioner (NP) или Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA) в САЩ), но работи на терен, вместо в болнични условия. Буквално терминът означава "помощник при спасяване", което означава, че тези в тази роля подпомагат спешния лекар по





време на оказването на извънболнична медицинска помощ и лечение. Най-близката професия в други страни е на парамедик. Немските Rettungsassistent притежават най-високо ниво на обучение и умения в континентална Европа, въпреки че в Обединеното кралство има някои парамедици, които функционират като самостоятелно и независимо практикуващи, а не като техници.

Според немския закон обаче, Rettungsassistent могат да извършват и самостоятелно лечение. Те са обвързани със съблюдаването на специфични правила и норми, в зависимост от дейността, която извършват и местното законодателство на региона, в който те работят [7]. При нормални обстоятелства, Rettungsassistent следва да работи под ръководството на Notarzt, който трябва да присъства физически. Животоспасяващи дейности от обема на Advanced Life Support (ALS) не могат да бъдат извършвани от германския парамедик (Rettungsassistent), освен ако спешния лекар (Notarzt) не е разпоредил изрично. В редки случаи, когато е налице непосредствена опасност за живота с цел спасяване на живот, германския парамедик може да изпълнява някои ALS дейности без присъствието на спешен лекар. При това действие парамедика нарушава федералния немски закон (който забранява извършването на инвазивни процедури от германския парамедик), но обикновено в тези случаи е защитен от приложимия местен закон за правото на спешна медицинска помощ.

Квалификацията на Rettungsassistent е описана подробно по-горе. Първият етап на обучение е с продължителност почти една година и включва лекционен курс и обучение в болнични клиники, докато кандидатът работи в по-ниските нива. Този период завършва с писмен изпит. Успешното полагане на изпита позволява на кандидата да започне работа под ръководството на наставник (preceptorship) в доболничната обстановка. Обучението продължава, като кандидатът е включен като трети или четвърти член на екипа в линейка за около девет месеца, докато не приключи работата под ръководството на наставник (preceptorship) в продължение на 1200 часа. В зависимост от индивидуалния график на лицето и неговата успеваемост, за целия този процес на обучение обикновено са необходими до две години. Наименованието на професията - „Rettungsassistent” е защитено от немското право [8].

## Друг персонал

В Германия има две други по-ниски нива на квалификация, даващи възможност за работа в спешната медицинска помощ. Това са Rettungshelfer, (сравнима с Emergency Medical Technician-Basic (EMT-B) първа, най ниска степен на медицински персонал в извънболничната медицинска помощ в САЩ) и Rettungssanitäter (сравнима с Emergency Medical Technician-Intermediate (EMT-I) средна квалификационна степен за медицински персонал в извънболничната медицинска помощ в САЩ).



Обичайно Rettungshelfer са шофьори за транспорт на неспешни пациенти с Rettungssanitäter в качеството на отговорник на екипа на превозното средство. В повечето немски федерални държави, работещите в спешната служба Rettungssanitäter често са шофьори на линейките и действат като асистент на Rettungsassistent.

### Персонал с допълнителна квалификация

Някои допълнителни квалификации тясно свързани със спешните медицински служби (EMS), включват:

- Leitender Notarzt ("Senior EMS Physician Field Responder") – старши лекар в спешна медицинска помощ, работещ на терен с ръководни отговорности и функции, свързани с масови инциденти и произшествия.
- Organisatorischer Leiter Rettungsdienst - Rettungsassistent, чиято роля е да подпомага старшия лекар по време на спешни масови инциденти и произшествия.
- Lehrrettungsassistent ("фелдшер Инструктор") - Rettungsassistent отговорен за образованието и обучението на нов персонал.
- член на екипажа на хеликоптер за спешна медицинска помощ (HEMS Crew Member – Helicopter Emergency Medical Services) - Rettungsassistent който работи като медицински екипаж на спасителни хеликоптери, отговарящ за оказване на помощ на пилота и на лекаря.

### Обучение

В немската система, не само помощният медицински персонал, но и лекарите имат установена роля и ниво на квалификация. В Таблица 1 се дава кратък преглед за основните квалификации за лекари и техници и мястото им в структурата на немската спешна медицинска помощ. Таблица 1

### Транспортни средства

#### Наземни линейки

В Германия превозните средства, използвани от спешната помощ са представени от широка гама вид и размери. Всички те трябва да отговарят на повечето аспекти от изискванията на европейския стандарт EN 1789, отразени в немския стандарт DIN EN 1789 (видове А до С), или немски стандарт DIN 75079. Изискванията за визуална идентичност на превозните средства съгласно европейския стандарт все още не са въведени. Трите основни типа на превозните средство са:

1. Krankentransportwagen (КТW): фургон тип линейка, използвани за транспорт на неспешна пациенти. Тя отговаря на DIN EN 1789-A1/A2: "Линейка за Транспорт на единичен пациент/ няколко пациента".
2. Rettungswagen (RTW): по-голям ван, използвани за пациенти със спешни, критични състояния. Тя отговаря на DIN EN 1789-C "Линейка, изработена за



транспорт на критичен пациенти и оборудвана за оказване на интензивни грижи”.

3. Notarzteinsatzfahrzeug (NEF): комби или малък ван. Целта му е да транспортира спешния лекар (Notarzt) на мястото на спешността, когато е необходимо. Тя отговаря на DIN 75079.

Освен това, съществуват Mehrzweckfahrzeug (MZF) или многофункционални превозни средства - често наричани Notfallkrankenwagen или Kombinationsfahrzeug (КОМ) - изпълняват двойна роля като транспортно средство за пациенти и в подкрепа на екипите за спешна помощ - обикновено съответстват на тип В на DIN EN 1789 ”Линейка, изработена и оборудвана за транспорт на спешен пациент”.

Други превозни средства, които също се използват са: хеликоптери за извършване на въздухоплателни медицински услуги, и лодки в някои крайбрежни райони.

### Санитарна авиация

Германия разполага с добре развита мрежа санитарна авиация, функционираща благодарение на сътрудничеството с най-големият автомобилен клуб на Германия (ADAC), с организацията с нестопанска цел "Deutsche Rettungsflugwacht ЕГ" (ДРК), както и с Министерството на вътрешните работи. ADAC има понастоящем около 35 хеликоптера - линейки, стратегически разположен в цяла Германия, докато ДРК работи с близо 50 въздухоплателни средства, разположени на 28 станции. Към вертолетния парк на Министерството на вътрешните работи малък парк от спасителните хеликоптери, управлявана от федералната полиция (Bundespolizei). Във всеки от тях работи екип от спешен лекар (Notarzt) и германски парамедик (Rettungsassistent). В допълнение, ADAC поддържа санитарни самолети-линейки, включително и джетове, предимно за предоставяне на услуги на своите членове. Допълнително има 15 хеликоптера на Министерството на вътрешните работи, чиито пилотски екипаж и персонал са от немската полиция. Те са многофункционални, но при необходимост могат да се включат в оказването на спешна помощ. Стремехът е да се достави медицински хеликоптер на сцената на спешната ситуация, подходящо оборудван и със съответният медицински персонал, където и да е в Германия, в рамките на 15 минути.

### Оборудване

Основното оборудване на горепосочените превозни средства е задължително и е минимално изискуемо:

- Основен набор за първа помощ.
- превръзки и бинтове
- Носилка и завивки
- Гъвкава носилка, наричан също така носилка Reeves.





- Твърд или сгъваем стол за транспорт, наричан също така стълбищен стол („stair chair” в САЩ)
- Мобилен апарат за механична вентилация
- Основно диагностично оборудване (напр. апарат за измерване на кръвното налягане).
- Преносим дефибрилатор

В зависимост от вида на превозното средство има и други апарати, които се изискват:

- ЕКГ монитор
- оборудване за спасителни дейности
- оборудване за обездвижване като шийни яки или дъски за гръбначния стълб
- Оборудване за интравенозна терапия

Освен това, в транспортните средства за спешна помощ са снабдени и с набор от медикаменти: аналгетици, анестетици, кардиотоници, медикаменти, повлияващи кръвообращението и антидоти. Този набор рядко включва наркотични вещества. Обикновено те се съхраняват от спешния лекар (малки кличества морфин, фентанил или пиритрамид (дипидолор) и са под специален отчет.

### Спешен телефонен номер

Телефонен номер за спешни медицински повиквания в Германия е най-често 112. Той обаче не е универсален, но системата възприема постепенно този национален номер за спешни повиквания. В много места, при набиране на 112 системата ще свърже обаждания се с най-близкия диспечерски пункт за спешна медицинска помощ. Друг номер за спешни повиквания е номера за спешна помощ на полицията 110, който може да препрати повикването или да предаде информацията на диспечерския пункт за спешна медицинска помощ. Полиция и диспечерския пункт за спешна медицинска помощ обикновено работят отделно. В тези държави, които са били част от бившата Източна Германия (ГДР), стария номер за спешни повиквания 115 все още често се използва за свързване с диспечерски пункт за спешна медицинска помощ. Следва да се отбележи обаче, че този номер вече не се съобщава като номер за спешни повиквания и употребата му не е препоръчителна. В някои части на Южна Германия, обаждане за спешна медицинска помощ все още може да се направи само чрез стария номер 19 222. В тези региони номер 112 се използва само за пожар / спасителни повиквания. В онези региони, където спешната медицинска помощ използва номер 112, стария номер за спешни повиквания 19222, често се използва за неспешни повиквания и изпращането на Krankentransport.

Въпреки наличието на различни телефонни номера следва да се отбележи, че навсякъде в Германия номер за спешни повиквания 112 ще свърже обаждания се с някой диспечерски център на спешна служба (полиция,



пожарна или спешна медицинска помощ), която ще прехвърли обаждането на компетентната служба. По този начин човек винаги може да позвъни на 112 за достъп до спешна медицинска помощ.

### **Отговор на обаждания и диспечирание**

Всички спешни повиквания, независимо от спешния номер, на които те произхождат, се насочват към диспечерски центрове, наричан Leitstelle. В момента повечето общини работят на интегрирана система, наречена Integrierte Leitstelle (съвместно изпращане), при което всички разговори, включващи пожар и спешна медицинска помощ се приемат на едно и също място и от същия персонал. Провеждани са опити в интегрирания център да се включи и диспечера на полицията подобно на базираната в САЩ 911 контактна точка за обществена безопасност, обаче, поради значително различния характер на разговорите, е направено заключението, че тази концепция за това включване на всички функции има повече недостатъци, отколкото преимущества. След позвъняване на спешния номер, диспечера ще отговори и ще поиска от повикващия информация за характера на спешния случай. Благодарение на двойното обучение в съвместните центрове, диспечера е в състояние да отговори на повиквания по отношение както за пожар, така и за спешна медицинска помощ. Докато от обаждания се събира специфичната информация, диспечерът вече работи на компютъра, което осигурява бърз отговор, предоставяне на съвети и оценка на необходимостта от мобилизиране на ресурси и техният вид към всяка спешна ситуация. Тази компютърна система, работи на немски език, и е с алгоритъм, много подобен на алгоритъма AMPDS, използван от диспечерите на спешна медицинска помощ в Съединените щати. (Advanced Medical Priority Dispatch System е медицински одобрена, единна система, използвана за изпращане на подходяща помощ за спешни медицински случаи, включително систематизиран разпит на повикващия и инструкции за екипа преди пристигането на място).

Например, ако в диспечерски център постъпва обаждане за човек в безсъзнание. диспечерът веднага ще определи местонахождението на повикване, и след това задава допълнителни въпроси, за да се прецени симптомите, определеното място, и други допълнителни обстоятелства (къщата без номера, един съсед се обажда и т.н.). по времето на това интервю, диспечерът ще въведе командата Bewußtlosigkeit (загуба на съзнание), в падащо меню на компютъра, което води до автоматично предложение за изпращането на Rettungswagen (спешна линейка) и Notarzteinsatzfahrzeug (автомобил с лекар). След въвеждане на адреса на пациента, компютърът търси спешни превозни средства най-близо до този адрес. След това диспечерът може да изпрати цялата информация в пакет до тези две превозни средства, които са мобилизирани, подобно на изпращането с помощта на компютър (CAD - Computer assisted dispatch) в Съединените щати. След изпращане на сигнала,



диспечерът, може да остане на линия с абоната за телефонна консултация или помощ, докато екипа за спешна медицинска помощ пристигне.

### **Оповестяване на екипите**

Линейките с екипите се оповестяват посредством редица средства. Най-често системата е с пейджър за всеки екип. Пейджърите може да работят с аналогова или цифрова система. Аналоговият пейджър приема сигнален тон и алармира, като в последствие отваря канал, за да чуе екипа диспечера. Допълнителна информация се предоставя чрез радиовръзка. Цифровият пейджър приема адреса и получава пакет от данни, обикновено състоящ се от кратко съобщение с адрес и характеристика на спешния случай, както и допълнителна информация. По този начин радиоканалът се освобождава от дълги разговори. Теоретично, не е необходим допълнителен радио трафик при използването на такава система.

### **Стадиране и разгръщане на ресурсите**

Има две различни стратегии, използвани в диспечерирането на транспортните средства за спешна медицинска помощ в Германия, а именно: системата *Rendezvous (Rendezvous system)* и системата станция (*Station system*).

#### **Система *Rendezvous***

В този модел спешната линейка (RTW) и автомобилът с лекар (NEF), не се намират непременно на едно и също място. В повечето спешни случаи, само линейката се използва за предоставяне на грижи за пациентите и транспорт. Въпреки това, когато ситуацията на място е с по-тежък характер, екипът на линейката може да повика по радиостанция помощ от лекар и NEF ще бъде насочена. Има някои медицински ситуации, в които NEF се мобилизират автоматично, например, деца със спешни състояния, пациенти, които са в безсъзнание, инциденти с масов травматизъм, както и в случаи, когато се предвижда необходимост от аналгетици и анестетици. Предимството на тази система е фактът, че лекарят е на разположение за други спешни случаи, а екипът на линейка може да се справи с по-маловажни случаи самостоятелно.

#### **Система *Station***

В тази система, лекарят на смяна в действителност е част от екипа на линейката, която се нарича *Notarztwagen*, и се използва за сериозни медицински случаи. Предимството на този подход се състои във възможността на екипа да изпълнява по-трудни задачи по оказването на спешна медицинска помощ без забавяне, въпреки че, в повечето случаи, присъствието на лекар не е действително необходимо.



## Спешни медицински услуги във Франция

Спешната медицинска помощ във Франция, за всеки един от френските департаменти (окръг) се предоставя посредством организация ръководена от лекар, наречена SAMU [1].

### Организация

"Служба за Спешна медицинска помощ" - SAMU (*Service d'Aide Médicale Urgente*<sup>[2]</sup>) е френска болнично базирана спешна медицинска помощ. Тя е основана през 1968 г. от координирането на наличните SMUR (*Service Mobile d'Urgence et Reanimation*<sup>[3]</sup>) екипи (единици за доболнични грижи). Въпреки че SMUR превозните средства обикновено са означени "SAMU" този термин всъщност се отнася до системата за централизирана координация в дейността на множество SMUR (*Service Mobile d'Urgence et Reanimation*<sup>[3]</sup>) единици (може дори от няколко болници) на територията на даден регион. SAMU организации работят на ниво департамент, както и са означени с цифри, с различен номер за всеки департамент (SAMU 06 = от Ница, SAMU 75 = Париж, и др.) [4]. Освен дейността в континенталната част на френските департаменти, SAMU извършва дейност в редица офшорни департаменти (например Гваделупа е SAMU 971) и по силата на договори в редица други страни. Спешно помощ може да бъде оказана чрез използването на базирани на територията на пожарната служба линейки (Парижка пожарна служба) [5], или от линейка (с надпис SAMU) с екип, воден от лекар (SMUR).

Европейските модели за спешна медицинска помощ варират значително, но по принцип попадат в една от двете основни категории [6]. Френската система може да бъде описана като част от френско-германския (за разлика от англо-американския) модел на осъществяване на спешна медицинска помощ [7]. Френската философия е да се осигури по-дефинитивна грижа на място при животозастрашаващи спешни състояния, като SMUR екипът, състоящ се от лекар, медицинска сестра и шофьор на линейка, може да проведе голям обем от медицински дейности, дори реанимация, на мястото, преди предприемането на транспорт. SMUR екипите са типичен пример за болнично базирани екипи за спешна медицинска помощ.

### Стандарти

Всяка болница (публична или частна) може да извършва специализирана дейност за пациенти със спешни състояния само ако може да обслужва най-честите травматични състояния и всички заболявания в следните отделения: реанимация, обща и вътрешна медицина, сърдечно-съдова медицина, педиатрия, анестезиология-реанимация, ортопедична хирургия и онкология, включително и акушерство и гинекология.

Болницата трябва да разполага със:



- две операционни зали (и постоперативна стая) с наличен дежурен персонал, позволяващ извършването на дейността по всяко време;
- звена за медико-диагностична дейност, които могат да извършват изследвания и анализи по всяко време: образна диагностика (рентген, медицинска ехография, компютърна томография, ангиография, хематология и др.), биохимична лаборатория, токсикологична лаборатории и др.

Специализираната структура за спешна медицинска помощ се ръководи от спешен лекар. Спешният лекар винаги да бъде "на повикване", а лекарите - специалисти са с възможност за консултиране и лечение на пациента по всяко време. Това зависи от конкретната патология на пациента, (т.е. в болница, а не в службата за спешна помощ).

Екипът трябва да има, освен спешен лекар:

- две медицински сестри;
- специалисти по здравни грижи (в това число и специалисти по здравни грижи за деца);
- социален работник;
- рецепционист;

Всички работещи имат специална квалификация с оглед действия при извънредни ситуации.

Услугите са организирани в три зони:

- зона за прием,
- зона за наблюдение и грижи (включително интензивни грижи),
- зона за краткосрочен престой (пациенти, чакащи да бъдат изписани или за прехвърляне в друга структура за продължаване на лечението).

Повечето спешни отделения разполагат с големи зали, които позволяват персонала да се грижи за голям брой пациенти, които са особено необходими за медицинското обслужване на голям брой пострадали в случаите на масови инциденти (план Blanc).

Има и специализирани сектори (*pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences*), в които се извършва обслужването на специфични заболявания или специфични пациенти (напр. педиатрия).

### Транспортни средства

Във Франция, терминът "линейка" е запазен за транспортиране по лекарско предписание, включително устно лекарско предписание в случай на спешност. Терминът "линейка" основно се използва за превозните средства на местните SAMU. Той не се използва при транспортните средства, които оказват първа помощ (в повечето случаи пожарните служби), въпреки че те също транспортират пострадали и са в практически смисъл линейки. Техните превозни средства се наричат аварийни превозни средства за помощ на жертвите (*véhicule de secours et d'assistance aux victimes - VSAV*) [8] или





транспортни средства за първа помощ (*véhicules de premiers secours –VPS*), когато са на доброволни организации.

VSAV и VPS са замислени като транспорт, който доставя на мястото на инцидента спасители и апаратура и са ангажирани с евакуацията на пациентите и пострадалите. Във Франция обслужването на неспешните случаи и пациентите без животозастрашаващи състояния е предоставено на части компании, без формални изисквания за обучение и квалификация на персонала на своите служители. За други видове медицински транспорт, терминът "линейка" не се използва, вместо него се използва по-общия термин "превозно средство, адаптирано за транспорт на пациента". Въпреки че всички по-горе описани видове превозни в отделни аспекти съответстват на някои от препоръките на европейския стандарт за линейки CEN 1789, публикуван от Европейския комитет за стандартизация, [9] степента на съответствие се различава, особено сред тези превозни средства, които не са официално линейки. Препоръките на стандарта за визуална идентичност в момента не се изпълняват навсякъде във Франция.

## Персонал

Парамедици, както в англо-американската система се разбира тяхната роля, не съществуват във Франция. (Парамедик в общия смисъл означава професионалист, който е асистент на лекаря като медицинската сестра). По-голямата част на високо приоритетните спешни случаи се обслужват от лекари, ръководещи екипите SMUR, чрез системата SAMU. Въпреки, че концепцията за лекар в отговор на спешни повиквания е логична, тя далеч не е перфектна. В болниците във Франция, спешната медицина едва наскоро бе призната за медицинска специалност, [10] [11], а доболничната спешна медицинска помощ в момента се бори да бъде призната като под-специалност. В същото време, много лекари от SMUR са всъщност на обучение за други специалности, като напр. анестезиология и реанимация, а системата за спешна помощ използва общопрактикуващите лекари и лекарите от други специалности за запълване на графици, когато спешни лекари не са налични [12]. Ситуацията допълнително се усложнява от факта, че лекарите от персонала на SMUR екипите са сред най-ниско платените в Европа. През 2002 г. тези лекари, които са в по-голямата част на пълно работно време в публичните болнични заведения, има начална заплата от само € 1300 (£ 833; 1278 \$) на месец [13]. Тази икономическа реалност води разбираемо до голямо текучество и затруднения при осигуряването на щатен персонал. Предполага се обаче, че признаването на спешната медицина като специалност във Франция и другаде в Европа, вероятно ще доведе до развитието на тази система в посока на по-качествени медицински услуги за пациенти със спешни състояния.



## Приемане на обажданията, диспечирание и медицински регламент на SAMU

Франция сега използва номер за спешни повиквания 112 като национален номер за спешни повиквания. Новият номер е един опит за европейски стандарт, въпреки че Samu 15 номер за спешни повиквания, 15, все още работи. Набирането на който и да е от тези номера автоматично свързва обажданията се до офиса SAMU, който е физически най-близо по местоположение. Всички повиквания за спешна помощ се получават и обработват от местните Samu. Повикванията се сортират като пациентите се разпитват от дежурен лекар, като са възможни няколко варианта за резултат от обаждането. 1. Лекарят може да избере да предостави просто медицинска помощ и съвет по телефона, като се избягва нуждата от мобилен ресурс за изпращане. 2. Лекарят може да разпорежи предоставяне на транспортен ресурс, както частни, пожаро-базирани, така и SMUR (MICU), по тяхна преценка. SMUR екипът може да е болничен мобилен реанимационен екип, състоящ се от лекар, медицинска сестра и медицински техник (H-MICU) [16]. Заради активния триаж наричан Медицински регламент, само при около 65% от обажданията за спешна медицинска помощ действително е изпратен мобилен екип [12]. При изпълнението на спешните повиквания, пристигането на място е в рамките на 10 минути за 80% от отговорите, и в рамките на 15 минути за 95% от отговорите [7]. Частните организации могат самостоятелно да изпращат транспорт за неспешни пациенти.

Медицински, административно и финансово, H-MICU са болнични единици. Те действат в тясно сътрудничество с болниците, отговорни за приемане на спешни пациенти. Извън болницата, те работят в тясно сътрудничество с пожарна, най-малко по отношение на пътнотранспортните произшествия, и в тясно сътрудничество с общопрактикуващите лекари. Вътрешната организация варира от една болница в друга. Но превозните средства винаги са базирани в болничното заведение и медицинският екип за спешни ситуации се състои от болничен персонал.

## Финансиране и разходи

Във Франция, около 100 SAMU (по един за всеки департамент), са болнично базирани в държавни болници. Публичните болнични заведения (за разлика от частните лечебни заведения) получават финансиране от правителството. Във Франция работи социална система за свободен достъп до медицински услуги. [17] Пациентите са свободни да избират лекари, болници и т.н., но има и цени, определени за всеки вид услуга. В системата на публичното здравеопазване, от пациентите се изисква да заплащат част от разходите за всеки вид грижи, които получават. Например, пациент, на който се налага хоспитализация заплаща 20 на сто от разходите за първия месец, и нищо след него. Интересното е, че във Франция, като общо правило, колкото по-болен и увреден е пациента, толкова по-малко ще трябва доплаща [18] SAMU и техните



SMUR екипи са финансирани от правителството, чрез на схемата на финансиране на болницата. Те могат да определят такса за услугата, а за техния пациент, 65% от тези разходи ще бъдат покрити от финансирана от правителството система за здравно осигуряване, като останалата част се реимбурсират от допълнително частно застраховане. [19] Според френското законодателство, всички френски болници или SAMU трябва да оказват медицинска помощ на всички спешни пациенти, независимо от възможността им да платят. Въпреки че на практика рядко се прави, като мярка срещу злоупотреби в системата, лекарят SAMU може да откаже да подпише сертификат за лечение на пациента, в резултат на което, пациентът заплаща пълната стойност на предоставяните услуги. [20] Повечето френски граждани също така притежават и здравна застраховка в частни компании с оглед покриване на разходите по доплащането на услугите. В някои случаи, особено при неспешни пациенти, транспортирани до болница, може да бъде изискано да бъде заплатена предварително пълната такса за услугата, а след това пациента за получи реимбурсиране от държавния здравноосигурителен фонд или частната осигурителна компания. Макар че не се третират като линейки във Франция, санитарните автомобили на противопожарната служба, предоставят транспортирането до болница без заплащане. Всички искания за спешна медицинска помощ се обработват от местната SAMU, която определя какъв вид медицинска помощ, ресурси и вид транспорт да бъдат изпратени.

### **Медицински регламент на SAMU**

Регламентът е от голямо значение за триажа (сортирането) на повикванията и вземане на решението за мобилизиране (изпращане) на един или друг вид ресурс. Във Франция има изградена интегрирана служба за спешна медицинска помощ, с всички регионални медицински служби с техните ресурси (мобилни и фиксирани). Медицински регулатор в диспечерната на SAMU е лекар, който анализира и класифицира медицинските нужди на пациентите при обажданията с оглед осигуряването на най- адекватната медицинска грижа.

В централния диспечерски пункт (Call Center), регулаторът лекар и неговите асистенти осъществяват и нови медицински практики, базирани на телемедицински технологии в областта на осъществяването на спешната медицинска помощ.

### **SAMU във Франция**

#### **Мисия на SAMU**

Мисията на SAMU е определена в закон от 1986 година. SAMU се определят като болнични услуги, осигуряващи постоянна телефонна връзка, избор и диспечериране на адекватна спешна помощ в най-кратки срокове. Тази спешна помощ може да включва:





- медицинска помощ (28% от обажданията),
- Изпращане на линейки, от противопожарна служба за трудови злополуки или заболявания на публични места, или живото-застрашаващи извънредни ситуации у дома (24% от обажданията),
- Изпращане на линейки от частни дружества (по френското право, те не са официално признати като "линейка") за относително спешен транспорт от дома (8% от повикванията),
- Изпращане на общопрактикуващ лекар, за да видите на пациента у дома (22% от обажданията),
- Изпращане на реанимационна линейка (H-MICU: болничен мобилен реанимационен екип наречена UMH-Unite Mobile Hospitalière) или медицински хеликоптер за най-тежките случаи,
- управление на кризи с голям брой пострадали (т.нар. Червен план, Бял план), поддръжка на мобилните санитарни пунктове (*Postes sanitaires mobiles, PSM*).

Френската философия за спешни медицински случаи позволява реанимационни единици (екипи) да бъдат изпращани само в животозастрашаващи случаи.

SAMU са натоварени с извършването на обучение на лекари за спешната медицинска помощ (т.нар. "спешни лекари"), въпреки че спешната медицина като медицинска специалност не съществува във Франция, и по-голямата част от тези, определени като "спешни лекари" са анестезиолог-реаниматори.

## Организация на SAMU

Във всеки френски департамент работи един SAMU (около един на всеки 500 000 души), или общо 100 SAMU и 350 SMUR единици в цяла Франция.

Освен това, две SAMU имат специални задачи:

- SAMU Париж е отговорна за осигуряването на спешна помощ за бързите влакове (TGV) и въздухоплавателните средства на Air France по време на полет.
- SAMU Тулуза е отговорен за осигуряването на спешна помощ за кораби в морето.

Основната дейност на SAMU е диспечинга в структура, наречена Център 15 (15 е номер за спешна помощ за медицински спешни случаи) или CRRA (*centre de réception et de régulation des appels – център за получаване и обработка на обажданията*). CRRA получава около 10 милиона повиквания годишно, като в последните години се наблюдава годишно увеличение от 10%:

- 57 процента от физически лица (свидетели или жертви на злополука или заболяване);
- 27% от пожарникари (Забележка: във Франция, пожарникари отговарят на спешни повиквания като оказват първа помощ);



- 5% от болниците (обикновено животозастрашаващи извънредни ситуации в отделенията);
- 5% от общопрактикуващ лекар (обикновено посещение на пациента у дома);
- 5% други (полиция, частни линейки и др.).

### Стратегия за доболнична спешна медицинска помощ

Френската доктрина се основава на факта, че възможностите за оцеляване на един критично болни или увреден пациент намалява експоненциално с времето. За да се увеличат шансовете за оцеляване, се смята, че е важно ограничаване на времето за транспортиране и присъствието на една напълно оборудвана линейка с квалифициран екип на място.

За тази цел мобилната реанимационна единица (MICU, болнично базиран SMURs) е както с квалифициран екип - спешен лекар, медицинска сестра и техник така и оборудвани с преносимо медицинско оборудване за интензивно лечение. Ако е необходимо пациентът директно се насочва в спешното отделение и се приема направо в интензивния сектор, който предварително е информиран за случая съгласно Медицинския регламент на SAMU. При френската организация се спестява време чрез интегрирана спешна помощ, основана на регламента SAMU.

Тази доктрина също опростява значително спешното отделение на болниците (елиминирани на нуждата от "по-малки болница в болница"), и гарантира, че стабилизираният пациент ще получи помощ от лекар-специалист, а не само от лекар в спешната помощ. Като цяло френските SAMU са може би една от най-добрите в света, въвеждайки иновациите в областта на спешната медицина.

Френската система за спешна помощ е много различна от системите за спешна помощ в САЩ и Обединеното кралство, като основна разлика е, че екипът може да реши да остане на място за дълго време (много повече от типичните около 10 минути, които линейката прекарва на място, преди да взема пациент в повечето други страни). Това често се описва от недоброжелатели като стратегия „*stay and play*” (*оставам и лекувам*), за разлика от стратегия „*scoop and run*” (*взимам и тичам, в случая транспортирам*), изповядвана в спешните помощи в САЩ и в Обединеното кралство. Това не е съвсем вярно, тъй като в повечето случаи, пациентът е в болницата в рамките на т.нар. „златен час”, така че може би най-добрата кратка сентенция за съвършената спешна стратегия би било „*think before run*” (*мисли, преди да транспортираш*). Тази характеристика е често неразбираема за американци и британци. Например, когато Даяна, принцесата на Уелс, почина в Париж, някои британски таблоиди се възмутиха, че пациентът е останал на място за два часа, оставяйки впечатлението, че забавянето може би е причинило смъртта. А всъщност, доктрината SAMU позволява на пациентите да получат



широк набор от реанимационни и интензивни грижи по време на тези два часа, включително сърдечна реанимация в линейката [1].

### **Телефонен номер за спешни повиквания**

В спешния номер на SAMU е 15, в допълнение към номер 112 (европейски номер за спешни повиквания), номер 17 (полиция) и номер 18 (Пожарна служба).

## **Спешни медицински услуги в Словения**

В Словения, здравеопазването е публична услуга, предоставяна чрез обществената мрежа на здравни услуги. Тази мрежа включва на равни начала и другите институции, частни лекари и други частни доставчици на услуги въз основа на концесии. С относително ограничени публични средства, предназначени за тази цел, нивото на здравните грижи в Словения е напълно съпоставимо с нивото на здравеопазването в страните от Европа.

В Словения системата на здравно осигуряване е разделена на задължителното здравно осигуряване, доброволно здравно осигуряване за допълнително покритие, както и осигуряване на услуги, които не са съставна част от задължителното осигуряване.

Здравната застраховка е задължителна за всички граждани с постоянно местоживееене в Словения, като всеки е задължен да прави осигурителни вноски, съгласно принципа на солидарност. Задължителната застраховка обаче не гарантира покриването на всички разходи, които възникват в лечението. Пълно покритие на разходите е предвидено само за деца, ученици и за някои заболявания и при определени условия.

През 1999г. е създадена нова Взаимна Здравноосигурителна Организация (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica) за предоставяне на доброволно здравно осигуряване. Тя е собственост на своите членове - осигурените лица - и работи в съответствие с принципите на взаимност като организация с нестопански статут. Услугите по доброволно здравно осигуряване могат да бъдат предлагани от други осигурителни компании, при условие, че те са организирани като дългосрочно осигуряване и се осигурява всеки, независимо от неговото здравословно състояние като не се прави разграничение между осигурените лица.

### **Организация**

Първичната медицинска помощ е организирана на местно ниво, така че да е еднакво достъпна за всички хора без дискриминация. На всеки е осигурен непрекъснат достъп до спешна медицинска помощ и услуги за спешни повиквания.



Първични здравни грижи се осъществяват както от публични, така и от частни институции. Сред обществените доставчици на медицинска помощ са здравните центрове и здравните пунктове. Местата на здравните заведения следват административното деление и отговарят на бившите местни общини (от преди 1995г.) а местата за здравните станции съответстват на важни населени места (малките градове, махали или села). През 2004г. е имало 64 здравни центъра и 69 здравни пункта. Здравните центрове за първи път са въведени през 1926г. и се основават на идеите на Andrija Stampar. Първоначалната идея, че основните здравни услуги трябва да бъдат доведени до жителите на местните общини, както и че различни видове грижи следва да бъдат интегрирани и насочени към определени групи от населението, е оцеляла до днес. Според съществуващото законодателство и настоящата практика, здравният център е публична институция, която предоставя профилактика и първичната медицинска помощ за различни целеви групи от населението, най-вече за тези, които са изложени на висок риск.

Видовете грижи, предоставени от **здравните центрове** включват:

- оказване на спешна медицинска помощ;
- общата практика/фамилна медицина;
- грижа за здравето на жените, децата и младежите;
- медицински грижи по домовете;
- лабораторни и други диагностични изследвания;
- профилактична и лечебна дентална помощ за деца и възрастни ;
- медицински апарати и уреди;
- аптека;
- физиотерапия;
- санитарен транспорт.

**Здравните пунктове** осигуряват следните услуги: спешна медицинска помощ, обща практика/фамилна медицина и здравни грижи за децата и младежите, както и основни диагностични услуги. Здравните пунктове са свързани с най-близкия здравен център за предоставянето на други услуги, което е нормативно регулирано.

Здравните центрове са основани и са собственост на една или повече местни общини, които са отговорни за управлението и ежедневното функциониране на центъра, както и за управлението и предоставянето на достатъчно средства за поддръжка на помещенията. Всички служители са на заплата в съответствие с условията на общия договор за работниците и служителите в неиндустриалния сектор, въпреки че някои професионалисти попадат под специален договор за здравеопазване. Лекарите и стоматолозите са получили право на специален договор, който им дава една отделна позиция за преговори и въвежда специални добавки към заплатите им.



Освен обществено предоставяне на здравни услуги има и частно. Три са основните проблеми в началната фаза на въвеждането на частното предоставяне на здравни грижи:

- неясна политика по отношение на по-нататъшното развитие и равномерно разпределение на здравните заведения;
- фрагментация на местните общности;
- липсата на ясна национална стратегия за частното предоставяне на здравни грижи и цели, които трябва да бъдат постигнати за "адекватен" или "приемлив" микс на общественото и частното предоставяне на грижи.

Някои здравни центрове в отделни части на Словения към настоящия момент са затворени и функционално са престанали да съществуват. В резултат на това, географски достъпът до първични здравни грижи е ограничен по отношение на хората в различните части на Словения.

Спешните медицински услуги в Словения са регламентирани чрез издадения през 90-те години Закон за здравните услуги. Основните аспекти на спешната медицинска помощ, които нормативната уредба регламентира са:

- Минимални стандарти за дейността и оборудването;
- Минимални изисквания за квалификация на работещите;
- Свободен достъп на всички нуждаещи се до болнична помощ, независимо от осигурителния статут;
- Финансиране.

Словения е създала типична система за контролиран достъп, което означава, че пациентът има право да бъде прегледан и лекуван от специалист само в случаите, в които личен лекар е установил необходимост. Единствените изключения са случаите, в които са налице хронични заболявания и има нужда от продължително лечение от определени лекари-специалисти. В такива случаи, личните лекари могат да прехвърлят правомощията си за консултиране на пациента към други специалисти или към болниците. В такива случаи, съответният специалист или болница, информира редовно личения лекар за напредъка в лечението на пациента.

Службите за спешна помощ са безплатни. Въпреки това, лекарят от спешната медицинска помощ трябва да удостовери, че пациентът наистина се нужда от спешна медицинска помощ. Ако се използва линейка на спешната медицинска помощ и не е удостоверена спешност, се заплащат до 70% от цената на услугата с линейка.

## Диспечирание

Диспечерските центрове за спешна медицинска помощ са под ръководството на Държавната агенция за гражданска защита на Словения и отговарят на спешни повиквания не само за спешна медицинска помощ, но и за



спешна помощ от всякакво естество. Обажданията за спешна медицинска помощ се приемат от интегриран диспечерски център, осигуряващ функционалната координация между различните служби, като съществува единен безплатен общодостъпен телефонен номер за спешни повиквания 112. В случаите на медицинска спешност, обаждането се пренасочва вторично към медицински диспечер. В страната в настоящия момент е в процес на изграждане система за диспечериране на повикванията за спешна медицинска помощ, състояща се от 12 регионални диспечерски центъра. На ниво диспечерски център, както и на ниво екип на линейката са въведени триажни протоколи за основните видове спешни състояния. Самата спешна медицинска помощ се осъществява от работещите в съответните регионални здравни институции за първична медицинска помощ (общински здравни центрове).

Система за триаж (сортиране) на пациентите съществува и при приемането за болнично лечение на пациенти със спешни състояния. Независимо от това, че болниците оказват стационарна спешна медицинска помощ, в лечебните заведения за болнична помощ в Словения не съществуват спешни отделения в истинския смисъл на термина (отделна болнична структура със собствен персонал и съответно медицинско оборудване).

### **Превозни средства**

Словения използва транспортни средства – санитарни автомобили от трите типа (А, В, и С), регламентирани в европейския стандарт EN 1789. Най-голяма (65%) е частта на санитарните автомобили тип „В”, като само 15% от общия брой линейки са тип „С” (санитарни автомобили, изработени и оборудвани за транспортиране на критичен пациент и продължително интензивно лечение – т.нар. Mobile Intensive Care Unit).

### **Обучение и квалификация**

Спешната медицина е призната за медицинска специалност в Словения едва през 2007 година, като продължителността на обучението е 4 години след завършване на магистратура по медицина. Не съществуват задължителни изисквания за специализация по спешна медицина за работещия персонал в спешна медицинска помощ.





# Препоръки и изводи

## 1. Законодателство и финансиране на СМП

**Краткосрочни препоръки:** необходимо е съответните утвърдени национални институции във всички страни членки на ЕС да въведат общи европейски минимални стандарти за спешните медицински услуги по отношение на:

- обучението на професионалистите (медицинските специалисти);
- необходимото оборудване както за извънболничните, така и за болничните структури за спешна медицинска помощ;
- трансграничното взаимодействие между диспечерските центрове за спешна медицинска помощ.

**Дългосрочни препоръки:** Европейската Комисия или друга утвърдена институция е необходимо да въведе общи европейски минимални стандарти по отношение на:

- включване на представители на спешните медицински служби в националния щаб за действие при кризисни ситуации;
- Създаване на механизми за мобилизиране на финансови средства за спешните медицински служби за готовност и реакция при бедствия.

## 2. Извънболнични структури за спешна медицинска помощ

### Краткосрочни препоръки:

Необходимо е съответната утвърдена институция в отделните държави да:

- да осигури изготвянето на списък с показатели за качество, отнасящи се до извънболничните структури за спешна медицинска помощ;
- Да предложи международно призната програма за обучение по оказване на първа помощ за всички, които оказват първа помощ, като: службите за пожарна и аварийна безопасност, полицейските служби и доброволни организации.

Всички държави членки на ЕС трябва:

- Да осигурят ефективна координация и реакция с оглед избягване на забавяне в случаите на медицинска спешност;
- Да подобрят достъпа на малцинствените групи и чужденците до всички системи за спешна медицинска помощ в Европа;
- Обезпечаване на спешните повиквания, отнасящи се до спешна медицинска помощ само с линейки тип В и С, съгласно стандарт EN 1789;



- Регистриране на процента на пациентите (от категорията с най-висока степен на спешност, т.нар. животозастрашаващи състояния), достигнати от спешните екипи в рамките на 8 минути от приемане на обаждането.

### **Дългосрочни препоръки:**

Съответната утвърдена институция трябва:

- да създаде условия за изготвяне на обща изследователска стратегия в рамките на стратегическите документи на Европейския Съюз.

Всички държави членки на ЕС трябва:

- Да усъвършенстват системите си с цел осъществяване обмен на информация в реално време между медицинските екипи и диспечерските центрове;
- Поставяне под оперативното ръководство на диспечерските центрове за спешна медицинска помощ на всички субекти, оказващи първа помощ в случаите, изискващи спешна медицинска помощ.

### **3. Болнични структури за спешна медицинска помощ**

#### **Дългосрочни препоръки:**

Съответната утвърдена институция трябва:

- Да въведе европейски системи за функциониране на спешните отделения в болниците;
- Да установи (да наложи) системи за контрол на качеството в спешните отделения в болниците.

Всички държави членки на ЕС трябва:

- Да подкрепят изготвянето и усъвършенстването на европейски наръчници с протоколи за най-честите спешни медицински случаи, включително триаж.
- Да анализират идентифицирането и лечението на психосоциалните нужди на пациентите в Спешните отделения на болниците.
- Да утвърдят национални системи за триаж на пациентите на различните нива (диспечерски център, линейка, болница) с оглед осигуряване на адекватен и бърз достъп и еднакво качество на предоставената услуга.

### **4. Образование и обучение в системата на спешната медицинска помощ**

#### **Краткосрочни препоръки:**

Всички държави членки на ЕС трябва:

- Да установят и регулират специализацията по специалността „Спешна медицина” за лекари в съответствие с Директива 2006/100/ЕС.
- Да въведат и регулират специализация по „Спешна медицина” за медицински сестри.





- Да включат в хорариума на медицинските и сестринските училища задължителен курс на обучение по спешна медицина и медицина на катастрофите.
- Да подкрепят продължителното обучение на немедицинския персонал в системата на спешната медицинска помощ.
- Да регламентира участието на немедицински персонал и доброволци при оказването на медицинска помощ в извънболничните структури за спешна медицинска помощ и осигури съответното обучение на доброволците-непрофесионалисти.

## **5. Управление на кризи и системите за спешна медицинска помощ**

### **Краткосрочни препоръки:**

Всички държави членки на ЕС трябва:

- Да направят преглед и обсъдят стратегически и тактически трансгранични оперативни процедури.
- Да въведат минимални изисквания за професионалните компетенции на работещите по здравните аспекти на управлението при кризи.
- Да осигурят и разширят обучението по управление на кризи всред всички медицински кадри, заети в структурите на спешната медицинска помощ.
- Да обезпечат провеждането на редовни тестове на плановете за готовност за действие при кризи на диспечерските центрове, линейките и спешните отделения на болниците.
- Засилване на механизмите за координация и сътрудничество в рамките на ЕС.



## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В Република България законодателството е съпоставимо със законодателството в страните членки на ЕС. Организацията на спешната медицинска помощ в Р. България е също съпоставима с Европейските страни.

Необходимо е да се разработят стандарти по отношение на квалификация и обучение на персонала; протоколи и алгоритми за поведение при спешни състояния; стандарти по отношение на минимално изискуемо оборудване и медикаменти в санитарните автомобили и на всички служби, които имат отношение към оказване на спешната помощ.

Необходимо е развитие на нормативната база за регламентиране на координационни протоколи при трансгранично сътрудничество при оказване на спешна медицинска помощ.

В България липсва единна нормативна база, касаеща ангажираността по време и вид на всички спасителни екипи, участващи на мястото на инцидента при множествени и масови инциденти.

В подкрепа на спешната медицинска помощ в големите градове, към съответните структури, отговорни за реакциите при кризи, следва да бъде осигурен материален ресурс /напр. санитарен автомобил за масов инцидент със съответното оборудване и др./.

Усъвършенстване на механизмите на финансиране на СМП, включително при управление на кризи.



## Библиография

### Източници Италия

1. <sup>^</sup> "All facts unless otherwise cited are from: The CIA World Fact Book". <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/it.html>.
2. <sup>^</sup> "Italian Red Cross Rescue Volunteers". <http://www.cri.it/pages/get?cat=VSNEW&n=1&sec=VOS&type=news>.
3. <sup>^</sup> "National Association for Public Assistance". <http://www.anpas.org/SitoA/sitoA/connect.asp?xsl=home.xsl>.
4. <sup>^</sup> Dick WF (2003). "Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system". *Prehosp Disaster Med* **18** (1): 29–35; discussion 35–7. PMID 14694898.
5. <sup>^</sup> Bertini G, Giglioli C, Rostagno C, *et al.* (1993). "Early out-of-hospital lidocaine administration decreases the incidence of primary ventricular fibrillation in acute myocardial infarction". *J Emerg Med* **11** (6): 667–72. doi:10.1016/0736-4679(93)90624-G. PMID 8157902. –see comment in Pigman E, Smith M (1993). "Prehospital prophylactic lidocaine for uncomplicated acute myocardial infarction". *J Emerg Med* **11** (6): 753–5. doi:10.1016/0736-4679(93)90637-M. PMID 8157915.
6. <sup>^</sup> <sup>a</sup> <sup>b</sup> "EMS City of Prague". <http://www.zzshmp.cz/data/1165870226/education.ppt#23>.
7. <sup>^</sup> Mitchell J (Feb 2005). "911 in Italy: Physician aids in overhaul of Tuscan emergency medical system". *Tufts Journal*. <http://tuftsjournal.tufts.edu/archive/2005/february/corner/index.shtml>.
8. <sup>^</sup> "European Committee for Standards website". <http://www.cen.eu/cenorm/homepage.htm>.
9. <sup>^</sup> <sup>a</sup> <sup>b</sup> "EMS Benchmarking in Europe" (PDF). [http://www.geographie.uni-muenchen.de/eed/assets/presentations/EED\\_Benchmarking.pdf](http://www.geographie.uni-muenchen.de/eed/assets/presentations/EED_Benchmarking.pdf).

### Източници Германия

1. <sup>^</sup> "All facts unless otherwise cited, are from: The CIA World Fact Book". <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gm.html>.
2. <sup>^</sup> Emergency Medical Services Act, state of Schsen-Anhalt, §3
3. <sup>^</sup> Organisation of the Senator of the Interiors bureau, Berlin
4. <sup>^</sup> Organisation of Frankfurt/Mains city council
5. <sup>^</sup> German Federal Board of Physicians: Guidelines regarding the responsibilities of the Medical Director, EMS
6. <sup>^</sup> Federal Association of Emergency Physicians: Curriculum, duration and schedule of qualification "Arzt im Rettungsdienst"
7. <sup>^</sup> German Federal Board of Physicians: Directives regarding emergency powers for Paramedics
8. <sup>^</sup> Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten - German Paramedic Act

### Източници Франция

1. <sup>^</sup> "National SAMU website". <http://www.samu-de-france.fr/en>.
2. <sup>^</sup> "freedictionary 1". <http://acronyms.thefreedictionary.com/SAMU>.
3. <sup>^</sup> "freedictionary 2". <http://acronyms.thefreedictionary.com/SMUR>.



4. ^ "SAMU Numbers". <http://www.samu06.org/en/liens.php?PHPSESSID=e1dcbfb58632d6edb0eb40b4f8cc665c#samu>.
5. ^ "Paris Fire Department". <http://www.pompiersparis.fr>.
6. ^ Cooke MW, Bridge P, Wilson S. (2001). "Variation in emergency ambulance dispatch in Western Europe". *The Scandinavian Journal of Trauma and Emergency Medicine* 9 (2): 57–66.
7. ^ <sup>a</sup> <sup>b</sup> Dick WF (2003). "Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system". *Prehosp Disaster Med* 18 (1): 29–35; discussion 35–7. PMID 14694898.
8. ^ "French Fire-based VPS". <http://www.pompiersparis.fr/accueil.htm>.
9. ^ "European Committee for Standards website". <http://www.cen.eu/cenorm/homepage.htm>.
10. ^ Fairhurst R (November 2005). "Pre hospital care in Europe". *Emerg Med J* 22 (11): 760. doi:10.1136/emj.2005.030601. PMID 16244329.
11. ^ Fleischmann T, Fulde G (August 2007). "Emergency medicine in modern Europe". *Emergency Medicine Australasia* 19 (4): 300–2. doi:10.1111/j.1742-6723.2007.00991.x. PMID 17655630.
12. ^ <sup>a</sup> <sup>b</sup> NIKKANEN H. E.; POUGES C.; JACOBS L. M. (1998). "Emergency medicine in France". *Annals of emergency medicine* 31 (1): 116–120. doi:10.1016/S0196-0644(98)70293-8. PMID 9437354. <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2115418>.
13. ^ Dorozynski A (September 2002). "French emergency services reach crisis point". *BMJ* 325 (7363): 514. doi:10.1136/bmj.325.7363.514. PMID 12217987. PMC 1124052. <http://bmj.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=12217987>.
14. ^ "Infirmier Sapeur-Pompiers (French govt website)". [http://www.interieur.gouv.fr/sections/a\\_1\\_interieur/defense\\_et\\_securite\\_civiles/sapeurs-pompiers/sdis/sssm/downloadFile/attachedFile\\_2/Protocoles.pdf?nocache=1143132331.45](http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_1_interieur/defense_et_securite_civiles/sapeurs-pompiers/sdis/sssm/downloadFile/attachedFile_2/Protocoles.pdf?nocache=1143132331.45).
15. ^ "'Reanimation' Ambulance-Paris". <http://www.pompiersparis.fr/accueil.htm>.
16. ^ "Ambulance Dispatch System (SAMU website)". [http://www.samu-de-france.fr/en/System\\_of\\_Emergency\\_in\\_France\\_MG\\_0607](http://www.samu-de-france.fr/en/System_of_Emergency_in_France_MG_0607).
17. ^ "National Coalition on Health Care website" (PDF). <http://www.nchc.org/facts/France.pdf>. Retrieved 2008-09-19.
18. ^ "The French Lesson in Health Care". *Business Week*. July 9, 2007. [http://www.businessweek.com/magazine/content/07\\_28/b4042070.htm](http://www.businessweek.com/magazine/content/07_28/b4042070.htm).
19. ^ "Parisvoice website". [http://www.businessweek.com/magazine/content/07\\_28/b4042070.htm](http://www.businessweek.com/magazine/content/07_28/b4042070.htm).
20. ^ "French Property website". <http://www.french-property.com/guides/france/public-services/health/receiving-treatment/emergency-treatment/>.
21. EMSS in European union – Report and Data base: WHO-Europe; EC-DG SANCO; 2008



BG051PO001-6.2.02

„ПУЛСС – Практически увод в лечението на спешните състояния”





Система за допълнителна помощ в Германия								
Неспешна	Система на публично здравеопазване							
	Наименование	Англо-американско съответствие	Задължения					
	Hausarzt/Allgemeinarzt	General practitioner	Лечение на пациенти в медицинска практика. Ако пациента не може да стигне до амбулаторията-домашно посещение. Основно обслужва собствените си пациенти през работното си време.					
	Kassenärztlicher Notdienst	GP "on call"	GP на повикване извън работното време на практиките, посещава пациенти, не изискващи спешна медицинска помощ, но отговаря на повиквания от определен географски (административен) район.					
Спешна	Спешна медицинска помощ							
	Наименование	Англо-американско съответствие	Обучение			Дейност		
			Лекции	Болнично обучение	Обучение в линейка	Линейка за транспорт на пациент (КТВ)	Линейка за спешна помощ (RTW)	Rapid Response Vehicle (NEF)
	Помощен медицински персонал							
	Rettungshelfer	EMT-B	4 седмици	2 седмици	2 седмици	шофьор	шофьор (обичайно)	-
	Rettungssanitäter	EMT-I	4 седмици	4 седмици	4 седмици	Отговорник на екип	шофьор	шофьор
	Rettungsassistent	EMT-P	6 месеца	6 седмици	1 година	Отговорник на екип	Отговорник на екип	шофьор
Лекари								
Notarzt	Emergency physician	6 години	2 години	60 курса	-	-	Отговорник на екип	



BG051PO001-6.2.02



„ПУЛСС – Практически увод в лечението на спешните състояния”