

СПРАВКА

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

№	Участник в обществените консултации	Предложения	Приема се/ Не се приема	Мотиви
1.	Български лекарски съюз (вх. № 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 систематизирани като изискване. Количествените показатели не биха могли да се унифицират за всички специалности, дори и от един профил, какъвто е хирургичният, тъй като всяка медицинска специалност има своите специфики по отношение на трудност и сложност на осъществяваната оперативна дейност. Липсата на конкретика в предложението на БЛС също възпрепятства да се направят промени в проекта в тази насока.
2.	Национално сдружение на частните болници в България (вх. № 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	Не се приема.	Липсват конкретни предложения по проекта на нормативен акт.

		<p>защита на правата на пациентите, изразяваме следното наше становище:</p> <p>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.</p> <p>Някои стъпки в тази посока действително са направени.</p> <p>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.</p> <p>Забравихме ли за идеята да бъдат създадени два-три стандарта за качество на медицинската дейност, на които да бъдат подчинени всички медицински специалности от различни нива, а самите те да функционират на основата на правила (алгоритми, ръководства) за добра медицинска практика по съответната специалност? Не е ли по-добре нивата на компетентност да се определят от квалификацията на персонала, а чисто качествените параметри да се определят от и съобразно със правилата за добра медицинска практика?</p> <p>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.</p> <p>Така ще стане ясно защо за съответното ниво на дадена специалност са необходими двама, а за друго</p>		
--	--	---	--	--

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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“.</p> <p>Кому е нужно това – имаме излишни респиратори на склад или безработни анестезиолози, които търсим да</p>		
--	--	--	--	--

		<p>назначим някъде? Или тези текстове са резултат от нечий лобистки натиск, целящ да отстрани конкуренцията от медицинския пазар/ Свършено ясно е, че в днешно време медицинската ни общност е заета с други, далеч по-важни, животоспасяващи дейности и няма времето и капацитета за същински дебат по проблемите на стандартизацията в медицината, нито за реална работа по въвеждането на нови изисквания. Но и притоплянето на стари, вече отхвърлени решения, също не върши работа. Затова предлагаме истинската реформа в стандартизацията, като елемент от цялостната реформа в здравеопазването ни, да започне след като се справим с днешната криза, осмислим нейните причини и последици, поуки и решения.</p>		
3.	<p>Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (вх. № 15-00-287/14.12.2020 г.)</p>	<p>§ 1. Към т. 2.5.1. след края на изречението да се прибави текст: „Медицинските сестри участват при провеждане на диагностичните изследвания, медикаментозното лечение и извършват здравни грижи включващи: изготвяне на индивидуален план за грижи; наблюдение и регистриране на соматични показатели, общо състояние и външен вид; провеждане на лекарствена терапия, назначена от лекар; здравно обучение и възпитание на пациентите и техните семейства, специални дейности и грижи в предоперативния и следоперативния период. Допълнителното повишаване на квалификацията в специализирани курсове чрез системата на продължаващото медицинско обучение и друго непрекъснато следдипломно обучение е задължително“.</p>	Не се приема.	<p>Конкретните професионални дейности, които могат да извършват медицинските специалисти, осъществяващи здравни грижи, са предмет на други нормативни актове и те не могат да се обхванат със същата изчерпателност тук, а и не е необходимо да се преповтарят нормативни разпоредби. Конкретика в това отношение може да се даде и чрез длъжностните характеристики в лечебното заведение, съдържанието на които също не е предмет на медицинския стандарт. Освен това, ако този подход за изчерпателно изброяване на дейностите, се възприеме за медицинските специалисти, осъществяващи здравни грижи, той трябва да се приложи и за лекарите, което практически е невъзможно, както и нецелесъобразно.</p>

		<p>§ 2. Да се добави нова т. 3.3.1.5.6.4. „операционната медицинска сестра е с професионален опит и допълнителна квалификация или придобита специалност по операционна и превързочна техника; познава хода на хирургическите интервенции, участва и асистира в подготовката и извършването на оперативната дейност; познава и изпълнява дейностите по протоколите за оперативна дейност и здравни грижи; подготвя и осигурява необходимите инструменти, консумативи и лекарствени продукти, като контролира техния брой до края на операцията, следи за стерилността на оперативното поле и инструментариума, спазва и контролира програмата за дезинфекция на ЛЗ в операционната зала.“</p> <p>Да се добави нова т. 3.3.2.5.3. с текст: „Броя на медицинските сестри се определя от обема и натовареността на здравните грижи, които се извършват в лечебното заведение. С оглед оказване на качествени медицински грижи за пациентите се препоръчва сестринският персонал да се определя по методика за изчисление на персонала, препоръчана от Международния съвет на медицинските сестри (International Council of Nurses - ICN).“</p> <p>Да се добави нова т. 3.3.2.9.3.1.1.6. с текст: „Медицинските сестри са включени в системата за продължаващо медицинско обучение и сертификация, съгласно Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите.“</p> <p>МОТИВИ</p> <p>С предложенията, касаещи броя на специалистите по здравни грижи се цели осигуряването на непрекъснати качествени здравни грижи във всички</p>	<p>Не се приема.</p> <p>Приема се.</p> <p>Не се приема.</p>	<p>Конкретните функции на операционната медицинска сестра не могат да бъдат изчерпателно изброени в медицинския стандарт, тъй като това не е предмет на стандартите по принцип, а представлява част от длъжностната характеристика. Неприемливо е да се поставя и условие за професионален опит и допълнителна квалификация, извън придобиването на специалност по операционна и превързочна техника, без да се дадат ясни условия за това.</p> <p>Вероятно вносителите имат предвид „нова т. 3.3.2.5.4“, тъй като съществуващата т. 3.3.2.5.3. се отнася за необходимия брой лекари с квалификация по ендovasкуларна хирургия.</p> <p>Предложението е отразено в раздел 3, като е създадена нова т. 3.3.2.5.4. към трето ниво на компетентност.</p> <p>Въпросът за продължаващо медицинско обучение и сертификация на медицинските сестри е предмет на друг нормативен акт - Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите. Не е целесъобразно в медицински стандарт по определена специалност/дейност да се урежда същият въпрос, който има по-общ характер и е</p>
--	--	---	---	--

	<p>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 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.</p> <p>Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти</p> <p>Методиката за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри) е разработена за текущо планиране, идентифициране на недостиг или излишък на професионалисти по здравни грижи в лечебните заведения.</p> <p>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</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>свързан с изискване към тази професионална група, независимо в какъв вид лечебно заведение и в каква структура по отношение на медицинската специалност/дейност работят.</p> <p>Относно предложената „Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти“, важно е да отбележим, че тя не би могла да бъде приета в настоящия вид, тъй като вносителят включва цялостното ѝ описание в посочените медицински стандарти (само някои), а това не е целесъобразно от гледна точка на предмета на медицинските стандарти. Сочи се също, че методиката е препоръчана от Международния съвет на медицинските сестри (ICN). Намираме за обосновано БАПЗГ да разработи и приеме на национално ниво</p>
--	--	----------------------	---

	<p>равнопоставеност на здравните грижи в рамките на денонощието. Използва се класификация, определена от Международния съвет на сестрите, която дефинира грижите като:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Директни (преки) грижи - включват: манипулации (инжекции, вливания, превръзки и сваляне на конци, проби за чувствителност на антибиотици и др.), измервания и изследвания (антропометрични измервания, измерване на жизнени показатели, ЕКГ, вземане на материали за изследвания, женска и детска консултация и др.), комуникация с пациента и неговите близки, домашни грижи (разясняване на терапия за дома например, медикаменти, които трябва да бъдат изписани от ОПЛ). - Индиректни (непреки) грижи - включват: работа с медицинска документация (попълване на документацията на пациент, архивиране и работа с архив), работа с външни звена (записване час за преглед, предоставяне на резултати от рентген, лаборатория и други, посещение в други звена, РЗИ), квалификация (време на медицинската сестра за самоподготовка, участие на медицинската сестра в продължаващо обучение), други дейности (дезинфекция и стерилизация, почивка и други прекъсвания). <p>Към директните грижи се отнасят всички сестрински грижи, които се извършват в пряк контакт на медицинската сестра с пациент – превръзка, хранене, тоалет и други.</p> <p>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).</p> <p>Времето, необходимо за оказване на директни (преки) и индиректни (непреки) грижи е определено с</p>		<p>протоколи и алгоритми за дейности по здравни грижи, касаещи всеки медицински стандарт. Също така БАПЗГ следва да приеме национална методика за определяне потребностите от специалисти по здравни грижи и да я оповестят чрез страницата си в интернет като планирането трябва да позволява гъвкавост на персонала в рамките на работната смяна и да е според потребността от здравни грижи на пациентите към определен момент. Това ще даде възможност на лечебните заведения да я прилагат в зависимост от техния профил и обем на дейност</p>
--	---	--	---

		<p>хронометраж на дейностите за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден</p> <p>Директните (преки) грижи, извършвани от медицинската сестра, са дейности и грижи, извършвани при пациенти със степен на тежест на състоянието, както следва:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I степен - пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, да поддържа личната си хигиена, да се храни, да приема достатъчно количество течности, да посещава тоалетна самостоятелно, да уринира и дефекира без отклонения, да се движи сам, да поддържа правилна стойка, да провежда спокоен сън и почивка, да няма опасност от физически и/или психологически риск, да поддържа комфорта си сам, да общува, да поддържа и повишава знания и умения за поддържане на здравословното си състояние. - II степен - пациентът е ограничен, поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да поддържа лична хигиена, да се храни и да приема течности. Предвижва се с придружител, с подкрепа ползва тоалетна, съществува вероятност за физически и/или психологически риск, общува, поддържа и повишава знания и умения за запазване и възстановяване на здравословното си състояние. - III степен - пациентът е зависим, с намалена и ограничена автономност, поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъсната помощ и подкрепа при обличане и събличане, при извършване на тоалет, при хранене и приемане на 		
--	--	--	--	--

	<p>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.</p> <p>- IV степен - пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснати грижи за поддържане и възстановяване на състоянието.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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.</p> <p>При пациенти с I степен на тежест на състоянието (терапевтични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:5;</p> <p>При пациенти с II и III степен на тежест на състоянието (хирургични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:4;</p> <p>При пациенти с IV степен на тежест на състоянието (интензивни грижи) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:1, 1:2;</p> <p>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.</p>		
--	---	--	--

		<p>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.</p> <p>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.</p>		
--	--	---	--	--

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ

Заместник-министър на здравеопазването

Съгласували:

д-р Ивиан Бенишев
 директор на Д „Медицински дейности“
 Христина Гетова
 директор на Д „Правна“
 Надежда Бранковска
 нач. отдел „Нормативни актове“, Д „Правна“

Изготвили:

д-р Цветолюба Генкова
 нач. отдел в Д „Медицински дейности“
 Невена Цветкова
 гл. юрисконсулт в Д „Правна“