

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени в рамките на периода за обществени консултации, по Проект на Наредба за изменение на Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи

Вносител	Становища/предложения	Становище по предложението	Мотиви
<p>1. Албена Т., публикувана на Портала за обществени консултации на 11 юни 2021 г. 17:02:34 ч.</p>	<p>Ако това стане, в България медицината е погребана тотално! Exitus letalis totalis</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Предложението е коментар, съдържащ лично мнение, без предлагане на конкретни действия по проекта на нормативен акт.</p>
<p>2. 09-00-115/15.06.2021г. от НЗОК</p>	<p>Национална здравноосигурителна каса се запозна с публикувания на Портала за обществено обсъждане Проект на Наредба за изменение на Наредба № 49 от 18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи (Наредбата), издадена от министъра на здравеопазването на основание чл. 46, ал. 3 от Закона за лечебните заведения и не подкрепяме направеното предложение със следните мотиви:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предложение за отпадане на количествените изисквания към броя на персонала, работещ по отделни медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивата на компетентност крие сериозни рискове за компрометиране на качеството, навременността, сигурността и безопасността на диагностично - лечебния процес. • В действащата нормативна уредба няма легална дефиниция на предвидения термин „Минимална обезпеченост“; • Заложената терминология е неясна и непълна; 	<p>Не се приема</p>	<p>Предложените промени са с оглед необходимост да се преодолеят съществуващи затруднения на лечебните заведения при изпълнение на изискванията към нивата на компетентност на структурите, свързани с изисквания за наличие на минимален брой лекари и минимален брой лекари със специалност. В този смисъл се премахнат чисто количествените изисквания към броя на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Неясно е и определението, че броят на лекарите „съответства на обема и сложността на осъществяваната дейност“ и съответно броя специалисти по здравни грижи — „трябва да осигурява оптимално дейностите по здравни грижи като гарантира тяхното качество;“ • Липсата на легални дефиниции от своя страна ще създаде нееднозначно тълкуване и прилагане в лечебните заведения, оказващи болнична помощ на различна, порочна и противоречива практика. • Твърде неясна и подлежаща на тълкуване е формулировката заложена във всички стандарти „В тези структури работят лекар/и със специалност по „“ като могат да работят и лекар/и с друга специалност или без специалност, които осигуряват оказване на пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността.“ Тук тълкуването може да е, че ако няма лекар със съответната специалност то може да работят лекари с друга специалност или без специалност. <p>В случай, че изменението на Наредбата бъде прието се създава предпоставка, всички лечебни заведения да предявяват претенции за сключване на договор с НЗОК, независимо от възможностите на диагностично-лечебните им структури и създава неравнопоставеност между тях. По този начин НЗОК ще е в невъзможност да планира бюджета си, както и да отказва сключването на договори с лечебни заведения, които не осигуряват в пълен обем и качество медицинската услуга.</p> <p>Очакваме с предложените промени да се увеличи броят на лечебните заведения, които ще заявят желание да сключат договори с НЗОК за изпълнение на клинични пътеки, в които се изпълняват дейности с по-голям обем и сложност (за които съответно се заплаща на по-висока цена) и за които досега се е изисквало лечебното заведение да разполага с по-голям брой квалифицирани специалисти. Сключването на голям брой нови</p>	<p>в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивото на компетентност.</p> <p>Наличните изисквания за допълнителната квалификация на лекарите, както и за обема на осъществяваната дейност в зависимост от нивата на компетентност в болничната помощ, в съчетание с изискванията към наличната медицинска апаратура и оборудване, са достатъчни за да осигурят качествено медицинско обслужване на пациентите.</p> <p>Числената промяна по отношение на персонала ще индуцира по-голяма отговорност за ръководния персонал, който трябва да определи и да регламентира във вътрешните документи на лечебното заведение</p>
--	--	---

	<p>договори за нови дейности с НЗОК крие финансов риск за здравната система.</p> <p>От друга страна предложеното изменение крие възможни рискове, свързани с отпадането на количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ в зависимост от нивото на компетентност.</p> <p>Съществува потенциална възможност ръководителите на лечебните заведения, водени от стремежа да намалят разходите за персонал, да назначават по-малък брой лекари със специалност (за които са необходими по-високи възнаграждения) за сметка на лекарите без специалност/опит. Същият подход – намаляване на числеността, може да бъде приложен и спрямо специалистите по здравни грижи. Това означава, че при равни други условия, лечебни заведения с различен брой лекари-специалисти и специалисти по здравни грижи, ще получат едно и също ниво на компетентност и ще могат да заявят за договаряне с НЗОК едни и същи КП/АПр/КПр. Това ще снижи качеството на оказваната медицинска помощ и медицинска грижа. Намаляването на броя на работещите квалифицирани специалисти в дадено лечебно заведение ще доведе до увеличаване на тяхната натовареност при изпълнението както на преките им задължения, така и във връзка с изискването да ръководят дейността на лекарите без специалност, когато последните оказват медицинска помощ. Това ще повиши вероятността от negliжиране на задълженията или допускане на грешки при осъществяването на дейността.</p> <p>Управлението на човешките ресурси остава в ръцете на оперативните ръководства на лечебните заведения, които трябва да решават както организацията, така и графиците за работа, без да има възможност за осигуряване на контрол по спазване на трудовото законодателство - режим на работа и почивки и т.н.</p> <p>Реална е опасността от възпрепятстване изпълнението на дейността по определена медицинска специалност в случай на</p>	<p>(длъжностни характеристики; правилници за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение и на отделните структури; други правилници, правила, инструкции и др.) много по-ясно и конкретно задълженията на всеки специалист, така че да се гарантира изпълнението на качеството на дейността.</p> <p>Обвързването на необходимите човешки ресурси по брой и квалификация с обема на осъществяваната дейност и със степента на нейната сложност, е по-правилният подход спрямо изискването към определен брой персонал, който може да не е ангажиран пълноценно, в случай че съответната структура не функционира оптимално.</p>
--	--	---

	<p>внезапно заболяване или друга основателна причина за отсъствие на лекар с определена специалност, ако ръководителят на лечебното заведение е преценил, че за осъществяването на дадена дейност му е необходим само един лекар при досегашно заложеното изискване в медицинския стандарт напр. за двама или трима лекари със специалност, което поставя в риск здравето и живота на пациентите, които се лекуват там.</p> <p>Мисията на НЗОК е да защитава интересите на здравноосигурените лица чрез осигуряване на равнопоставеност в достъпа до качествена медицинска помощ. Липсата на един от основните критерии при договаряне с лечебните заведения - брой лекари специалисти за изпълнението на определена КП/АПр/КПр, ще лиши осигурените лица от осигуряването на достъп до качествена помощ чрез създаването на погрешна представа, че дейности, които досега са изпълнявани само в лечебни заведения с най-високо ниво на компетентност, напр. университетски болници, е възможно да се извършват със същия успех и в лечебни заведения с първо ниво на компетентност, напр. общински болници. Съществува реална опасност от „изкуствено превишаване“ на възможностите, с което (заради финансовия интерес) в лечебното заведение необосновано да се задържат пациенти, нуждаещи се от високоспециализирана диагностика и грижа, като предполага риск от забавяне в диагностицирането и навременното им лечение.</p> <p>В обобщение на изложеното считаме, че предложените формулировки поставят в невъзможност прилагането на действащите разпоредби и обезпечаването на дейността на НЗОК, с оглед законосъобразно и целесъобразно прилагане на действащото законодателство, което от своя страна буди сериозно притеснения относно, гарантираното качество на медицинската помощ, като безопасна, ефективна, своевременна, ефективна, справедлива и обърната към хората.</p> <p>От своя страна предложената промяна в правната рамка на добре действащата и осигуряваща сигурност и стабилитет в сферата на получаване на качествена медицинска услуга, ще</p>		<p>Освобождаването на висококвалифициран човешки ресурс, би могъл да осъществява други медицински дейности в структури, където има необходимост от него. Това е свързано с неговото ползване по целесъобразност и позволява на ръководителите на лечебните заведения и на съответните структурни звена към тях да прилагат по-гъвкава политика на управление на човешките ресурси.</p> <p>В резултат от промяната в изискванията към броя на човешките ресурси, се очаква и намаляването на разходите за персонал, което съпровожда неговото гъвкаво управление, съответстващо на потребностите за осъществяване на конкретния обхват и</p>
--	---	--	---

	<p>доведе и до промяна на множество актове и дисбаланс в системата.</p> <p>При преглед на предложените текстове не се посочват както определение, така и критерии относно „пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността“.</p> <p>Считаме, че някои от предложенията са медицински необосновани, а именно: измененията в медицински стандарт „Неонатология“, в който дори при трето ниво на компетентност има <u>препоръчителен</u> брой лекари, и е уточнено, че трима от тях следва <u>препоръчително</u> да имат специалност по „Неонатология“.</p> <p>Стандартното изречение, което е използвано като промяна в няколко стандарта „... като могат да работят лекар/и и с друга специалност или без специалност, които осигуряват оказване на пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността“ също предизвиква размисли за предпоставка за проблеми. Например лекар със специалност по „Вътрешни болести“, или лекар със специалност по „Физикална и рехабилитационна медицина“, или по „Вирусология или алерголог“ и т.н. как ще оказват „пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността“ по специалностите „Детска хирургия“, „Хирургия“ и „Ортопедия и травматология“? По този начин се създава предпоставка за злоупотреба на брой специалисти, които не могат да извършат дадена дейност, но попълват брой необходими лекари за обем дейност по дадена специалност.</p> <p>„Изпълняваният обем и сложност на дейността“ нямат точен количествен измерител, като лекарите могат да бъдат променяни за различните месеци и всеки директор/управител на лечебно заведение за болнична помощ, тълкувайки самостоятелно „обем и сложност“ да си избере брой лекари по специалност, като този брой най-вероятно ще бъде различен при една и съща дейност в подобни лечебни заведения. Това ще създаде проблеми при договаряне на рамковите договори, а от друга страна обезсмисля контролната дейност, както на място,</p>	<p>обичайния за структурата обем от съответната дейност, в зависимост от нивото й на сложност.</p> <p>Създава се по-облекчен режим на работа на лечебните заведения за болнична помощ, съчетан с по-големи правомощия на техните ръководства да определят изискванията към работата на отделните структури и специалисти в тях, което е свързано с необходимост от засилен контрол на съответните компетентни органи, за да се гарантира постигането на достатъчно високо ниво на качество на медицинската дейност и да се гарантират правата на пациентите.</p> <p>В оперативен порядък ръководителите на лечебните заведения ефективно ще управляват наличните човешки ресурси и</p>
--	--	--

	<p>така и предварителния контрол чрез информационната система. Не може да бъде направен специфичен контрол за всяко лечебно заведение и да се контролира броя лекари, избран от директора/управителя на лечебното заведение.</p> <p>В разпоредбата на чл. 19, ал. 3 от Закон за лечебните заведения, е регламентирано че „Лечебното заведение за болнична помощ по ал. 1 осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности съгласно разрешението по чл. 47, включително и на медицинска помощ при спешни състояния.“</p> <p>В разпоредбата на чл. 3, ал. 1, т. 4 от Наредба № 49 от 18.10.2010 г. това изискване е отразено с идентично съдържание „4. при осигурено непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицинските специалности, посочени в разрешението, включително и на медицинска помощ при спешни състояния.“</p> <p>Много вероятно е при избор на брой лекари от директора/управителя на лечебни заведения, да не бъдат изпълнени тези изисквания на закона и наредбата.</p> <p>Качество в здравеопазването е степента на достигане на най-голяма полза за здравето на човека без увеличаване на риска за здравето при оптимален баланс между полза и риск.</p> <p>Според Световната здравна организация „качество“ е предоставяне на всеки пациент на достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, които да осигурят най-добър резултат по отношение на здравето, съобразени с актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за същия резултат, при минимален риск и достигане на най-голямо удовлетворение по отношение на процедури, резултати и хуманно отношение. Качеството е съвкупност от признаци и характеристики на медицинския продукт или услуга, които удовлетворяват определени реални здравни потребности и/или очаквания на пациентите при отчитане на оптимален здравен, икономически и социален ефект.</p>	<p>преценката е обвързана с необходимостта да се осъществява пълноценно медицинската грижа за пациента и да се постигне необходимото качество на медицинско обслужване и като резултат да се постигне значително по-голяма степен на удовлетвореност на пациентите.</p> <p>В насока на улеснение в работата е промяната, касаеща премахване изискванията за определено ниво на компетентност на другите свързани с дейността структури, които са необходими за да може дейността по съответната специалност да се осъществява оптимално.</p> <p>Като изискване, в замяна на изискването към нивата на тези други структури, е те да осигуряват необходимия обем и</p>
--	--	---

	<p>В чл. 80 от Закона за здравето е посочено, че качеството на медицинската помощ се основава на медицински стандарти, утвърдени по реда на чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения и Правилата за добра медицинска практика, приети и утвърдени по реда на чл. 5, т. 4 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина.</p> <p>В сферата на здравеопазването съществуват много голям брой подзаконовни нормативни актове, част от които са медицинските стандарти за качество на медицинската помощ и защита правата на пациентите, които се утвърждават с наредби на министъра на здравеопазването (основно по медицински специалности, но също така в интердисциплинарни медицински области или по определени здравни въпроси).</p> <p>Стандартът е нормативно определена съвкупност от приоритетни изисквания за качествено предоставяне на здравна услуга и за професионално поведение на нейните изпълнители. Стандартът е съвкупност от установени показатели за медицинската дейност, отнасящи се главно до техния състав (структура), количествени и качествени параметри.</p> <p>Стандартът е нормативен акт, регламентиращ набор от правила, норми и изисквания към обекта на стандарта – лечебните заведения.</p> <p>Стандартите за качество на медицинската помощ се разработват и определят на базата на общоприети медицински правила и принципи.</p> <p>Стандартите се разработват от авторски колективи, които се ръководеха от националните консултанти по съответните медицински специалности, след изменение на Наредба № 47 от 8.09.2010 г. за организацията, дейността и условията и реда за финансиране на експертните съвети и на републиканските консултанти в системата на здравеопазването - от експертни съвети към Министъра на здравеопазването. Експертните съвети се определят със заповед на министъра на здравеопазването и дават консултации и становища по възложени от министъра на здравеопазването въпроси. Те осъществяват експертно-</p>		<p>обхват на диагностични и други медицински дейности, така че да се гарантира пълноценното и навременно осъществяване на дейността по съответната специалност. Промените ще допринесат за по-гъвкаво определяне на нивата на компетентност в болничната помощ, в съответствие на недостатъчните като цяло човешки ресурси в здравеопазването и наличните допълнителни структури, обезпечавщи дейността по съответната специалност.</p> <p>Промените в изискванията на Националната здравноосигурителна каса във връзка с изпълнението на договорите с лечебните</p>
--	---	--	--

	<p>съвещателни и организационно-методични функции при провеждане на държавната здравна политика от министъра на здравеопазването, включително по въпроси, свързани с организацията, качеството и оценката на отделните медицински дейности, на медицинската практика и ресурсното осигуряване на системата на здравеопазване.</p> <p>Придържането към стандартите е свързано с ефективна и ефикасна организация и подобрени здравни резултати. Обратно, неспособността да се работи в съответствие с добрите организационни стандарти има негативен ефект върху работата на лечебните заведения, както и върху предоставянето на грижата и резултатите на пациентите. Това се счита за нарушение на изискванията за качество на медицинската помощ и се санкционира по реда на Закона за лечебните заведения чрез ангажиране на административно-наказателна отговорност или отнемане на разрешението за лечебна дейност на съответните лечебни заведения.</p> <p>Медицинският стандарт създава възможност за извършване на предварителна оценка и последващ контрол на медицинските дейности, както и за преценка до каква степен е осъществено дължимото поведение на медицинските специалисти, ангажирани с диагностично-лечебния процес.</p> <p>Положителното въздействие от наличието на стандарта е свързано с използването му като инструмент за гарантиране и подобряване на качеството на предоставяната грижа и оценката на резултатите от промените, пряко свързани с пациенти. Налице са и ползи за здравните професионалисти, поради намаляване на фрустрацията, намаляване на организационните и медицински грешки, подобряване на комуникацията между професионалистите и осигуряване на ефективна медицинска защита чрез избягване на риска.</p> <p>Стандартите създават минималните изисквания за качество на медицинската помощ и целят да минимизират административната тежест, административния контрол и административното регулиране като регламентират единствено</p>	<p>заведения, също ще бъде в насока на улеснение за последните.</p> <p>Значително по-облекченият режим на работа на лечебните заведения за болнична помощ, в съчетание с по-големите правомощия на техните ръководства да определят изискванията към работата на отделните структури и специалисти в тях, е свързан с необходимост от засилен контрол на съответните компетентни органи, за да се гарантира постигането на достатъчно високо ниво на качество на медицинската дейност и да се гарантират правата на пациентите.</p> <p>Финансовата тежест за болниците ще се намали поради отпадане на финансово обвързаните изисквания за назначаване на определен брой квалифициран</p>
--	--	---

	<p>онези изисквания, без които не би могла да се постигне качествена грижа за здравето на пациентите.</p> <p>Чрез медицинските стандарти се създават предпоставки за подобряване на качеството и ефективността на медицинските услуги чрез научно обоснована нормативна база за анализ и оценка на медицинската дейност в интерес на пациентите.</p> <p>Основен параметър за количествена оценка на качеството на медицинската услуга е изискването за минимална обезпеченост с персонал, отразена във всички медицински стандарти.</p> <p>Именно количествената оценка на качеството измерима с изискването за минимален брой специалисти защитава стратегическата позиция за повишаването на икономическата ефективност при разпределяне на обществения ресурс и промоцията на здравето и очакваното от това позитивно влияние върху обществото. По този начин държавната политика и конституционните права на всички слоеве от населението, независимо от възраст, етническа и религиозна принадлежност, образователен и икономически статус са защитени с императивно въведено изискване към лечебните заведения за осигуряване на минимален брой медицински специалисти.</p> <p>За по-голяма яснота представям на Вашето внимание анализ, съобразен с Наредба № 9 от 27.04.2021 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 41 от 18.05.2021 г.:</p> <p>Минималните изисквания за осигуреност с персонал за акушерски структурни единици от I ниво на компетентност предвиждат трима лекари, от които двама със специалност „Акушерство и гинекология“. Този минимален брой лекари трябва да осигури сформирането на оперативен екип при необходимост. Неосигуряването на необходимия минимален персонал може да доведе до липса на достатъчни условията за постигане на пълен обем медицински диагностично лечебни дейности при лечебните заведения.</p>	<p>медицински персонал, както и необходимостта да се поддържат диагностични и други структури от определено ниво на компетентност, за да се осигурява дейността по съответната специалност.</p>
--	--	---

	<p>Минималните изисквания за брой лекари, които да осигуряват дейността на акушерски структурни единици от II ниво на компетентност предвиждат петима лекари, от които четирима със специалност „Акушерство и гинекология“. Освен графика на работа, този брой лекари/специалисти трябва да осигурява разширената спрямо ниво на компетентност оперативна дейност по отношение на обем и сложност, по-големия брой раждания, както и по-голям обем спешност.</p> <p>За трето ниво на акушерски структурни единици се изискват осем лекари, от които петима със специалност „Акушерство и гинекология“. Броят на лекарите/специалистите в случая е съобразен с броя на ражданията, както и със значителния обем оперативна дейност на това ниво. Практически това са структури, предимно в университетски болници, в които се лекува най-тежката гинекологична и акушерска патология в страната и към които се насочват всички по-сложни за диагностика и лечение случаи, включително и спешните такива, които съставляват значителен дял. Тези структури обслужват и комплицираните случаи на патология на бременността. Операциите от голям и много голям обем и сложност изискват висококвалифициран екип и следва да включват поне 3-ма лекари, от които 1 оператор с допълнителна квалификация в областта на онкогинекологията и/или тазовата хирургия и 2 асистенти. Освен това продължителността при операциите от много голяма сложност налага подмяна на екипа в хода на операцията, т.е. изисква удвояване на броя на лекарите в хода само на една оперативна интервенция.</p> <p>Постигнатият резултат от действащите медицински стандарти създава мотивирана правна регламентация на изискванията към структурите, персонала, оборудването и дейността по тази медицинската специалност, чрез която ще се гарантира едновременно достъпът на населението и качеството на оказваната медицинска помощ в обхвата на определената медицинска специалност при осигуряване на защитата на правата на пациентите. Гарантира се достатъчна по</p>		
--	--	--	--

обем и качество медицинска услуга с произтичащите от това по-добри резултати и по-голяма сигурност за пациента.

В чл. 52 от Конституцията на Република България е предвидено, че гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, на безплатно ползване на медицинско обслужване, както и че държавата закриля здравето на гражданите. Тези основни права са доразвити в чл. 2 от Закона за здравето, където е регламентирано, че опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е национален приоритет и се гарантира от държавата. Именно в изпълнение на тази конституционна норма от най-висша степен и в съответствие с посочената законова норма са създадени действащите до настоящия момент **задължения от минимален брой персонал за лечебните заведения**. Вменените им задължения са изпълними и функциониращи, създават стабилитет и сигурност при обслужването на пациенти.

Общественият интерес при предоставяне на медицинска помощ и упражняване на медицинската професия е несъмнен. Ето защо съществува изричното императивно регламентиране от страна на законодателя действащи и осигуряващи стабилитет норми. В този смисъл не следва да бъдат пренебрегвани и изискванията на чл. 8б от Закона за здравето, които определят, че: „... Като **пациент всеки има право на:** зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните, културните и религиозните му права; грижи от общността, в която живее; **достъпна и качествена здравна помощ; повече от едно медицинско становище относно диагнозата, лечението и прогнозата на заболяването;** защита на данните, отнасящи се до неговото здравословно състояние; възнаграждение за работата, която извършва, еднакво с това, което получава, ако не е болен; **запознаване на достъпен език с неговите права и задължения;** ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите за евентуалното му лечение; здравна профилактика и рехабилитация; **сигурност и безопасност на диагностичните и**

	<p>лечебните процедури, провеждани по време на лечението му; достъп до модерни методи на лечение; предотвратяване на болката и страданието по време на лечението му, доколкото е възможно; достъп до медицинската документация, свързана със здравословното му състояние...“.</p> <p>Следва да бъде отчетено и обстоятелството, че предлаганите промени могат да бъдат осъществени, ако се определят нормативно няколко изисквания към финансирането и организацията по сключването на договори с лечебни заведения за болнична медицинска помощ, а именно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Въвеждането на диагностично свързани групи нов начин на финансиране и премахване на клиничните пътеки; 2. Сключване на индивидуални договори с лечебните заведения по критерии определени от НЗОК и 3. Прилагане на принципа един лекар - един договор. <p>УВАЖАЕМИ Д-Р КАЦАРОВ,</p> <p>При отчитане на горното считам, че не следва да се приемат предложените промени тъй като същите създават предпоставка за нарушаване на основните права на пациента, разписани в чл. 8б от Закона за здравето.</p>		
<p>3. 20-03-55/15.06.2021г. от УМБАЛ „Света Марина“ - Варна</p>	<p>Приветстваме промените, предвидени в проекта на Наредбата за изменение на Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи („Проектът”, „Наредбата”), поместен на 08.06.2021г. на интернет страницата на Министерството на здравеопазването и на Портала за обществени консултации за обществено обсъждане.</p> <p>УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД споделя обосноваването и последователно отстоявана позиция относно необходимостта от премахването на количествените показатели от медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента, тъй като това не е начин за гарантиране на качествена дейност на лечебните заведения и на работещите в тях специалисти.</p>	<p>Не се приемат</p>	<p>Допълнително направените заключения могат да бъдат разглеждани в контекста на цялостната актуализация на отделните медицински стандарти, която не е предмет на настоящото изменение.</p>

	<p>Предлагаме също така, да се анализира обосноваването на изискването за минимален задължителен брой операции годишно. През 2020г., със заповед на Министъра на здравеопазването двукратно беше забранено извършването от страна на лечебните заведения на планов прием и планова оперативна дейност. Ето защо броят на хирургичните интервенции следва да отпадне от предвидените в медицинските стандарти количествени показатели за осъществяване на дейността.</p> <p>В съответствие с разпоредбите на Закона за нормативните актове, съдържанието на медицинските стандарти би трябвало да се прецизира и чрез премахването на текстове, които дублират правила, съдържащи се в други нормативни актове. Изискванията относно характеристиките на сградите и помещенията като площ, височина, инсталации, осветление, подове, мазилки и др., които са предмет на уредба от специални нормативни актове, нямат място в медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента.</p> <p>Инициативата за усъвършенстване на медицинските стандарти е ползотворна и отговаря на част от належащите потребности на здравната ни система. Използваме повода да пожелаем успешна работа на новото ръководство на Министерство на здравеопазването. В лицето на УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД имате добронамерен и коректен партньор в усилията за постигане на общата ни цел – модерно европейско здравеопазване.</p>		
<p>4. 63-00-123/30.06.2021г. от д-р Радослав Мангалджиев – съпредседател на Сдружение на медицинските онколози</p>	<p>Предложение от д-р Р. Мангалджиев Съпредседател на Сдружение на медицинските онколози/СМО/</p> <p>В Наредба No 6 от 2018 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Медицинска онкология“(обн., ДВ, бр. 52 от 06.2018 г., изм. с Решение No 8850 на ВАС на РБ от 2020 г. - бр. 90 от 2020 г.) да се направи следното изменение :</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Предложените изменения са насочени към намаляване на тежестта, свързана с установяването на задължителен брой медицински</p>

	<p>В Раздел III „Основни изисквания към лечебните заведения, в които се осъществява дейност по „Медицинска онкология“ – структури, персонал, апаратура, дейност“:</p> <p>Точка 2.4.3.5. отделение по обща и клинична патология на територията на лечебното заведение;</p> <p>Да бъде заменена с:</p> <p>Точка 2.4.3.5 отделение по обща и клинична патология на територията на лечебното заведение или по договор с друго лечебно заведение;</p> <p>Мотиви:</p> <p>1. Отделение по обща и клинична патология не е част от основните звена подпомагащи работа на клиника /отделение по Мед. Онкология , а именно Клинична лаборатория и Образна диагностика, за които обаче в медицинския стандарт се допуска да бъдат по договор (визирам точка - 2.4.3.6. компютърна аксиална томография или магнитнорезонансна томография на територията на населеното място с осигурен 24-часов достъп, включително в условията на спешност);</p> <p>2. Такова отделение няма необходимост да бъде поддържано в Специализирана Болница за Лечене на Онкологични Заболявания с клиника / отделение от 3- то ниво на компетентност без активна оперативна дейност;</p> <p>3. Излишна финансова тежест - цитирам „МОТИВИ КЪМ ПРОЕКТ НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 49 ОТ 2010 Г. ЗА ОСНОВНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ, НА КОИТО ТРЯБВА ДА ОТГОВАРЯТ УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯТ РЕД НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ И ДОМОВЕТЕ ЗА МЕДИКОСОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА“.</p> <p>„Финансовата тежест за болниците дори ще се намали поради отпадане на финансово обвързаните изисквания за назначаване на определен брой квалифициран медицински персонал, както и необходимостта да се поддържат диагностични и други структури от определено ниво на компетентност, за да се осигурява дейността по съответната специалност.“</p>		<p>специалисти по нива на компетентност.</p> <p>Допълнително направените разсъждения могат да бъдат разглеждани в контекста на цялостната актуализация на медицинския стандарт, която не е предмет на настоящото изменение</p>
--	--	--	--

5. 63-00-123/02.07.2021г. от ЦКПЕ на БЛС	ЦКПЕ на БЛС смята, че така предложените промени в чл. 19 от Наредба № 49/2010 г. създават условия за възникване на системни грешки, опасност от възникване на медицински неблагоприятия и компрометиране на добрата медицинска практика.	Не се приема	Направен е коментар, без конкретни предложения по нормативния акт
6. 63-00-126/02.07.2021г. от г-жа Силвия Георгиева – председател на Националното сдружение на общините в Република България	<p>Конкретни предложения по Проект на Наредба за изменение на Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи:</p> <p>1. В чл. 11 от Наредба № 49 на МЗ от 2010 г., за оборудване на ДМСГД, като институция, която предстои да бъде закрыта, да се впишат изискванията за устройство, оборудване и обслужване на новите интегрирани здравно социални услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • услуги резидентен тип за деца и младежи с увреждания; • услуги резидентен тип за деца и младежи с увреждания, с постоянна медицинска грижа; • услуги резидентен тип за пълнолетни лица с физически увреждания; • услуги резидентен тип за пълнолетни лица с деменция; • услуги резидентен тип за пълнолетни лица с психични разстройства; • услуги резидентен тип за пълнолетни лица с ментални разстройства. <p>Мотиви: В чл. 11 от Наредба № 49 на МЗ са разписани изискванията за Дом за медико-социални грижи /ДМСГ/. Предвид Националната стратегия „Визия за деинституционализация на деца“ и мерките за поэтапно закриване на всички съществуващи специализирани институции за деца, в т.ч. ДМСГД е необходимо да се изготви нов стандарт. Тези услуги се разкриват в цялата страна, с цел успешно закриване на съществуващите институции</p>	Не се приема	Предложените изменения са насочени към определянето на съдържанието на медицинските стандарти и към намаляване на тежестта, свързана с установяването в медицинските стандарти на задължителен брой медицински специалисти по нива на компетентност

за деца и младежи със здравословни проблеми и алтернатива за специализирани грижи на деца и младежи с увреждания, в т.ч. и с тежки увреждания. Към момента новия тип резидентни услуги функционират, съгласно действащата нормативна уредба в областта на социалните услуги, но липсва ясно разписан регламент за медицински стандарт в нормативната уредба в областта на здравеопазването. Предвид националната политика за деинституционализация на деца, както и на пълнолетни лица и необходимите мерки, които трябва да се предприемат в страната, като равноправен член на ЕС е необходимо актуализиране на настоящата Наредба и включване на отделен медицински стандарт за грижи на деца и младежи с увреждания в услуги резидентна грижа, с постоянно медицинска грижа и отделен медицински стандарт за услуги резидентна грижа за пълнолетни лица с деменция и психични разстройства. Практиката показва, че държавният стандарт по Закона за социалните услуги е недостатъчен и не е в компетенциите на МТСП да разписва стандарти за здравни грижи, поради което екипите на услугите изпитват затруднения при обгрижването на лицата.

2. Да се въведе нов стандарт за „24 часова медицинска грижа в социални и интегрирани здравно-социални услуги за резидентна грижа за повече от 20 потребители и в социалните услуги за осигуряване на подслон“ в общ размер на не по-малко от 15 млн. лв.

Мотиви: Предложението цели обезпечаване на практика на законовото изискване по чл. 26, ал. 1, т. 3 от Закона за здравето относно разкриване на здравни кабинети в социални и интегрирани здравно-социални услуги за резидентна грижа за повече от 20 потребители и в социалните услуги за осигуряване на подслон. Разходите за подобни висококвалифицирани дейности не са планирани и не могат да се осигурят за сметка на стандартите за социални услуги, както и не биха могли да бъдат постигнати от общинските бюджети. В същото време случаите на настанените в тези услуги лица стават все по-тежки, те имат редица съпътстващи заболявания и нужда от медицинска грижа,

	<p>което налага проактивна подкрепа от държавата при осигуряването на качествени грижи.</p>		
<p>7. 94-4362/29.06.2021 г. от Надежда Господинова Маргенова</p>	<p>Аз като гражданин на РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ, здравно осигурена, без прекъснати права не съм съгласна с предложението Ви за промяна на медицинските стандарти.</p> <p>Предложението Ви за изменения в съществуващите медицински стандарти, с което целите да се намалят въведените преди това "НЕНУЖНИ" изисквания към дейността на лечебните заведения, свързани с броя на лекарите е НЕНУЖНО, защото това няма да спре търговията с фиктивни дипломи, а от там и произлизащите фиктивни пациенти, фиктивни хоспитализации и последващо източване на здравната каса.</p> <p>Не е нужно да се премахват стандартите, а напротив, да се увеличи изискванията за брой лекари и професионалисти по здравни грижи, за да се гарантира КАЧЕСТВО на извършената дейност, а не само КОЛИЧЕСТВО. Като се има предвид, че за последните 20 години броя на лечебните заведения се е повишил от 160 на 400 , а успоредно на това се намалява броя на лекари и особено на професионалисти по здравни грижи. Принципа на пазарната икономика " търсенето, определя цената" би трябвало по естествен път да доведе до увеличаване на цената на труда на медицинските кадри в търсенето на медицински персонал за увеличаване брой лечебни заведения, което на практика не се получава и светва лампата, че има нужда от кадри, а няма адекватно заплащане. Свети лампа за картел в цената на труда , да бъде умишлено занижен, за да са принудени всички в системата да работят на две и три работни места, именно за да се запустат дупките от диспропорцията от недостатъчно медицински персонал и брой лечебни заведения. От броя на специалистите, които пряко лекуват и ОБСЛУЖВАТ пациента, а не само от техните умения и квалификация зависи добрия изход от престоя на пациента в болницата. Не забравяйте , че и най-добрият специалист има нужда от междудневна, междуседмична почивка, годишен отпуск или отпуска по болест и не е редно пациенти, отделение и цяла болница да зависят от волята и</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Не се премахват стандарти. С предложените промени се премахнат чисто количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивото на компетентност. Освен това не се премахват изискванията към конкретни нива на компетентност по отношение на структурите, които се изискват, за осигуряване оптимално дейностите в обхвата на съответната специалност/дейност.</p>

	<p>желанието на един специалист. Една от причините за високата смъртност в страната от Ковид 19 е точно липсата на достатъчно персонал за пряко наблюдение и преки грижи на пациентите при които за кратко време се променяше клиничната картина и оплаквания. Прегледите по телефона или геройството на 50 души пациенти да има една сестра и един лекар, говори за отчаяние и безпомощност.</p> <p>Ако се приеме вашето предложение за премахване на стандартите с тенденция за намаляване, а не увеличаване на изискванията за брой персонал, този акт на отчаяние една сестра и един лекар на 50 души и повече ще стане ежедневен модел на подражание и начин на работа в цялата страна. С намаляване на НЕНУЖНИТЕ административни изисквания, като възможност да се намалят ненужните разходи и начин за увеличение за възнагражденията на работещите лекари и медицински сестри е подвеждащо и пагубно за съсловието, защото единствено ще се постигне намаляване на персонала за да се прави икономии на фонд работна заплата, а не за достойно възнаграждение на високо специализиран труд при едни оптимални за естеството на работа обем и качество. В други сфери оптимизацията на персонала може да има желан финансов резултат, но в здравеопазването човешкият ресурс е от първостепенно значение, то е преди сградният фонд, апаратура и други изисквания. Понеже не беше удобно да има акредитация на лечебните заведения, предишното управление декември 2020г. премахна акредитацията. Сега , понеже започва да излиза наяве кризата с обезпечаването на кадри, решавате да премахнете медицинските стандарти. Как и кой ще гарантира качество, като в една регулирана дейност от значение са стандартите?</p> <p>Докато не се промени философията, че заплатите на персонала, особено в структурно определящите лечебни заведения, не е разход, а инвестиция, която е необходима и е спешно да се направи от страна на държавата, за да се задържи все още работещите, не заминали за чужбина кадри..</p>		
--	---	--	--

	<p>"Изменението на стандартите ще даде по- голяма свобода и възможност в преговорите между БЛС и НЗОК за НРД". До сега без да я имат тази по- голяма " свобода" на договаряне, станахме свидетели на добре финансирани и никак недофинансирани медицински специалности и дейности. Точно най-ошетените в това отношение отнесоха тежестта на пандемията с КОВИД. Очаквам още по- голям лобизъм , но не в полза на пациента и на лекарите, а на мафията в бяло, защото за 20г- морално- етичните деформации в модела " парите следват пациента" разбрах, че алчността диплома няма.</p> <p>Искате да правите промени, но не ви стигат времето, нито куража за радикална реформа , поне не усложнявайте повече системата, освен ако мотива ви не е по този начин по- бързо да се сложи край на агонията на модела!</p>		
<p>8. 15-00-204/05.07.2021г. от Експертния съвет по Ортопедия и травматология към Министерство на здравеопазването, Борд по Ортопедия и травматология към Българския лекарски съюз и Българска Ортопедична и Травматологична Асоциация (БОТА)</p>	<p>Искаме да изразим категоричното си несъгласие с предложените промени от МЗ в Проект за Наредба за изменение на Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи.</p> <p>§ Параграф 27</p> <p>В приложението към член единствен на Наредба № 1 от 2021 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ортопедия и Травматология“ (обн. ДВ бр. 15 от 2021 г.) в раздел Ш. Изискванията за осъществяване на дейността по специалността „Ортопедия и травматология“.</p> <p>Излагаме следните мотиви против тези промени:</p> <p>1. Предложението за изменение и допълнение на Стандарта по „Ортопедия и травматология“ ликвидира целенасочено заложените различни нива на професионална квалификация за Про и Што ниво на компетентност. Това ще доведе до уронване престижа на специалността и сериозни последици за качеството на лечебната дейност, както и</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Премахнат се чисто количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивото на компетентност. Наличните изисквания за допълнителната квалификация на лекарите, както и за обема на осъществяваната дейност в зависимост от нивата на компетентност в</p>

	<p>премахването на нивото на компетентност по интензивно лечение.</p> <p>2. Възможността само един лекар специалист да е достатъчен в отделения и клиники от Про и Што ниво на компетентност при условие, че там се извършват големи и много големи интервенции влиза в явно противоречие с изискванията за поне 2 специалисти за извършване на тази дейност.</p> <p>3. Без необходимостта от придобита специалност за да се практикува хирургичната дейност „Ортопедия и травматология“ ще намали интереса на новозавършилите лекари за продължаване на квалификацията.</p> <p>4. Така предложените промени ще доведат до рязко понижаване на качеството на лечебната дейност, ятрогенни грешки и усложнения и инвалидизация на пациентите. Липсата на изискване за повече лекари специалисти може да доведе до невъзможност за провеждане на обсъждане на случаи и взимане колективни решения, което ще вмени много висока отговорност на единствения специалист по ортопедия и травматология, която няма да е по силите и на университетски преподавател.</p> <p>5. Предложението е откровено в подкрепа на собствениците (общински, държавни, частни) и директори на малки здравни заведения без персонал и с ниско ниво на компетентност и липса на пациенти. Това обаче е тежък удар за големите частни и държавни заведения поради намаляването на изискванията за необходимия брой специалисти по здравни грижи и лекари специалисти. Елиминирането на критериите за професионализъм и качество на лечебната дейност и за двете групи е във вреда и за болния и за персонала който става изцяло зависим от ръководството на болницата.</p> <p>6. Това ще доведе до текучество на персонала и почасова работа едновременно в различни болници отново с резултат лоша лечебна практика и неблагоприятни последици за пациентите.</p> <p>7. Заложената промяна ще ликвидира дълго изграждани балансиранни решения в Стандарта „Ортопедия и</p>	<p>болничната помощ, в съчетание с изискванията към наличната медицинска апаратура и оборудване, са достатъчни за да осигурят качествено медицинско обслужване на пациентите.</p>
--	---	---

	<p>травматология“ взети с консенсус от експерти по ортопедия и травматология и служители на НЗОК.</p> <p>Смятаме, че така заложените промени обезсмислят придобиването на специалност по „Ортопедия и травматология“ и здравни грижи.</p> <p>8. Необходим е минимален брой специалисти по здравни грижи в зависимост от тежестта на пациентите.</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.</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>9. 05.07.2021г. Димитрина Иванова</p>	<p>бутафорни промени, задълбочаващи проблемите</p> <p>Така предложените промени, няма да решат проблема с недостига на медицински персонал, напротив ще го задълбочат. Намаляването на минималния брой сестри и лекари за обслужването на пациенти, ще доведе до съществуването на определени звена, но като ефективност, какъвто всъщност е принципа на съществуване на здравната услуга ще отслабне още повече. Пациентът отива в здравно заведение за лечение, като се доверява на здравните държавни механизми и контрол, че ще бъде обгрижван и лекуван. Намаляване на критериите за специалност и умения по досегашните медицински стандарти ще доведе до още по-голяма криза. Това отваря врати за откриване на все повече частни болници със съмнителна експертиза, такива не са нужни на територията на най-големите градове, нужно е покритието на медицински грижи в малките</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Изразява се общо несъгласие. Липсват конкретни предложения. Премахнат се чисто количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивото на компетентност.</p>

	<p>населени места и селата. По време на ковид-кризата се тиражираха от медиите и политици 50 000 болнични легла, с развитието на епидемията, всички се убедихме в недостига на медици, определени специалисти, медицинските сестри обслужваха непосилен брой пациенти последствията бяха загубени човешки животи. При предлагане на каквито и да е промени, би трябвало на обществото да се предоставят база данни по специалности и региони, минимум обслужващ допълнителен персонал, да се проведе широка дискусия на пациенти и специалисти, работещи в сферата, такава до момента не се провежда. Намаляването на административния персонал, облекчаване на административната дейност, „работата“ на смени на две и повече места, консултантските договори на специалистите, източване на ресурси и консумативи на държавните и общински болници, за сметка на частните болници и частните кабинети - това е проблема на здравната система. Предложените промени, не решават текущите проблеми, напротив задълбочат противопоставянето на пациенти срещу лекари.</p>		<p>Наличните изисквания за допълнителната квалификация на лекарите, както и за обема на осъществяваната дейност в зависимост от нивата на компетентност в болничната помощ, в съчетание с изискванията към наличната медицинска апаратура и оборудване, са достатъчни за да осигурят качествено медицинско обслужване на пациентите.</p>
<p>10. 26-00-2139/06.07.2021г. Доц. Шивачев и проф. Стефанова, Дружество по детска хирургия и ЕС по детска хирургия</p>	<p>Във връзка с предложените изменения на Наредба № 5 от 2020 в приложението на член 8 за утвърждаване на медицински стандарт „Детска хирургия“ /обн. ДВ бр. 5 от 2021/ ние се обръщаме към Вас със следното становище:</p> <p>Дружеството по Детска хирургия и Експертния съвет по Детска хирургия констатира, че децата не могат да бъдат лекувани от лекари без профилна специалност по закон. Това би застрашило както здравето, така и живота им.</p> <p>Стандартът по Детска хирургия е съставен и приет от Дружеството по детска хирургия и ние настояваме промени да не се правят по административен път.</p> <p>За момента дружеството по Детска хирургия не смята, че наличният стандарт по Детска хирургия трябва да бъде променен в неговите условия.</p> <p>Благодарим за проявеното професионално разбиране.</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Премахнат се чисто количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивото на компетентност. Наличните изисквания за допълнителната квалификация на лекарите, както и за</p>

			<p>обема на осъществяваната дейност в зависимост от нивата на компетентност в болничната помощ, в съчетание с изискванията към наличната медицинска апаратура и оборудване, са достатъчни за да осигурят качествено медицинско обслужване на пациентите.</p>
<p>11.15-00-206/07.07.2021 Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ)</p>	<p>БАПЗГ за пореден път изразява категорично несъгласие с опитите за частични и незавършени промени на нормативни документи, които регламентират дейностите на медицинските специалисти по здравни грижи включително, в разглеждания Проект за Наредба за изменение на Наредба № 49 от 2010 г.. По наше мнение предложените текстове не променят и досега съществуващите бегли и повърхностни изисквания за броя на специалистите по здравни грижи в медицинските стандарти. Въпреки настоятелните ни искания за участие на компетентни специалисти по здравни грижи в изработването и преработването на медицинските стандарти, въпреки назначения със заповед на Министъра на здравеопазването Експертен съвет по здравни грижи, представящ всички специалности в съсловието и въпреки предоставените мотивирани становища на БАПЗГ, отнасящи се до спецификата на здравните грижи, нашите предложения не бяха приети. В резултат на което медицинските стандарти са поредният „кух“ нормативен документ, който не отразява професионалните дейности, квалификация и продължаващо обучение на специалистите по здравни грижи. По-широките</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Изразява се общо несъгласие. Липсват конкретни предложения. Премахнат се чисто количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивото на компетентност.</p>

	<p>професионални компетентности не кореспондират с по-високо заплащане за положения труд. На практика висококвалифицираните специалисти са изравнени с тези без допълнителни квалификации, независимо от изискването на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (ЗСОМСААМСЗПФ) за задължително продължаващо професионално медицинско обучение и независимо от натоварването поради големият брой и/или тежест на пациентите. Медицинските стандарти в настоящия си вид и особено с така предложените промени, нямат никакво значение за професионалната реализация на медицинските специалисти по здравни грижи, но са поредна възможност за сериозна преса върху работещите и квалифицирани специалисти, предвид критичният им недостиг. Това е поредният нормативен документ, в който се предлага нещо, свързано с дейностите по здравни грижи, без да има друг базов, нормативно определен, единен документ за всяка специалност по здравни грижи – стандарт по здравни грижи. Именно стандарти по здравни грижи като приложение към всеки от медицинските стандарти могат да регламентират дейностите по здравни грижи, ролята и мястото на здравните специалисти в лечебния и диагностичния процес. Конкретно описаните дейности и грижи в болничната и извънболничната помощ ще определят ясно броя на необходимия персонал за извършване на качествени здравни грижи. Заложените в стандартите по здравни грижи професионални дейности трябва да бъдат остойностени и да послужат за планиране на финансовите средства в лечебните заведения. Предложените в Проекта за Наредба текстове като: „брой специалисти по здравни грижи - трябва да осигурява оптимално дейностите по здравни грижи като гарантира тяхното качество“; „В клиниката/отделението трябва да има медицински сестри към операционната, реанимацията и стационара, осигуряващи оказване на пълноценни и своевременни здравни грижи.“; „...и</p>		
--	---	--	--

	<p>професионалисти по здравни грижи, като броят им е в зависимост от обхвата и обема на осъществяваните изследвания.“ не са адекватни, тъй като в медицинските стандарти не са посочени дейностите, които се извършват от специалистите по здравни грижи.</p> <p>Подобни текстове нямат място в стандарт, защото не създават регламенти и не са релевантни на други нормативни документи, касаещи дейността на професионалистите по здравни грижи.</p> <p>Предложеният текст: „Персоналът (лекар/ите, медицинската/ите сестри и санитар/и) се определя в зависимост от броя на леглата, потока на амбулаторните пациенти, обучаването на студенти и специализанти и научноизследователската дейност“ е неясен. Внася се голяма доза субективизъм при определяне на нуждите от здравни грижи - леглата може да са заети от пациенти с различна степен на тежест, или да не са заети изобщо. Очевидно е, че проектът за наредба позволява определянето на нуждите от здравни грижи да бъде оставено изцяло на преценката на мениджъра на лечебното заведение с цел икономии на средства от заплати, каквито са очакванията от предложените промени, посочени в мотивите на Проекта за наредба. Също така според Проекта е допустимо различните ръководители на лечебни заведения да приложат различни критерии за оценка на една и съща дейност/нужда от здравни грижи, съответно от персонал. От стандарти без ясно заложили минимални критерии за качество на грижите няма смисъл. Създава се сериозен риск за здравето на пациентите, поради субективната оценка на мениджмънта на лечебните заведения, формирана по неясни критерии.</p> <p>Във всички лечебни заведения за болнична помощ в страната ни специалистите по здравни грижи не достигат. Този очевиден факт е потвърден и от доклада на Европейската комисия (ЕК) „State of Health in the EU - България Здравен профил на страната 2019 г.“: „осигуреността с медицински сестри е втората най-ниска в ЕС след Гърция“ и „малкият брой медицински сестри контрастира с този на другите медицински специалисти“. В доклада на ЕК се отбелязва още:“Средната възраст на</p>		
--	--	--	--

	<p>медицинските сестри и акушерките е 55 години, а миграцията на предимно млади медицински сестри е довела до прекомерна работна натовареност на онези, които са останали.“ И една от препоръките е: „Като първа стъпка трябва да се разработят стандарти за всички медицински специалности и да се включат подробни минимални изисквания за числеността на персонала за извънболнична и болнична помощ.“ Разработването и приемането на стандарти по здравни грижи ще гарантира качеството, което пациентите очакват и ЛЗ е длъжно да предостави.</p> <p>БАПЗГ за пореден път предлага в медицинските стандарти да има ясни критерии за изчисляване на необходимия брой персонал – медицински специалисти по здравни грижи с придобита диплома по съответната специалност, изисквана от стандарта. Липсата на ясен регламент за упражняване на професиите от направление „Здравни грижи“ и липсата на конкретно разписани професионални дейности позволява на ръководителите на лечебните заведения, да възлагат медицински дейности на лица без медицинско образование или с незавършено такова. От Проекта за Наредба не става ясно как контролните органи ще контролират нещо, което не е регламентирано.</p> <p>Като се вземе предвид гореизложеното, БАПЗГ предлага:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Да се започне незабавно изработване на стандарти по здравни грижи като приложение към медицинските стандарти. 2. Броят на медицински специалисти по здравни грижи да се изчислява по Методика, изработена и приета от БАПЗГ, приложима при медицински стандарти, а именно: <p>Методиката за изчисляване на необходим персонал е разработена за текущо планиране, идентифициране на недостиг или излишък на професионалисти по здравни грижи в лечебните заведения и е приета на Национален съвет от 29.01.2021 г., след консултация с главни сестри на водещи университетски болници.</p>		
--	--	--	--

	<p>При определяне на потребностите за основни критерии са приети броят на пациентите, времето за оказване на преки (директни) и непреки (индиректни) грижи и степента на тежест на състоянието на пациента.</p> <p>Методиката е лесна за прилагане и изчисляване на необходимия брой персонал, като се гарантира качество, непрекъснатост и равнопоставеност на здравните грижи в рамките на денонощието. Използва се класификация, определена от Международния съвет на медицинските сестри, която дефинира грижите като:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Директни (преки) грижи - включват: <i>манипулации</i> (инжекции, вливания, превръзки и сваляне на конци, проби за чувствителност на антибиотици и др.), <i>измервания и изследвания</i> (антропометрични измервания, измерване на жизнени показатели, ЕКГ, вземане на материали за изследвания, женска и детска консултация и др.), <i>комуникация с пациента и неговите близки, обучение на пациентите и техните близки за поставяне на инсулин, ползване на апарати за следене на нивото на кръвната захар и други показатели, инструкции за грижи в дома</i>, (разясняване на терапия за дома например, медикаменти, които трябва да бъдат изписани от ОПЛ). - Индиректни (непреки) грижи - включват: <i>работа с медицинска документация</i> (попълване на документацията на пациент, архивиране и работа с архив), <i>работа с външни звена</i> (записване час за преглед, предоставяне на резултати от рентген, лаборатория и други, посещение в други звена, РЗИ), <i>квалификация</i> (време за самоподготовка, участие в продължаващо обучение), <i>други дейности</i> (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>		
--	--	--	--

Времето, необходимо за оказване на директни (преки) и индиректни (непреки) грижи е определено с хронометраж на дейностите за 1 пациент в рамките на 8-часов работен ден.

Директните (преки) грижи, извършвани от медицинската сестра, са дейности и грижи, извършвани при пациенти със степен на тежест на състоянието, както следва:

- **I степен** - пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, да поддържа личната си хигиена, да се храни, да приема достатъчно количество течности, да посещава тоалетна самостоятелно, да уринира и дефекира без отклонения, да се движи сам, да поддържа правилна стойка, да провежда спокоен сън и почивка, да няма опасност от физически и/или психологически риск, да поддържа комфорта си сам, да общува, да поддържа и повишава знания и умения за поддържане на здравословното си състояние.

- **II степен** - пациентът е ограничен, поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да поддържа лична хигиена, да се храни и да приема течности. Придвижва се с придружител, с подкрепа ползва тоалетна, съществува вероятност за физически и/или психологически риск, общува, поддържа и повишава знания и умения за запазване и възстановяване на здравословното си състояние.

- **III степен** - пациентът е зависим, с намалена и ограничена автономност, поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъсната помощ и подкрепа при обличане и събличане, при извършване на тоалет, при хранене и приемане на течности. Изследвания, манипулации и грижи се извършват само

	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> • IV степен - пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснати грижи за поддържане и възстановяване на състоянието. <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). 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 лечебните заведения.</p> <p>БАПЗГ, като представител на съсловие то на специалистите по здравни грижи, има потенциала, знанията и визията за стартиране на процес по промяна на статута на съсловието, ако МЗ има интерес да постави ясни правила за работа и формиране на работна заплата. Промените „на парче“ са пагубни за здравните грижи, за тези които ги предоставят и за тези, които се нуждаят от тях.</p>		
<p>12. 26-00-2210/ 08.07.2021 Доц.д-р Павел Бочев, Председател на Българското дружество по Нуклеарна медицина</p>	<p>Във връзка с публикуван и предложен за обществено обсъждане проект за наредба за изменение на Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи и предвидените по текста на предложението промени в медицинския стандарт по Нуклеарна медицина, Ви информираме за следното:</p> <p>Медицинската специалност Нуклеарна медицина включва високоспециализирани и много специфични дейности с открити радиоактивни източници и практикуването и от персонал с ниска или неподходяща квалификация, дори и под надзор, е на практика физически опасно както за пациентите, така и за персонала и лица от населението.</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Изразява се общо несъгласие. В случая се премахват само чисто количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивото на компетентност. Наличните изисквания</p>

	<p>Отпадането на изискването за брой специалисти ще даде много широка възможност за порочни практики и резултатите да се разчитат от лекари с друга квалификация, независимо от формалното им юридическо оформление и наличието на нечий подпис. Към момента дори специализантите по Нуклеарна медицина нямат права да назначават изследвания и да извършват самостоятелни разчитания, докато предвидените в проекто-наредбата промени ще дадат такива на лекари с произволна квалификация и ще поставят под пряк и явен риск здравето на пациентите. За всеки от нас, работещ в структури от трето ниво на компетентност е ясно, че е невъзможно дейностите да се осъществяват от един лекар-специалист, включително и от организационна гледна точка.</p> <p>Маркирането на радиофармацевтици и техният качествен контрол е много специализирана дейност, която се извършва от силно ограничен брой специалисти в страната.</p> <p>Особено екстемпоралното производство на радиофармацевтици изисква обширни познания както в радиохимията, така и в хроматографския анализ (поне три типа хроматография), гамаспектрометрията и радиофармацията. Отпадането на изискването маркирането на радифармацевтици да се извършва от радиохимици абсурдно и ще резултира в опасни практики с висок пряк риск за здравето на пациента, персонала и лица от населението.</p> <p>Работата с радиоактивни източници, дори и за медицински цели е пряко лицензирана от агенцията за ядрено регулиране (АЯР) , което лицензиране няма отношение към чисто медицинските аспекти на дейността и изисква наличието на физик за обща организация на дозиметричния контрол и радиационен мониторинг. Провеждането на радионуклидна терапия изисква дозиметрично планиране и особено важно-последващ контрол на мощности на дозата и други радиационни показатели, което налага наличието на специалист медицинска радиологична физика. Отсъствието на такъв или замяната с друг тип специалист (с неизвестно каква квалификация) би</p>	<p>за допълнителната квалификация на лекарите и останалите медицински и немедицински специалисти, както и за обема на осъществяваната дейност в зависимост от нивата на компетентност в болничната помощ, в съчетание с изискванията към наличната медицинска апаратура и оборудване остават и са достатъчни за да осигурят качеството на изпълняваната медицинска дейност. Допълнително направените заключения могат да бъдат разглеждани в контекста на цялостната актуализация на медицинския стандарт, която не е предмет на настоящото изменение.</p>
--	---	--

	<p>компрометирало дозиметричното планиране на пациентите, създава пряк риск за радиационни инциденти и липса или неадекватен радиационен контрол при дехоспитализация, което ще резултира в облъчване на лица от населението над допустимите дози.</p> <p>В тази връзка правим директни предложения за промяна в текстовете, публикувани за обществено обсъждане във формат както следва:</p> <p>Стандартен текст: Оригинален текст на проектонаредбата Зачертан стандартен текст: Счита се за уместно зачертаният текст да отпадне.</p> <p>Задебелен текст (bold) – предложение за добавка на текст Текст в задебелен шрифт и курсив: Обосновка на възражение *****</p> <p>§ 26. В Приложение № 1 към член единствен, т. 1 от Наредба № 11 от 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Нуклеарна медицина“ (обн., ДВ, бр. 56 от 2014 г., изм. и доп., бр. 106 от 2014 г., бр. 37 от 2016 г. и бр. 13 от 2018 г.) се правят следните изменения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В раздел I, т. 8 думите „(„медицинска радиология“)“ се заличават. 2. В раздел IV: <ol style="list-style-type: none"> а) в т. 1 думите „(„Медицинска радиология“)“ се заличават; б) в т. 2 думите „(„Медицинска радиология“)“ се заличават. <p>а) точка 1.2 се изменя така: „1.2. В тези структури работят лекар/и със специалност по „нуклеарна медицина“, като могат да работят и лекар/и с друга специалност или без специалност, които осигуряват оказване на пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността. Лекар без специалност „нуклеарна медицина“ осъществява дейност само под наблюдението на лекар с тази специалност. Препоръчително е да има лекар, преминал допълнително обучение в медицински университет по специализираните и високоспециализирани методи.“;</p>		
--	---	--	--

	<p>б) точка 1.3 се изменя така: „1.3. Броят на професионалистите по здравни грижи и немедицинските специалисти трябва да осигурява осъществяването на пълноценни здравни грижи в зависимост от обема и сложността на извършваната дейност, като е препоръчително съотношението между броя на лекарите и броя на медицинските и немедицинските специалисти да бъде най-малко 1:1.5 или по - малко“. (Бележка: тук в текущия стандарт е допусната математическа неточност – увеличаването на нелекарските кадри води до намаляване на съотношението, а не до увеличаването му)</p> <p>в) в точка 1.4:</p> <p>аа) във въвеждащия текст преди буква „а“ думите „минималният брой на“ се заличават, а думата „включва“ се заменя с „включват“;</p> <p>бб) в буква „б“ числото „1“ се заличава;</p> <p>вв) в буква „в“ думите „поне 1“ се заличават, а думите „стандарта по нуклеарна медицина“ се заменят с „този стандарт“;</p> <p>гг) в буква „г“ думите „но не по-малко от един медицински физик“ се заличават; (бележка: Възражение: Това е особено опасна промяна. Трябва да е кристално ясно, че наличието на медицински физик е абсолютно задължително!)</p> <p>г) в т. 1.8 думите „минимум 1“ се заличават;</p> <p>д) в т. 2.2 думите „(„медицинска радиология““ се заличават;</p> <p>е) точка 2.3 се изменя така:</p> <p>„2.3. Изисквания към броя и квалификацията на лекарите – прилагат се изискванията по т. 1.2.“; Възражение: Тази промяна също носи съществен риск , тъй като трето ниво на компетентност включва приложението на вече високоспециализирани и обемни като време на разчитане и пациентски график изследвания, което на практика е невъзможно да се осъществи от един специалист.</p> <p>ж) точка 2.4 се изменя така:</p> <p>„2.4. Броят на професионалистите по здравни грижи и немедицинските специалисти трябва да осигурява осъществяването на пълноценни здравни грижи в зависимост от</p>		
--	---	--	--

	<p>обема и сложността на извършваната дейност, като е препоръчително съотношението между броя на лекарите и броя на медицинските и немедицинските специалисти да бъде най-малко 1:2.“;</p> <p>з) точка 2.5 се изменя така: „2.5. Медицинските и немедицинските специалисти в структура от трето ниво на компетентност трябва да отговарят на изискванията по т. 1.4 – 1.8, като медицинската сестра/лаборант, работеща в структурата трябва да притежава сертификат за преминал курс (индивидуално обучение) по приложение на протоколите от този стандарт за трето ниво.“;</p> <p>и) точки 2.6, 2.7 и 2.8 се отменят. - Възражение: Отменянето на т 2.6 създава потенциално опасен прецедент спрямо правата на работещите с радиоактивни източници и поставя на пряк здравен риск персонала на клиниките по нуклеарна медицина. Отмяната на т.2,7 също ще резултира в опасни практики с висок пряк риск за здравето на пациента, персонала и лица от населението.</p> <p>4. В раздел VII, след т. 2.5 таблицата за съпоставимост на нивата на компетентност на структурите, които осъществяват дейност по нуклеарна медицина, се заличава.</p> <p>*****</p> <p>Уважаеми г-н Министър,</p> <p>Предлаганите в проектонаредбата промени вероятно целят подобряване на здравната услуга или достъпът до нея като макрорамка, но са абсолютно неприложими за високоспециализирана дейност като работата с открити радиоактивни източници в рамките на компетенцията на специалност Нуклеарна медицина, и считаме, че във вида в който са предложени ще доведат до рязко влошаване на качеството на медицинската услуга и носят пряк/физически риск за здравето на пациентите, на персонала и на странични лица от населението. Допълнително Ви информираме, че стандартът по Нуклеарна Медицина се нуждае от цялостна преработка, а не от промени „на</p>		
--	---	--	--

	<p>парче“ и че такава, цялостно преработена версия вече бе публикувана като проектонаредба и подложена на обществено обсъждане, приключило на 10/12/2020г, както е видно от сайтът на министерството. Уверени сме, че работата ни по този проект не е съзнателно negliжирана, но е недобър пример за липсата на градивна комуникация между здравните власти и работещите експерти и подценяване на експертния труд.</p> <p>Информация за Проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Нуклеарна медицина“ с период на обществената консултация: 11.11.2020 г. до 10.12.2020 г. Може да бъде намерен на сайта на МЗ. Становището на експертния съвет по НМ по този вариант е изпратено на akozareva@mh.government.bg на 09/12/2020, съобразно инструкциите.</p>		
<p>13. 26-00- 2191/07.07.2021 г. проф. Н. Габровски Експертен съвет по неврохирургия; Борд по неврохирургия към БЛС; Управителен съвет на Българско дружество по неврохирургия</p>	<p>След обсъждане на проекта за наредба, бихме искали да заявим, че при тежка, високоспециализирана, хирургична специалност, каквато е неврохирургията, отсъствието на минимални изисквания към броя специалисти, както и към нивата на компетентност на възлови за лечебния процес структури, като тези по образна диагностика и за анестезиология и интензивно лечение, би било в ущърб на качеството на лечебния процес. Напомняме, че тези изисквания бяха редуцирани неколккратно през последните години.</p> <p>Допълнително редуциране на броя специалисти може да се обмисли, но пълното отпадане на изисквания ще се отрази негативно на качеството на здравната услуга с произтичащите от това рискове за пациентите.</p>	<p>Не се приема</p>	<p>В случая се премахват само чисто количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивото на компетентност. Наличните изисквания за допълнителната квалификация на лекарите и останалите медицински и немедицински специалисти, както и за обема на осъществяваната</p>

			дейност в зависимост от нивата на компетентност в болничната помощ, в съчетание с изискванията към наличната медицинска апаратура и оборудване остават и са достатъчни за да осигурят качеството на изпълняваната медицинска дейност.
14.92-Ф-70/07.07.2021 г. Мая Илиева, Синдикат на българските медицински специалисти	<p>Както всички знаете от две години медицинските специалисти протестира за по-добри условия на труд и адекватно възнаграждение. Наясно сме, че за краткия период на служебното правителство не могат да се очакват каквито и да било генерални промени. Очаквахме, след проведените срещи от страна на Министъра с БЛС и НЗОК да бъде осъществена среща и със Синдиката на българските медицински специалисти, за да бъде чута и друга гледна точка / след подадено писмо към МЗ с Вх. № 41/07.Об.2021г. прилагаме копие/. В крайна сметка в системата на здравеопазване съществуват и други специалисти освен лекари и зъболекари, като всяка една има своите конкретни компетенции, образование и специфика!</p> <p>Конкретно изразяваме нашето НЕсъгласие с предложението на служебния министър д-р Кацаров във връзка с отпадането на медицинските стандарти и промяна в броя на медицинските сестри!</p> <p>Според него, това ще намали разходите за персонал и ще даде възможност на работодателите сами да преценяват от колко медицински специалисти имат нужда в зависимост от натовареността. За съжаление последните 20 години в здравеопазването, ние бяхме оставени на благоволенieto на точно тези работодатели. НЕГЛИЖИРАНЕТО на липсата на</p>	Не се приемат	Изразява се общо несъгласие. Липсват конкретни предложения. Премахнат се чисто количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ, установен в зависимост от нивото на компетентност.

<p>кадри, ни доведе до положението, в което се намираме в момента а именно липсват над 30 000 медицински специалисти в системата!!! Благодарение на тях станахме донор на кадри за чужбина! През всичките тези години разчитахме на благоразположението на работодатели, кметове на общини и директори на болници, на тяхното субективно мнение, ако изобщо бивахме забелязвани като съсловие / в повечето случаи третиранни като част от интериора, но не и като специалисти със съответните компетенции и образование/. Затова считаме, че след тези двадесет години власт, съсредоточена само и единствено в работодателя БЕЗ съответните стандарти и законови НОРМИ, няма как да доведе до нищо добро. Според нас това е опит да бъде „УЗАКОНЕНА ” и сега действащата незаконна практика да съществуват предимно частни болници, които нямат нужният брой медицински специалисти за извършване на дейностите, КОИТО са разкрили заради скъпите клинични пътеки.</p> <p>От години, за да бъдат изпълнени стандартите се назначават САМО по документи лекари — специалисти, които дори НЕ стъпват в тези лечебни заведения, но за сметка на това получават плащания за това, че ползват дипломите им, за да съществува съответното звено и така източват НЗОК. Пример-частната болница в гр. Пещера на д-р Тиков, която беше разследвана по наш сигнал от прокуратурата и надлежно входиран при двама министри г-н Ананиев и д-р Ангелов остана без реакция, / в МЗ с вх 94.4665/26.08.20г/.</p> <p>Когато липсват стандарти, ще бъде спазен само минимумът и едва ли някой работодател / в повечето случаи БЕЗ медицинско образование, а ИКОНОМИСТ/ при минимум изискване от една медицинска сестра, ще назначи и плати на две, което ще е разход на търговското дружество /каквито са всички болници в България/. Също така за да не се отнемат лицензи на болници, които се раздават с „широки пръсти“ от МЗ и да НЕ се закриват БОЛНИЦИ, заради липса на медицински специалисти, най-лесно е да премахнеш изискванията</p>		
--	--	--

НЯМА СТАНДАРТИ - НЯМА ПРОБЛЕМ! но няма проблем... за частните болници ,които ще продължават да никнат, като „гъбки” с благословията на МЗ, а проблема ще остане за „лудите“ работещи в системата и „ горките” пациенти.

Какво означава това?

Това означава, че ще действа принципа на “естествения подбор”, при един лекар и една сестра на смяна /никой работодател няма да плаща на повече, когато НЯМА изискване за брой специалисти/, на сутринта, който оцелее... .защото, апаратурата не обгрижва пациентите! Защото, ЕДНА медицинска сестра на 50 болни, което беше масова практика по време на пандемията е вероятната причина за отчетената висока Смъртност според нас. Друг често срещан вариант е една сестра да работи на две отделения, дори БЕЗ лекар, което е ПРЕСТЪПЛЕНИЕ и никакви изявления от типа “намаляване на разходите” не могат да бъдат водещи. Наближава денят X, когато един анестезиолог ще притичва между 3 операционни зали /не, че и сега не го правят/, но с тази промяна ще си е законно. Законно ще раждаме без акушерка, а болните в отделенията ще се обслужват едни други. **НЯМА КАЧЕСТВО НА ОБГРИЖВАНЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ, БЕЗ СТАНДАРТИ! ! !**

За да има качество, трябва да има медицински специалисти, а за да има медицински специалисти, трябва да има безопасни условия на труд и адекватно възнаграждение!

В този ред на мисли отпадането на медицинските стандарти ще доведе до заличаване професията на медицинската сестра. В системата ще останат да работят само болногледачи, доброволци и студенти по медицина, а това не са регулирани от държавата професии. Регулацията е КОНТРОЛ и НАДГРАЖДАНЕ! Не може както предлагате, „които, каквото си прецени”!

Иначе е чудесно, че пациента трябва да бъде в центъра на здравеопазването, но по отношение на КАЧЕСТВО на получаваната грижа, а не водещо да бъде ”Парите следват пациента”, което ще ни даде по много от същото, а именно условия за документални измами, фалшиви диагнози, надписване

	<p>на клинични пътеки, създаване на структури за лечение на групи заболявания, където има пари /кардиохирургия, неврохирургия, инвазивна кардиология/ за сметка на други, където такива липсват /реанимация, инфекциозно, детско, психиатрия... /</p> <p>По този начин парите в системата ще стават все повече, но от това няма да се повиши качеството на обгрижване, нито здравето на хората ще се подобри.</p> <p>Уважаеми господа, има още много проблеми, които да коментираме и с което убедени сме, че можем да бъдем полезни, за да запазим малкото останали специалисти в системата и да изградим една нормална, добре функционираща здравна система, която да е полезна за своите пациенти.</p> <p>Всичко зависи от ВАШАТА ДОБРА ВОЛЯ И ЖЕЛАНИЕ!</p> <p>Становището на Синдикат на българските медицински специалисти категорично съвпада с това на съсловната организация БАПЗГ и Асоциация на българските медицински сестри /т.е всички законно регистрирани организации представляващи медицинските сестри в България/, което означава, че Наредбата трябва да бъде преразгледана по отношение на броя медицински сестри, ако те имат място в системата на здравеопазването и са важни за Вас!</p>		
<p>15. 15-00-210/08.07.2021 г Асоциация на българските медицински сестри председател Мая Илиева</p>	<p>НРД е договор! Договор между страни - НЗОК и тези, които извършват дейностите по ПРОФЕСИИ (НЕ само лекари и зъболекари)!!! Затова са определени по право като РЕГУЛИРАНИ (контролирани) професии!!! Само правоспособен лекар е в състояние да контролира по отношение на качеството на ИЗВЪРШЕНАТА ДЕЙНОСТ друг лекар ПО ПРИЕТИ ПРАВИЛА от съсловието на лекарите. Останалите нито знаят, нито разбират, нито имат право! Така е за всички останали РЕГУЛИРАНИ ПРОФЕСИИ от сферата на здравеопазването! Докато не се приложи Международната стандартна класификация на професиите SCO</p>	<p>Не се приема</p>	<p>Изразява се общо несъгласие. Липсват конкретни предложения. Премахнат се чисто количествените изисквания към брой на персонала, работещ по отделните медицински специалности/дейности в лечебните заведения за болнична помощ,</p>

	<p>08 утвърдена, като европейски стандарт чрез Регламент(ЕО) №1022/2009г.(ОВ, L283 от 30 октомври 2009г.) и Препоръка 2009/824/ЕО на Комисията от 29 октомври 2009 г. относно използването на Международната стандартна класификация на професиите (SCO 08) в държавите - членки на Европейския съюз със ЗАПОВЕД РД 01-931 от 27 декември 2010г. на министър Тотю Младенов, КОНТРОЛЪТ на дейностите в сферата на здравеопазването е МИРАЖ!</p> <p>Всички други физически и юридически лица по право не са компетентен орган да дават становище още по малко да контролират ДЕЙНОСТИ, ПО КОЯТО И ДА Е РЕГУЛИРАНА МЕДИЦИНСКА ПРОФЕСИЯ!!! Тяхната ОЦЕНКА е за качество на ОТНОШЕНИЕТО - вниманието, отделеното време, благата дума, „нежния поглед“ и т.н., но не и за дейността по медицинската професия!</p> <p>Изводи: Който и да е Министър на здравеопазването - определен по националното законодателство да „регулира“ (контролира) качество на дейности по медицинска професия без съответната правоспособност по професията и без съгласуването на компетентен орган-съсловна организаци по професията(ПО НАПИСАНИ ОТ НЕЯ ПРАВИЛА – НАЦИОНАЛНИ СТАНДАРТИ) рискува , живота и здравето на пациентите!!!</p> <p>Компетентен орган ли е министъра на здравеопазването, посочен като такъв в националното законодателство ПО ВСЯКА ЕДНА ПРОФЕСИЯ???</p> <p>Не е ли негова отговорността и задължението, като експерт по организация и управление да потърси съгласуваност от представители на всички професии в системата на здравеопазването, С КОИТО ДА ОРГАНИЗИРА ИСТИНСКАТА РЕГУЛАЦИЯ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО МЕДИЦИНСКИ ПРОФЕСИИ преди да заложи промяна в една или друга наредба???</p> <p>Количеството означава КАЧЕСТВО, тук е ролята на стандарта и никой не трябва да прави компромис с това!!!</p>		<p>установен в зависимост от нивото на компетентност</p>
--	--	--	--

	<p>Работодателят иска една и съща работа с по-малко персонал, за да има по-малко разходи за заплати, а персонала не трябва да прави компромиси и да се съгласява да нарушава тези стандарти, защото дори да се увеличи заплатата (в което се съмняваме, защото труда на медицинските сестри НЕ е остойностен), ще се увеличи работата и колкото и да има желание, няма да има физическата възможност да я изпълни въобще.</p> <p>В други сфери оптимизация, може да означава намаляване на персонал, но в здравеопазването, където важен е и си остава човешкият фактор, това е ГЕНОЦИД, защото на „карта“ са заложили живота и здравето на пациентите!!!</p> <p>Асоциация на българските медицински сестри, категорично се обявява ПРОТИВ премахването на стандартите и промените в наредбата!!!</p> <p>Оттук нататък при възникнал инцидент с пациент поради липсата на КАЧЕСТВО въз основа на промените в тази наредба, за да бъдат оптимизирани разходите за персонал от работодателите, ще бъде САМО ваша отговорност!!!</p>		
--	--	--	--

Д-Р ТОМА ТОМОВ
ЗАМЕСТНИК- МИНИСТЪР