

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени по време на общественото обсъждане на проекта на Наредба

за изменение и допълнение на Наредба № 3 от 06.10.2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“
/публикуван за обществено обсъждане в периода от 28.02.2024 г. до 29.03.2024 г./

Участник в общественото обсъждане	Предложение/Мнение	Приема/не приема предложението	Мотиви
<p>НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ЧАСТНИТЕ БОЛНИЦИ</p>	<p>I. ПЪРВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ: В § 1, т. 4, буква „а“ от Проекта на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 3 от 06.10.2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“, касаеща изискванията за мултипрофилно спешно отделение от II ниво на компетентност, да се направят следните промени:</p> <p>1. В „т.1.1 Анестезиология и интензивно лечение“, „т.1.2 Хирургия“, „т.1.3 Вътрешни болести“, „т.1.4 Кардиология“, „т.1.8 Неврология“, „т.1.9 Педиатрия“, „т.1.23 Образна диагностика“ и „т.1.24 Клинична лаборатория“ от таблицата, да се предвиди възможността дейностите по съответните медицински специалности да бъдат осигурени и <u>чрез достъп до външна структура.</u></p> <p>МОТИВИ: За да отговаря на изискванията за II ниво (най-ниското възможно) ниво на компетентност съгласно медицинския стандарт Спешна медицина, едно многопрофилно лечебно заведение следва <u>задължително да има собствени (т.е. разкрити) определените в т.3.1. структури</u>, които са общо 8 на брой, по следните медицински специалности:</p>	<p>I. Първо предложение: Не се приема.</p> <p>1. Не се приема.</p>	<p>1. Това са изискванията, които касаят лечебните заведения за болнична помощ, в които се разкрива мултипрофилно спешно отделение от II ниво на компетентност. Изискването е за мултипрофилност на отделението с оглед осигуряване и на мултипрофилност на обслужването на спешния пациент не само на територията на спешното отделение, но и незабавно последнащо обслужване на пациента със спешно състояние в болнична структура по съответната медицинска специалност. Обслужването трябва да</p>

	<p>анестезиология и интензивно лечение, хирургия, вътрешни болести, кардиология, неврология, педиатрия, образна диагностика и клинична лаборатория. Ако лечебното заведение не разполага с посочените структури, то не би могло да покрие изискванията и да има спешно отделение, дори от най-ниско ниво на компетентност. Залагането на задължителни собствени структурни звена е в пряко противоречие с нормите на Закона за лечебните заведения. Съгл. чл.9, ал.2 от ЗЛЗ, болниците биват два вида - многопрофилни и специализирани. Съгласно дефинициите дадени в чл.23, ал. 1 и ал.2 от ЗЛЗ - многопрофилната болница е лечебно заведение, което има отделения/клиники най-малко <u>по две медицински специалности</u>, а специализираните — <u>само по една мед.специалност</u>. Повече от очевидно е разминаването между изискванията на Медицинския стандарт Спешна медицина и ЗЛЗ. След като законът позволява да има многопрофилни Болници с отделения по само две специалности и специализирани болници само с една специалност, то не може с подзаконов нормативен акт да се въвеждат изисквания за още задължителни структурни звена — и то 8 на брой!!!! Така, на практика ВСИЧКИ болници, които не разполагат с 8-те изискуеми по стандарт отделения, <u>няма да могат да имат спешно отделение</u>, въпреки че разполагат със структури по съответните медицински специалности, за които имат разрешение за дейност и в които са осигурили ресурси, 24 часов режим на работа, лекарски екипи и съответното апаратурно и организационно осигуряване, за да посрещнат лечението на пациенти в спешно състояние. Спешното отделение на една многопрофилна болница следва да обезпечават нуждите на отделенията разкрити в болницата, поради което стандарта следва да предостави на лечебните заведения възможност да поддържат спешно отделение за</p>		<p>е сигурно и организирано за условията на спешност, което означава безотказно и незабавно, при непрекъснатост на медицинската грижа. В този смисъл не може да се очаква организиране на мултипрофилно спешно отделение в лечебно заведение, в което съответните болнични структури не са разкрити и не се осъществява медицинска дейност в болнични условия по съответната медицинска специалност с възможно най-голям обхват и обем, осигуряващ болнична грижа за максимален брой спешни състояния в обхвата на дадената медицинска специалност. В продължение на горното не би било приемливо именно основните за мултипрофилното спешно отделение дисциплини да бъдат осигурявани от други лечебни заведения в условията на сключени договори. Спешността изисква най-високата възможна степен на осигуреност за незабавно действие, а именно собствена структура с достатъчен капацитет, налична в болницата. Осигуряването от други лечебни заведения се характеризира с по-нисък интензитет на гарантираност от страна на лечебното заведение, поддържащо функциониращото мултипрофилно спешно отделение. Въпреки това и при преценка на базовите дисциплини, без които,</p>
--	---	--	--

	<p>структурите, с които разполагат. По този начин ще се гарантира и то в най-пълна степен достъпът на пациентите до навременни, качествени и квалифицирани диагностично-лечебни дейности в условията на спешност. При спешни състояния най-критичният фактор е времето до предприемане на подходящите медицински дейности и в тази връзка осигуряването на възможност за разкриване на функциониращи спешни отделения във всички лечебни заведения за болнична помощ ще позволи на болниците да предоставят на гражданите не само по-добро медицинско обслужване, но и по-навременна медицинска помощ в най-близкото място до събитието или инцидента. Медицинският стандарт по Спешна медицина не следва да създава нормативни пречки пред лечебните заведения да разкрият, респ. поддържат спешно отделение, а напротив — следва да способства лечебните заведения да разкрият спешно отделение, което да обслужва медицинските специалности, които се осъществяват в дадено ЛЗ. В тази връзка, залагането на изисквания за определени „собствени” на лечебното заведения структури са ограничаващи. Още повече, разпоредбата на чл.23 от Наредба 49/18.10.2010г. на МЗ изрично предвижда възможността пациент, при който в хода на диагностиката и лечението се установи необходимост от определен обем спешна медицинска помощ, която не може да бъде осъществена в лечебното заведение, да се преведе своевременно в друго лечебно заведение, което може да осъществи тази дейност.</p> <p>Отделно някои от структурите, които се изискват съгласно стандарта са неизпълними, а други — дори излишни.</p> <p>Такъв е случаят в изискването за <u>клинична лаборатория и лаборатория по микробиология</u> — известно е, че много лечебни заведения за болнична помощ имат разкрити на територията си такива</p>		<p>осигурени при най-висок интензитет на гарантираност, не може да бъде организирано мултипрофилно обслужване на спешния пациент, с проекта все пак са облекчени изискванията, а именно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в т. 1.7. „Ортопедия и травматология“ и т. 1.25 „Лаборатория по микробиология“ се дава възможност това да бъде собствена сруктура или да бъде осигурена денонощна консултативна помощ и достъп до външна структура; - в т. 1.11 „Клинична токсикология“ и т.1.14 „Детска хирургия“ е предвидена опция дейностите да бъдат осигурени и чрез достъп до външни услуги; - отпада изискването за наличие в лечебното заведение за болнична помощ на структура по специалността „Съдебна медицина“ (т. 1.28).
--	---	--	---

	<p>лаборатории, които обаче не са част от структурата на самите лечебни заведения. На практика това изискване е или неизпълнимо или води до „дублиране” на едни и същи структури на територията на едно лечебно заведение. Още повече, известен е дефицитът на лекари с посочените специалности. Дори при подписване на националните рамкови договори, НЗОК и БЛС отчитат тези обстоятелства, като алгоритмите на клиничните пътеки предвиждат когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория да осигури същата по договор с друго ЛЗ, като единственото изискване, което се поставя е лабораторията да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. Що се касае за микробиологичната лаборатория — клиничните пътеки изискват тя да е осигурена на територията на областта!!!! Нещо друго, поставянето на изискване в стандарта за наличие на лаборатория по микробиология е излишно и неоправдано — микробиологичните изследвания изискват минимум 2-3 дни за обработка, през което време пациентът вече ще е напуснал спешно отделение.</p> <p>2. В т.3.1., в частта Забележката под таблицата, касаеща структурата по трансфузионна хематология в „т.3.3.Изисквания за профилирани спешни отделения по специалности от III-то ниво на компетентност“, предвиденото III-то ниво да се замени с II-ро ниво на компетентност, като се направят следните изменения:</p> <p>„Забележка:</p> <p>*Допуска се само при договор със структура по трансфузионна хематология от II-ро ниво на компетентност на територията на областта или РЦТХ/НЦТХ.”</p>	<p>2. Не се приема.</p>	<p>2. Изисква се договор със структура по трансфузионна хематология с III-то ниво на компетентност – така се спазва разпоредбата на медицинския стандарт по трансфузионна хематология, съгласно който в структура по трансфузионна хематология от III-то ниво на компетентност се извършват подбор на донори и вземане на кръв и кръвни съставки, а също и поддържане на резерв от кръвни съставки, докато в структури от II-ро ниво на компетентност се извършват само</p>
--	---	-------------------------	---

	<p>Съгласно проекта на Наредба за изменение и допълнение на медицински стандарт по Спешна медицина, дейността по специалността трансфузионна хематология трябва да бъде осигурена или чрез собствена структура от най-малко II-ро ниво на компетентност или чрез достъп до външна структура, за която обаче се поставя изискване тя да бъде от III-то ниво на компетентност на територията на населеното място или РЦТХ/НЦТХ. Така поставеното изискване е на практика неизпълнимо, тъй като на теорията на редица населени места няма нито разкрита структура по трансфузионна хематология (или същата е с по-ниско от III-то ниво на компетентност), нито има РЦТХ, но има лечебни заведения за болнична помощ, които обслужват населението, респ. е налице необходимост от функциониращо спешно отделение. НЦТХ е ситуиран в София, а към настоящия момент има едва четири РЦТХ - в Пловдив, Стара Загора, Варна и Плевен, които покриват твърде малка част от страната. Същевременно в редица области на страна като Благоевград, Велико Търново, Видин, Враца, Габрово, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Пазарджик, Перник, Разград, Силистра, Сливен, Смолян, Търговище, Хасково и Ямбол няма разкрити структури по трансфузионна хематология, които да са от изискуемото III-то ниво на компетентност. Това, от своя страна лишава болниците в тези области от възможността да поддържат структура по спешна медицина.</p> <p>Отделно от изложеното, смисълът изобщо да се изисква осигуряването на структура по трансфузионна хематология е обезпечаването на лечебното заведение с кръв и кръвни съставки. От своя страна, чл.15 от ЗККК постановява, че взимането на кръв и кръвни съставки се организира и извършва от централните по</p>		<p>дейности по промоция, организация, набиране и задържане на кръводарители; съхранение и експедиция на кръвни съставки; извършване на имунохематологични изследвания на пациенти и подбор на кръв и кръвни съставки за всеки конкретен пациент.</p> <p>Не без значение е и факта, че структура по трансфузионна хематология от II-ро ниво на компетентност може да получава кръв и кръвни съставки за задоволяване нуждите на лечебното заведение, в което е разкрита, но не може да предоставя кръв и кръвни съставки на друго лечебно заведение. Съгласно Наредба 18 от 2004 г. за условията и реда за извършване на диагностика, преработка и съхранение на кръв, кръвни съставки и качеството на кръвта от внос – чл. 24 и чл. 25, преработването на кръв и кръвни съставки за клинично приложение се извършва само в центрове за трансфузионна хематология, които предоставят обработени кръв и кръвни съставки на лечебните заведения.</p>
--	---	--	---

	<p>трансфузионна хематология, от МБАЛ в чиято структура има отделение по трансфузионна хематология и от ВМА. Съгласно медицинския стандарт по трансфузионна хематология, ОТХ могат да се разкрива само към областните МБАЛ. Това на практика ограничава всички останали лечебни заведения за болнична помощ от разкриването на подобна структура, а от там и на спешно отделение.</p> <p>II. ВТОРО ПРЕДЛОЖЕНИЕ Въвеждане на възможността за разкриване на Спешно отделение от I-во ниво на компетентност:</p> <p>1. В глава IV, раздел I, в т.2.2.1.3. от медицинския стандарт, след думите „осъществява дейността си на“ да се добави „I” и текстът да придобие следното съдържание:</p> <p>„т.2.2.1.3. “Мултипрофилното спешно отделение осъществява дейността си на I, II и III ниво на компетентност, определени съгласно изискванията на раздел III на тази глава.“</p> <p>2. В глава IV, раздел I, в т. 2.2.2.1 от медицинския стандарт, след думите „спешния болничен комплекс“ да се добави: „или да осигурят договори със съответните структури/специалисти” и текстът да придобие следното съдържание:</p> <p>„т.2.2.2.1. Многопрофилните лечебни заведения за болнична помощ, които не могат да разкрият мултипрофилно СО поради липса на разкрити</p>	<p>II.Второ предложение: Не се приема.</p> <p>1. Не се приема.</p> <p>2. Не се приема.</p>	<p>По т. 1 и т. 2 - Текстът в т. 2.2.1.3. касае мултипрофилно спешно отделение, а то осъществява дейността си на II и III ниво на компетентност. Въвеждането на I ниво на компетентност е без практически смисъл, предвид допустимото изключение в т. 2.2.2.1.</p> <p>В т. 2.2.2.1. е посочено, че многопрофилните лечебни заведения за болнична помощ, които не могат да разкрият мултипрофилно СО поради липса на разкрити структури от спешния болничен комплекс, могат да създават профилирани спешни отделения за оказване на спешна медицинска помощ в обхвата на специалността "Спешна медицина" и в</p>
--	---	---	---

	<p>структури от спешния болничен комплекс или да осигурят договори със съответните структури/специалисти, могат да създават профилирани спешни отделения за оказване на спешна медицинска помощ в обхвата на специалността „Спешна медицина“ и в обхвата на спешния компонент на определена/и хирургична/и и/или терапевтична/и медицинска специалност.“</p> <p>3. В глава IV, раздел III от медицинския стандарт се създава нова точка 3.1 със следното съдържание:</p> <p>„т. 3.1 Изисквания за мултипрофилно спешно отделение от I ниво на компетентност:</p> <p>3.1.1 Минимален брой лекари-специалисти - в СО работи поне 1 лекар специалист по спешна медицина и/или анестезиология и интензивно лечение и/или други специалисти от профила на СБК.</p> <p>3.1.2. В спешно отделение работят лекари, осигуряващи един лекарски екип на 24чаров непрекъснат график.</p>	<p>3. Не се приема.</p>	<p>обхвата на спешния компонент на определена/и хирургична/и и/или терапевтична/и медицинска специалност.“</p> <p>Във връзка с предложението за осигуряване на структури и специалисти по договор, както е посочено и по предходното предложение, спешността изисква най-високата възможна степен на осигуреност – собствена структура, налична в болницата. Осигуряването по договор от други лечебни заведения се характеризира с по-нисък интензитет на гарантираност от страна на лечебното заведение, поддържащо функциониращото спешно отделение.</p> <p>По т. 3 и т. 4 - Съгласно глава IV, раздел III, т. 2. Специализираните спешни болнични центрове по определени специалности, които осъществяват спешна медицинска помощ, нямат самостоятелно ниво на компетентност съгласно изискванията на този стандарт, но са задължени да изпълняват изискванията за ниво на компетентност за профилираните спешни отделения за съответната медицинска специалност. В този смисъл не е</p>
--	--	-------------------------	--

	<p>3.1.3. Минимален обем дейност - СО обслужва минимум 1000 пациенти за 1 календарна година.</p> <p>3.1.4. Компетентност - в СО се лекуват пациенти със спешни състояния, изискващи интензивни диагностични и терапевтични процедури.</p> <p>3.1.5. Минимална осигуреност с апаратура - СО разполага с ЕКГ монитори с неинвазивно измерване на АН, SpO₂; с регистриращо устройство за основните показатели – 4 бр., от които поне 1 за следене на параметрите на външното дишане, дефибрилатор - 1 бр.; ЕКГ апарат 1 бр., стационарен респиратор 1 бр., транспортен респиратор, перфузори - 4 бр.</p> <p>3.1.6. СО I ниво ползва капацитета на лечебното заведение, което отговаря на следните условия:</p> <p>3.1.6.1. да притежава следните функциониращи болнични лечебни структури по следните специалности: анестезиология и интензивно лечение; обща хирургия; вътрешни болести; кардиология; неврология, акушерство и гинекология; ортопедия и травматология; 10 % от легловия фонд на всяка от посочените структури осигурява на функционален принцип работата на спешния болничен леглови комплекс.</p> <p>3.1.6.2. да притежава операционен блок; да е осигурило дейностите по клинична лаборатория, микробиологична лаборатория и образна диагностика..</p> <p>3.1.6.3. да притежава необходимия брой лекари-специалисти по гореупоменатите специалности, медицински специалисти и обслужващ персонал, както и необходимата апаратура и оборудване съгласно утвърдения медицински стандарт по съответната специалност.</p> <p>3.1.6.4 да осигурява денонощен режим на работа на съответните специалисти, техника и оборудване.</p>		<p>налице необходимост от въвеждане на предлаганото I ниво на компетентност.</p> <p>С оглед аргументите във връзка с приема следва да се отбележи, че съгласно чл. 20, ал. 1 от 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, приемът на пациенти, насочени от лечебни заведения за извънболнична помощ и от центрове за спешна медицинска помощ, или на самонасочили се пациенти се осъществява в консултативно-диагностичния блок чрез консултативните кабинети или чрез спешното отделение.</p> <p>Цитираните в предложението реални възможности на лечебните заведения за болнична помощ и кадровия дефицит са съобразени в сега действащата Наредба № 49, като с нея се дава възможност в лечебни заведения, в които липсва разкрито спешно отделение, хоспитализацията на самонасочили се пациенти или такива, насочени от ЦСМП да се извършва от консултативно-диагностичния блок на болницата. Съгласно чл. 3, ал. 1, т. 4 от Наредба № 49 лечебните заведения за болнична помощ осъществяват</p>
--	--	--	---

	<p>3.1.6.5. да има утвърдени от ръководителя на лечебното заведение правила за структурата и организацията на дейността на структурата.</p> <p>4. В глава IV, раздел III от медицинския стандарт досегашните точки 3.1, 3.2 и 3.3 стават 3.2, 3.3 и 3.4.</p> <p>Мотиви: Изискванията за II и III ниво на компетентност — относно наличието на <u>определени болнични структури в лечебните заведения за болнична помощ, осигуреността с медицински специалисти, капацитета и архитектурно-инфраструктурната среда</u> на спешното отделение, <u>не са съобразени с реалните възможности на лечебните заведения и с кадровия дефицит на специалисти по много от изискваните специалности</u>, в т.ч. и по специалността „Спешна медицина“. За лечебните заведения и към настоящия момент е невъзможно да отговорят на предвидените нива на компетентност, поради редица фактори — липса на финансов ресурс, липса на кадрови капацитет и други — всеобщи гречки, за които няма реална възможност за преодоляването им. Същевременно, съгласно чл.20, ал.2 от Наредба №49/18.10.2010г. приемът на пациенти се осъществява <u>чрез една от двете структури</u> — чрез консултативните кабинети в КДБ или чрез спешно отделение (аналогичен текст е възпроизведен и НРД). Отделно, чл.19а, ал.3 от</p>	<p>4. Не се приема.</p>	<p>дейността си при спазване правата на пациента и 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>Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ също предвижда преценката относно необходимостта от хоспитализация при самонасочили се пациенти в условията на спешност да се извършва от ЦСМП или от лекар в структура за спешна медицинска помощ, в зависимост от това къде се е самонасочил пациентът (т.е. <u>единствената възможност за приемане на пациент самонасочил към ЛЗБП е чрез СО</u>).</p> <p>Предвид цитираните текстове от Наредба 49/2010г. и Наредбата за право на достъп до медицинска помощ, наличието на функциониращо спешно отделение е на практика задължително структурно звено, за да бъде осъществяван спешен прием на пациенти в болниците. Заложените в стандарта изисквания обаче затрудняват лечебните заведения, които не разполагат със спешно отделение, т.к. не покриват изискванията за II и III ниво, и на практика са неизпълними. Изискванията за разкриване и поддържане на СО следва да са реално изпълними от лечебните заведения, като това може да бъде постигнато със залагането на I-во ниво на компетентност, каквото съществуваше преди приемането на настоящия медицински стандарт на 27.10.2017г.</p> <p>Стандартът следва да предостави възможност на многопрофилните болници да поддържат отделение по Спешна медицина от I-во ниво на компетентност, което <u>да</u> <u>обезпечава</u> <u>нуждите</u> <u>на</u> <u>отделенията,</u> <u>разкрити</u> <u>в</u> <u>болницата,</u> без да са необходими нови структури, нови специалисти и редица други неосъществими изисквания и чрез което да се осъществява приема на пациенти към стационарния блок на ЛЗ.</p> <p>Не на последно място, разкриването на спешни отделения към повече болници ще облекчи работата на спешните екипи. Медицинските специалисти ще</p>		
--	---	--	--

	<p>работят в по-спокойна среда и това би довело и до намаляване на агресията в СО. Отделно, ще се осигури по-бърз и безпрепятствен достъп на населението до специализирана болнична медицинска помощ, което ще доведе до по-голяма резултатност на провежданото лечение и в крайна сметка до по-качествена медицинска услуга на пациентите.</p> <p>III. ТРЕТО ПРЕДЛОЖЕНИЕ</p> <p>Отпадане на изискванията към архитектурноинфраструктурната среда на Спешно отделение:</p> <p>1. В глава IV, раздел Раздел IV от медицинския стандарт - Изисквания към архитектурно-инфраструктурната среда на СО, се отменя.</p> <p>МОТИВИ:</p> <p>Здравните изисквания към структурите в лечебните заведения, в т.ч. и спешно отделение, са посочени в Приложение №1 на Наредба №49/18.10.2010 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, поради което и повторното им разписване в настоящия медицински стандарт е излишно.</p> <p>Освен това, изискванията към архитектурно-инфраструктурната среда на СО са изключително и ненужно завишени. Макар в стандарта да няма изисквания за задължителна площ на отделението и зоните в него, са разписани редица изисквания за</p>	<p>III. Трето предложение: Не се приема</p>	<p>Тези изисквания по стандарта са въведени за неговите нужди и в този смисъл са специални. Евентуалното им изменение изисква експертно становище и обществено обсъждане, поради което при преценка за необходимост от промени въпросът може да бъде разгледан в самостоятелен проект.</p>
--	--	---	--

конкретен брой зони за преглед, лечение, консултации и наблюдение и други помещения, които няма как да се разкрийт при сегашните площи на функциониращите към момента спешни отделения. Индиректно стандартът принуждава осигуряване на значително по-голяма площ за спешно отделение от реално съществуваща в болниците и от действително необходимата. Запазването на тези изисквания налага сериозни строителни реконструкции на сега съществуващите СО, което в много лечебни заведения е технически невъзможно и неизпълнимо, а в тези, при които все пак има възможност от реконструкция, то това е свързано с големи финансови разходи. Ноторно известно е, че към настоящия момент дейността, осъществявана на лечебните заведения не се заплаща адекватно от страна на НЗОК и пред редица болници са налице сериозни финансови затруднения. Още по-сериозно е положението при частните лечебни заведения, при които предоставяната в спешните отделения медицинска помощ не се финансира от държавен или общински бюджет (отделно, попада извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, заплащани от бюджета на НЗОК). При това положение не е ясно от къде лечебните заведения следва да осигурят средства за подобна реконструкция на помещенията, респ. и свободна площ за тези структури.

Изразяваме увереност, че предложенията ни ще бъдат обсъдени и ще залегнат в проекта на Наредба за изменение и допълнение на медицинския стандарт по Спешна медицина. Считаме, че предложените промени са в интерес както на лечебните заведения с оглед нормалното им функциониране, така и на пациентите чрез осигуряване на достъпна и своевременна спешна

	медицинска помощ, особено в по-малките населени места.		
ЦСМПВ	<p>1. В § 1. Да отпаднат т. 5 и т. 6, поради неточност в дадените определения за хеликоптер (вертолет) и самолет.</p> <p>Мотиви: няма необходимост от поставяне на определение за видовете въздухоплавателни средства, с които ще се осъществява транспортирането. Те се регламентират в друга нормативна уредба и не касаят медицинската част от дейността на спешната медицинска помощ по въздуха.</p> <p>2. В т. 2.1.7.11., букви гг) от създаденото второ изречение да отпаднат думите „При възможност“ и текста да остане „Приемното лечебно заведение осигурява лекар с необходимата квалификация, който чрез комуникационната/телемедицинската система да подпомага транспортирания екип при специфична патология – педиатрична и неонатални пациенти, пострадали с термични травми, интоксикации и др.“.</p> <p>Мотиви: В предвиденият текст е дадена възможност на лечебното заведение на избор, но реално при осъществяване на въздушен транспорт и яснота по отношение на приемащото заведение, което е основен момент при реализирането на полет, необходимата медицинска консултация ще се предостави от необходимите специалисти на лечебното заведение, защото там ще бъде приет пациента и ще му бъде предоставена медицинска помощ. Ако се запази</p>	<p>1. Не се приема.</p> <p>2. Приема се.</p>	<p>1. Определенията се въвеждат за нужите на стандарта с оглед да очертаят най-общо разликата между двата вида уреден с него транспорт – с хеликоптер и със самолет, както и да въведат съгласуваност с нормативните актове в областта на транспорта с хеликоптер (вертолет).</p> <p>2. Отчита се, че медицинските екипи на ЦСМПВ са с висока професионална компетентност, в състава на които задължително участва лекар, и са преминали специално обучение за справяне с обичайните случаи на спешност, поради което предложението се приема в случаите на поискване от страна на екипа на ЦСМПВ.</p>

	<p>дадената възможност в случай на необходимост от консултация на авиомедицинският екип няма да има възможност за предоставянето ѝ в случай на отказ.</p> <p>3. В букви кк) текста да бъде променен така „При масови инциденти, бедствия и аварии.“, като отпаднат останалите пояснения.</p> <p>Мотиви: При възникнала необходимост от предоставяне на спешна медицинска помощ с въздушен транспорт при масови бедствия и аварии на пострадали хора екипите на ЦСМП и ЦСМПВ могат да бъдат активирани едновременно и на мястото на инцидента да реализират триаж на пациентите и да преценят състоянието им и нуждата от наземен или въздушен транспорт. Така по-бързо може да бъде оказана спешна медицинска помощ и възможността за спасяване на човешки животи и по-голяма. При поставени допълнителни критерии се ограничава възможността за активиране на въздушен транспорт.</p> <p>4. В букви щц), т. 3.4.5.1. след израза „се разрешава от Министерство на здравеопазването по искане“ да се добави думата „на“.</p> <p>и</p> <p>т. 3.4.5.2. думата „осигурява“ да се замени с думата „осъществява“.</p> <p>Мотиви: Възможността за реализиране на конферентна връзка между страните е реализирана чрез осигурената комуникационна свързаност с национална система 112. Координационната централа на ЦСМПВ може да използва предоставената ни възможност за</p>	<p>3. Не се приема.</p> <p>4. Приема се.</p>	<p>3. При масови инциденти, бедствия и аварии може да няма пострадали, което не налага участието на ЦСМПВ. Поради това е необходимо да останат поясненията и по този начин да се уточнят случаите на участие на ЦСМПВ.</p>
--	---	--	--

	<p>ползване на системата и да реализира такава конферентна връзка. Към момента ЦСМПВ не разполага със собствена система за свързаност и не може да осигури необходимата конферентна връзка.</p> <p>5. В букви ббб) да отпадне изречение второ, а именно: „При необходимост по решение на координационната централа на ЦСМПВ авиомедицинският екип може да придружи пациента в линейката до приемащото лечебно заведение за болнична помощ“.</p> <p>Мотиви: В така предложеният текст се дава възможност на авиомедицинският екип да придружи пациента до приемащото лечебно заведение за болнична помощ, но тази възможност реално е неприложима поради липса на втори екип, който да поеме дежурството на хеликоптера. Логистично дейността по наземен транспорт се реализира от ЦСМП с необходимия медицински екип, който да осигури медицинската помощ на пациента с необходимата апаратура. Ако се налага наземен транспорт до лечебното заведение в град, различен от града на оперативната база, авиационният екип следва да бъде върнат в базата с наземен транспорт след предаването на пациента на лечебното заведение и това би отнело изключително много време, което няма да бъде осигурено с екип, който може да окаже спешна медицинска помощ с авиационен транспорт на нуждаещ се пациент.</p>	<p>5. Не се приема.</p>	<p>5. При наличие на хеликоптерно летище в района на болничното заведение (МБАЛ „Св. Анна“, МБАЛ „Лозенец“), предаването на пациента трябва да става в приемното спешно отделение на болницата от екипа на хеликоптера.</p> <p>При отдалеченост на спешното болнично отделение предаването трябва да става по строго определен начин и място и подготвен посрещаш екип от ЦСМП или болничното заведение, с мерки за безопасност при подходане към хеликоптера координирано от Координационната централа на ЦСМПВ.</p> <p>Пример: За района на хеликоптерно летище на МБАЛ „Св. Екатерина“ също е приемливо пациента да бъде ескортиран от екипа на хеликоптера до болничните заведения, намиращи се на не повече от 5 минути транспорт от хеликоптерното летище. По този начин ще се избегне неколкостепенното препредаване на пациента от въздушния екип към посрещания екип от МБАЛ „Св. Екатерина“ към екип от ЦСМП и след това към спешното отделение на болничното заведение за лечение (Пирогов, ВМА,</p>
--	--	-------------------------	---

	<p>6. В раздел IVб да се поправи номерацията, както следва: 2.8. да стане 2.7., 2.9. да стане 2.8., 2.10. да стане 2.9. и 2.11. да стане 2.10.</p>	<p>6. Приема се.</p>	<p>Майчин дом, Инфекциозна, Педиатрия, др.). Затова разпоредбата следва да се запази, за да осигурява възможност за избиране на подход от ЦСМПВ.</p>
--	--	----------------------	--