



Peace ♥ Love

Emergency

♥ Medicine ♥

СТПЕШНА
МЕДИЦИНА -
А СЕГА
НАКЪДЕ ?

М.МИЛАНОВ

Стратегическа цел

Цялостно интензивно развитие на съществуващата доболнична и болнична спешна медицинска помощ (СМП) и постигане на качествена, навременна и достъпна спешна медицинска помощ.



КОЙ е пътят, по който една организация, институция или група от хора постига своите цели и реализира мисията си.



Настояща структура на СМП

Република България
Министерство на здравеопазването

28 центъра за СМП,
базирани в областните градове

198
филиала
на ЦСМП

327
мобилни
спешни екипа

30
транспортни
екипа

Общ щат – 7 113



Лекари – 1 146

Среден мед. персонал – 2 611

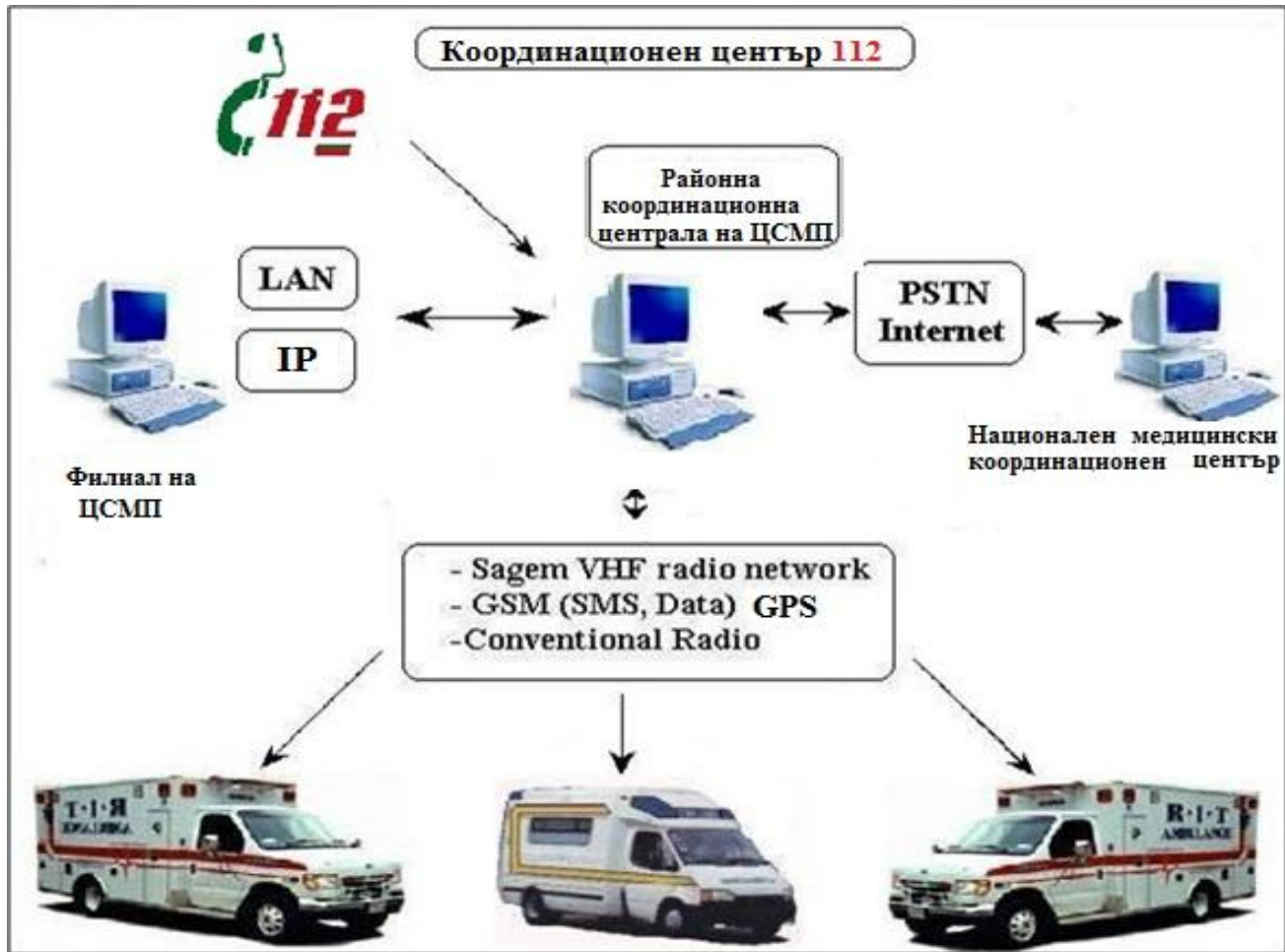
Шофьори – 2 268

Център за спешна медицинска помощ (ЦСМП) – структура

В структурата на всеки ЦСМП има:

- Районна координационна централа (РКЦ);
- мобилни спешни медицински екипи (реанимационни, лекарски, долекарски и транспортни);
- стационарни екипи във филиалите (по-голяма част от тях функциониращи нерегламентирано като спешни приемни отделения).

Координационен център 112



Спешна медицинска помощ – информационно-комуникационна система

- **стара** радио-комуникационна система „Сажем“
 - със собствени радиочестоти
 - резервен вариант (в много центрове не се поддържа)
- **новоизградена** през 2009 г. – за интегриране с Национална система за спешни повиквания с единен европейски номер 112
- **лошата свързаност** между Националната система 112 и РКЦ на центрoвете и значително затруднено приемането и прецизирането на спешните повиквания.

Болнична спешна медицинска помощ

- 1 функционално структурирано спешно лечебно заведение – УМАЛСМ „Н. И. Пирогов“
- 36 спешни отделения към областни и др. по-големи болници
- множество болници за активно лечение с различна собственост и финансов ресурс, но без обособени спешни структури

Защо **Стратегия** за развитие на спешната медицинска помощ 2014-2020 г.?

- незадоволително актуално състояние на системата за СМП
- повишени изисквания към дейността по оказване на СМП
- „Държавата организира и финансира система за оказване на медицинска помощ при спешни състояния“ (чл. 99, ал. 1 от Закона за здравето)

Стратегията включва:

- промени за стабилизиране на сега съществуващата доболнична спешна медицинска помощ
- изграждане на нов модел на спешна болнична медицинска помощ

Стабилизиране на съществуващата доболнична спешна медицинска помощ – как?

- Промяна на **нормативната база** за дейността на спешната медицинска помощ
- Обособяване на **многофункционални спешни приемни отделения** към спешните центрове и филиалите им
- **Интегриране на информационно-комуникационната система** на ЦСМП с тази на Националната система за спешни повиквания 112
- Замяна на радио-системата „Сажем” с присъединяване към комуникационната система на МВР – „Тетра”
- Внедряване в мобилните екипи на система за „Телемедицина”

Стабилизиране на съществуващата доболнична спешна медицинска помощ – как?

- Обновяването на наличния **автопарк** с 30% на всеки 2 до 3 години;
- Повишаване взаимодействието със структури, предлагащи специализиран **санитарен въздушен транспорт** и със структури, разполагащи с **плавателни съдове** за оказване на спешна помощ;
- Повишаване квалификацията на работещите в системата, чрез изграждане на **Национален център за продължително обучение**;
- Утвърждаване в Медицинските колежи на **профила „Спешна медицина“**.

**ПРОМЯНА В СТРУКТУРАТА НА
ДОБОЛНИЧНИТЕ ЕКИПИ**

**ЧРЕЗ ЗНАЧИТЕЛНО УВЕЛИЧЕНИЕ
НА
СПЕЦИАЛИСТИТЕ ЗДРАВНИ
ГРИЖИ ЗА СМЕТКА НА ЛЕКАРИТЕ**

**Ключовите моменти на пътят
са четири:**

- непрекъснатост на лечебно-диагностичния процес;**
- равенство на достъпа;**
- ешалониране;**
- непрекъснато допълнително държавно финансиране.**

Първите два касят пациентите, обект на спешната медицина, а вторите два касят системата за спешна медицинска помощ.



ПЪТЯТ включва единствено оптимизация и интензивно развитие на системата за спешна медицинска помощ, тъй като нейното екстензивно развитие приключи сравнително успешно преди повече от десетилетие, т.е. тук не може да се говори за реформа.

НЕПРЕКЪСНАТОСТ НА ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧНИЯ ПРОЦЕС

Необходимо е осигуряване на непрекъснатост на лечебно-диагностичния процес, през цялото време и по целия път на спешния пациент, от момента на инцидента и влизане в системата (вход при нужда от спешна медицинска помощ, досег до структура за спешна медицинска помощ или търсене на системата), до прекратяване на процеса по диагностика/лечение и излизане на пациента от системата.

Това изисква движение на спешния пациент в една функционална сфера, обхващаща в едно **ЦЯЛО** доболничната и болнична спешна медицинска помощ (СМП) със съответната структура, комуникации, лечебен процес и транспорт – спешният пациент е такъв от досега със системата до изхода от нея.

ГОТОВИ ЛИ СМЕ ЗА ТОВА?

Медицинско дефиниране на обекта на спешна медицинска помощ

Оформяне посредством ясни критерии
точна медицинска дефиниция на обекта
спешно болен в доболничната и
болничната сфера. Пътят за подобно
действие минава през коренна промяна и
преразглеждане на съществуващия
медицински стандарт.

ГОТОВИ ЛИ СМЕ ЗА ТОВА ?

Промяна в нормативната и документната бази

Разработване и приемане на *отделен медицински документооборот*, който ще осигури самостоятелност на спешния пациент, от влизане до излизане от системата, и същевременно ще бъде и основа за разделно финансиране и контрол.

ГОТОВИ ЛИ СМЕ ЗА ТОВА ?

Въвеждане на протоколи и алгоритми на поведение с описание на дейностите.

Въвеждане на уеднакви базови протоколи и алгоритми на поведение би спомогнало за имплементиране на строги правила за базални действия и грижи при спешния пациент. Въвеждането на протокол/алгоритъм на поведение при различните типове спешни пациенти дава възможност също и за **ОСТОЙНОСТЯВАНЕ** на услугата при извършване на съответната дейност.

РАВЕНСТВО НА ДОСТЪПА

Целта на непрекъснатостта на лечебно-диагностичния процес е да гарантира равенство на достъпа на спешния пациент до цялостната СМП във всичките ѝ етапи. Системата за СМП да гарантира равенство на достъпа в трите му части: **достъп на входа;** **достъп в процеса на активно лечение;** **достъп на изхода.**

Равенство на достъпа на входа.



Спешни приемни отделения (СПО).

ТОВА Е НАЙ-БОЛНАТА ЧАСТ НА СИСТЕМАТА,
КАДРОВО, ДОКУМЕНТООБОРОТ, ХОРИЗОНТАЛНИ
И ВЕРТИКАЛНИ ВРЪЗКИ.



Необходимо е

да бъде преоценено мястото и функцията на СПО, като в основата на предлаганата стратегия е **връщането** на СПО в състава на Центровете за Спешна Медицинска Помощ, като съставна част на цялостната доболнична и болнична СМ.

ГОТОВИ ЛИ СМЕ ЗА ТОВА ?

Равенство на достъпа по време на активното лечение.

В частта болнична СМП е необходимо създаването, дефинирането и институционализирането на функционален

Спешен Болничен Комплекс (СБК).



Координационна централа (КЦ).

ТРЯБВА незабавно да премахнем всички затруднения пред прекия достъп на търсещия спешна помощ през НССП 112 и въвеждане на критерии и протоколи за медицинска диспечерска дейност в КЦ.



150

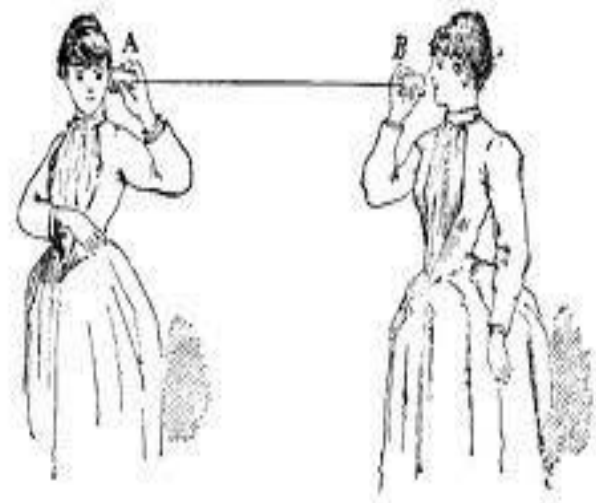


FIG. 76. Trådtelefon.

Центрове за Спешна Медицинска Помощ (ЦСМП).

ЕШАЛОНИРАНЕ

– 9 ДО 11 ЦСМП I-ВО НИВО, ЗАД КОИТО
СТОЯТ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ОСИГУРЯВАЩИ
90% БОЛНИЧНА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА
ПОМОЩ.

- ОСТАНАЛИТЕ II-РО НИВО, ЗАД КОИТО СТОЯТ
ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ОСИГУРЯВАЩИ 60%
БОЛНИЧНА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ.

Ешалониране на болничната спешна медицина.

НАЙ-ВАЖНО Е ДА ИНСТИТУЦИАЛИЗИРАМЕ

„Спешен Болничен Комплекс“
(СБК)

като болнична система за
мениджмънт на спешния пациент.
Това създава възможност за ясно
определяне на:

• **Структура** за извършване на
диагностично-лечебния процес при
спешни пациенти;

• **НИВОТО** на компетентност на СБК,
отделно от цялото лечебно заведение;

• относителна **самостоятелност** на
структурата по отношение на приходно-
разходната част;

• реално **разделение** на спешния от
плановия пациент.

Ешалонирането на спешната болнична помощ може да бъде структурирано на четири нива:

Първо ниво – 7 до 9 ЛЗ, разполагащи с необходимия капацитет от структури и кадрови ресурс, за извършване на над 90 % от необходимата спешна медицинска болнична помощ (дейности) – пред тях съществува разкрит авангард от ЦСМП първо ниво, включващ в структурата си СПО първо ниво и КЦ първо ниво. За големите човешки агломерати броя на тези звена изисква допълнение – За София 3-4; За Пловдив – 2; за Варна – 2 т.е. общо 11 до 13.

ВТОРО НИВО

Лечебни заведения, които разполагат с необходимия капацитет от структури и кадрови ресурс, за извършване на 60 % от необходимата спешна медицинска помощ (дейности) – пред тях съществува разкрит авангард от ЦСМП второ ниво, включващ в структурата си СПО второ ниво и КЦ второ ниво.

Специализирани лечебни заведения(структури) за оказване на Спешна медицинска помощ.

Специализираните лечебни заведения за спешна медицинска помощ (специализирани структури) се обособяват на **национално** ниво съобразно нуждите и здравната карта. Взаимоотношенията между различните нива, както по хоризонталата, така и по вертикалата, се решават чрез *нова нормативна уредба*.

Необходимо е определяне на специфични части вътре в структурата на всеки СБК на регионално ниво чрез създаване на:

Травма център; Метаболитен център; Кардиоцентър; Мозъчно - съдов „stroke” център

по национални критерии и нужди.

- Специализирана **Педиатрична** спешна медицинска помощ;
- Специализирана спешна медицинска помощ по **Изгаряния**;
- Специализирана **Детска** **хирургична** спешна медицинска помощ;
- Специализирана **Токсикологична** (отравяния) спешна медицинска помощ;

• Специализирана **Очна** спешна медицинска помощ;

• Специализирана **Ушно-носно-гърлена** спешна медицинска помощ;

• Специализирана **Психиатрична** спешна медицинска помощ;

• Специализирана **кардиохирургична** спешна медицинска помощ

***Национален
център по
Спешна
медицина***

- **Национален център по Спешна медицина –** естествен лидер и полигон за развитие на системата на СМП



Ще осигурява:

- непрекъснато, денонощно обслужване на спешни пациенти от цялата страна
- спешна консултативна помощ на други лечебни заведения в страната

Ще функционира като: стратегически методичен, консултативен, научно-практически, логистичен и квалификационен субект в системата на СМП

Ще бъде ангажиран с: продължаващо медицинско обучение на всички кадри от системата на спешната медицина

Ще бъде финансиран от: регламентирано и допълнително държавно финансиране

НЕПРЕКЪСНАТО ДОПЪЛНИТЕЛНО ДЪРЖАВНО ФИНАНСИРАНЕ.

Подобна промяна е крайно необходима и наложителна, въпреки относителната деликатност на темата и затруднения във формулирането на финансовия поток, следващ пътя на спешния пациент. Без влизането в действие на подобна мярка всяка стратегия е **ОБРЕЧЕНА !**

ДОБОЛНИЧНА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ (ДСМП)



Спешно Приемно Отделение



Необходимо е да бъдат оценени и съответно финансирани:

- **Реалната стойност** на медицинската услуга на всеки преминал пациент, опирайки се на дейностите по съответния протокол/алгоритъм и новосъздадения специфичен медицински документооборот/отчетни форми;

- **Реалната стойност** на разходите за издръжка на ЦСМП;

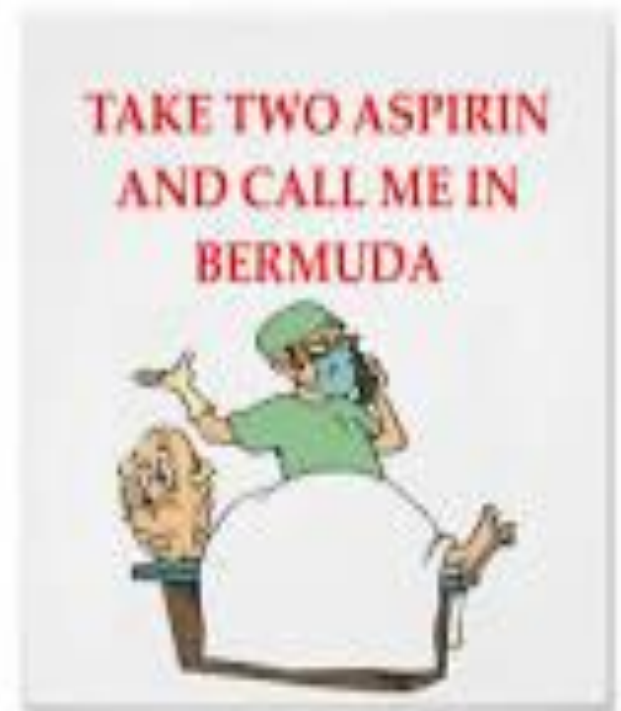
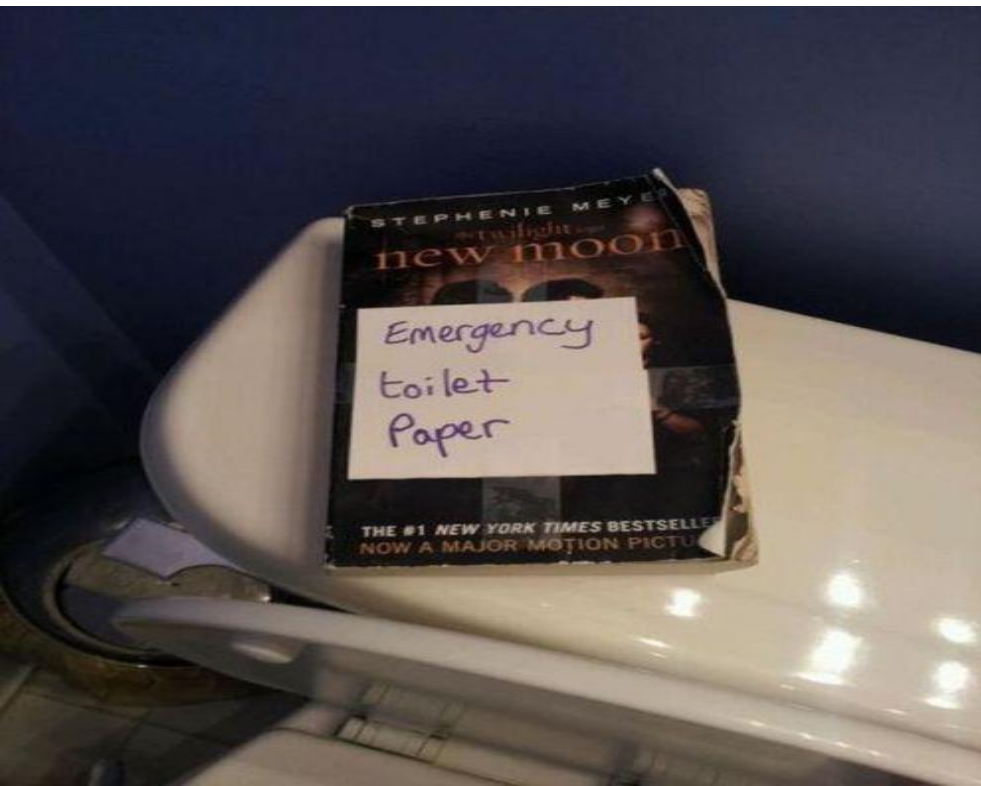
- **Реалната стойност** на разходите за дълготрайни материални активи, капитално строителство, апаратурна обезпеченост на СПО и ЦСМП - и т.н.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ПРИОРИТЕТИ НА СТРАТЕГИЯТА

*Надграждане, оптимизация и
цялостно модернизиране на
комуникационно-информационната
система за спешна медицинска
помощ*

*Изготвяне на задължителна
национална карта на системата
за спешна медицинска помощ*

ДНЕС МЕДИЦИНАТА И В ЧАСТНОСТ СПЕШНАТА СЕ РАЗВИВАТ СЪС СВЕТКАВИЧНИ ТЕМПОВЕ



ЗА РАЗЛИКА ОТ МЕДИЦИНАТА СИСТЕМАТА НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ НЕ СТОИ НА ЕДНО МЯСТО, А
ДАЖЕ ВЪРВИ НАЗАД. МЕЖДУ ДВЕТЕ В **Р БЪЛГАРИЯ**
ИМА ОГРОМНА ПРОПАСТ, КОЯТО ВСИЧКИ НИЕ СМЕ
ДЛЪЖНИ ДА ПРЕОДОЛЕЕМ.

ДНЕС И СЕГА



Когато Питагор открил основната си теорема...



принесъл в жертва сто вола.

Оттогава до ден днешен при всяко ново откритие говедата треперят.

БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО И ОБИЧАЙТЕ СПЕШНАТА МЕДИЦИНА

