**ДО**

**КИРИЛ АНАНИЕВ**

**МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**ОТ**

**„БЪЛГАРСКА БОЛНИЧНА АСОЦИАЦИЯ”**

**Относно: Предложение за изменения и допълнения към Проект на Наредба за утвърждаване на**

**Медицински стандарт „Акушерство и гинекология“**

**УВАЖАЕМИ Г-Н МИНИСТЪР АНАНИЕВ,**

прегледът на предложения за обсъждане Проект на Наредба за утвърждаване на Медицински стандарт „Акушерство и гинекология“ отчита сериозен труд в областта на акушерството и гинекологията, като в различните структурни елементи на документа добре са очертани и обсъдени мотивите, проблемите и предизвикателствата. Въпреки това Българска болнична асоциация предлага следните изменения и допълнения с оглед максимална ефективност и осигуряване на реално работещ в името на здравните специалисти и пациентите медицински стандарт.

**Специалност и субспециалности**

В Приложение към член единствен, ал. 1 на предложения Медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, Глава II „Профилирани области в специалността „Акушерство и гинекология“ се забелязва силно раздробяване на профилните области в специалността „Акушерство и гинекология“. Подобна структура не дава възможност за точна оценка на допълнителната квалификация и сертифицирането. В Глава I се чете „Повечето медицински дейности в АГ са хирургични“, а в обособените профилирани области липсва област „Тазова хирургия“. Смятаме, че специалността „Акушерство и гинекология“ е логично да бъде разделена на три допълнителни профилирани области или субспециалности – „Акушеро-гинекологична ендокринология“, „Тазова хирургия“ и „Майчино-фетална медицина“.

Гинекологична ендокринология

Гинекологичната ендокринология е в тясна връзка с ендокринологията като специалност от вътрешните болести и включва необходимостта от познания за детската гинекология, семейното

планиране и репродуктивното здраве с новите репродуктивни методи. Гинекологичната ендокринология и тясната връзка на тези проблеми с ендокринологията въобще ги обвързва в една профилирана област, в която специалистът ще може да бъде компетентен след своето обучение.

Тазова хирургия

Не малка част от акушер-гинеколозите се профилират като хирурзи, като някои от тях взимат и допълнителна специалност по хирургия или урология, или онкология, с което още повече задълбочават специалността си. В този смисъл смятаме, че втората субспециалност трябва да бъде тазова хирургия, включваща урогинекологията и онкогинекологията. В много страни точно така е разпределена помощта в акушерството и гинекологията с акушер-гинеколози, които са ориентирани предимно към **интерната** и ендокринологията и на второ място – с хирургията, с познания в урологията и онкологията.

Като допълнително уточнение мини инвазивната хирургия или роботизираната хирургия е частен случай на хирургията; практиката доказва, че без задълбочени познания в областта на конвенционалните хирургически методи в областта на малкия таз един специалист не може да се профилира като експерт в областта на с мини инвазивната хирургия.

Майчино-фетална медицина

Третата субпециалност би следвало да се дефинира като „Майчино-фетална медицина“, тъй като плодът и майката са свързани неразривно, както по време на бременност, така и по време на раждането. Днес женската консултация не е само патологична бременност, тя е скрининг за състоянието на майката и плода с редица високо специализирани дейности върху майката и върху самия плод, включително феталната хирургия. Съвременната медицина работи с изключително високи изисквания за феталната морфология, за наблюдение и диагностика на депресивното състояние на плода по време на бременност, по време на раждане и непосредствено след него. По този начин се дефинира и кръгът на тази субспециалност като трета възможност за специализация на един единакушер-гинеколог.

**Продължителност на академичната подготовка**

Напомняме, че в повечето европейски държави специалността „Акушерство и гинекология“ се изучава в продължение на 5 години, а не 4, както е у нас. Симптоматично е, че всички основни специалности – „Педиатрия“, „Хирургия“, „Вътрешни болести“ – се изучават 5 години. Поради това смятаме, че съществуват множество аргументи в подкрепа на увеличаване на времето за получаване на специалност по общата „Акушерство и гинекология“ с трите профилирани области.

**Ехографска диагностика**

В Дял V „Специфични количествени показатели за медицински дейности в специалността „Акушерство и гинекология“, точка 3.2.4.1 е вписано „при I ниво – трима лекари, от които: един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография и един с допълнителна квалификация по перинатална или фетална медицина“ – изисква се един

специалист с допълнителна квалификация по ехография за стационарни медицински дейности в акушерски структурни единици, които функционират 3 и повече години.

В съвременната медицинска практика ехографията е част от специалността „Акушерство и гинекология“ и е задължително владеенето й от всеки един специалист, независимо от неговата субспециализация; без прилагането на ехографска диагностика е невъзможно практикуването на модерната специалност „Акушерство и гинекология“, независимо се отнася до акушеро-гинекологична ендокринология, тазова хирургия, а особено в полето на майчино-феталната медицина.

Смятаме, че ехографската диагностика е нужно да се профилира спрямо три нива на сложност:

1. рутинна диагностика при гинекологично болни и бременни;
2. доплерова диагностика с оценка на различни параметри;
3. инвазивната ехография с редица манипулации или оперативни интервенции, свързани с използването на ултразвуков апарат.

**Транспортно осигуряване в случаи на спешност**

В Дял I, Глава I, т. 4 четем „Значителна част от медицинските дейности в АГ, включително медицинската помощ при всяко раждане, се практикува в условията на спешност“. Това важи не само за ражданията, в стандарта са описани всички състояния на спешност, но тези обстоятелства е нужно да се съгласуват със съответните текстове от Закона за движение по пътищата и по-специално тези негови текстове, касаещи изискванията спрямо моторни превозни средства със специален режим на движение. Това е възможност и да се урегулират нормативно превозът на консултанти и на кръвни продукти, спешното придобиване на лекарствени препарати или транспортирането на пациенти в областта на акушерството и гинекологията.

Подобни обстоятелства са засегнати нееднократно в предложението за Наредба, като симптоматичен пример е Глава VII, т. 5: „В случай, че в лечебните заведения от клас Б се извършват: 5.1. оперативни намеси от която и да е група от Глава XIV … трябва да се осигури възможност за своевременна доставка на кръв и кръвни продукти“. Тази възможност следва да се съгласува със Закона за движение по пътищата, регулират превозните средства със специален режим на движение.

В проектонаредбата, Глава XIX е дефинирано, че „Акушерска спешност“ означава синдром или нозологична единица, които представляват непосредствена заплаха за живота на майката и/или плода“. Безспорно тази формулировка е коректна, но като нейно продължение се изисква връзка на лечебното заведение с редица институции, като кръвна банка, консултации от други центрове, мултидисциплинарно участие на специалисти и то в условията на най-висока спешност.

**Правомощия на общопрактикуващия лекар и акушерката**

В Глава ХI „Медицински дейности при планиране на бременност, проследяване на бременност, раждане през естествените родови пътища по време на пуерпериума“ е добре описано долекарското ниво на здравна грижа с всички възможни действия от страна на акушерката, но е

нужно дефинирането на добре познатата европейска практика за самостоятелна работа на долекарското ниво, извършвана в лечебно заведение с осигурена 24-часова готовност за реакция на екип за рисково акушерство. При такава осигуреност на долекарско ниво могат да се работят всички упоменати дейности, които са подробно изброени в самото начало на Глава ХI, т. 1. По този начин ще се избегне долекарската намеса при 1.5.5 и 1.5.6 от посочената т. 1, съответно „при спешни случаи – акуширане в седалищно предлежание“ и „предприемане на наложителни спешни мерки в отсъствие на специалист, по-специално мануална екстракция на плацента и мануална ревизия на маточната кухина“.

В същата Глава ХI, т. 2 „Ниво: лекарско 1 (ОПЛ)“ касае дейностите в правомощията на общопракикуващия лекар и са включени серия от акушеро-гинекологични намеси, в това число водене на нормално раждане и трите периода, включително акуширане. Воденето на нормално раждане не може да бъде извършвано без нужната допълнителна квалификация. Същата твърда позиция застъпваме и по отношение на посочените в Глава ХIV, т. 2 операции от „Група 1: Раждане“. По отношение на наблюдението на бременността и раждането общопрактикуващият лекар не разполага с квалификацията, която има акушерката в тази специализирана област на медицината. Не смятаме за редно от каквато и да е гледна точка, касаеща държавното бюджетиране и финансовото управление на НЗОК, да се вменяват дейности на общопрактикуващия лекар без специалност, за които той не е подготвен.

Отново в Глава ХI са разгледани специализираните медицински дейности извън лечебно-диагностичните дейности по време на раждане. Тук по същество са описани дейности, които се извършват в кабинетите за семейно планиране и женска консултация, като са описани лекарско ниво 1 и 2 за извършване на профилактични дейности и проследяване на бременни. Това е женска консултация и това са методи на скрининг, а не диагноза, и са в компетенциите на акушерка със сертификат, а не общопрактикуващ лекар. Предвид кадровата криза за медицински сестри и акушерки в България и тяхното 4-годишно висше образование с бакалавърска степен е недопустимо техния потенциал да не се използва целесъобразно и на практика след съответно сертифициране – за водене на нормални раждания при осигурен в непосредствена близост екип за рисково акушерство, но и за самостоятелно водене на женска консултация, за профилактични прегледи в качеството им на скрининг, не на диагноза, и за послеродови посещения и консултации.

В Глава XIV, т. 2.4 е вписано: „Следните оперативни намеси по време на раждане изискват поемане на отговорност поне на ниво лекарско 1:

2.4.1. trachelorrhaphia;

2.4.2. мануална помощ при седалищно раждане (…);

2.4.3. налагане на изходящи щипци;

2.4.4. мануална екстракция на плацентата и манулна ревизия на маточната кухина, включително на цикатрикс от прекарано ЦС (…)

2.4.5. маточно-влагалищна тампонада.“

Категорично смятаме, че това не са дейности за лекарско ниво 1, тъй като са възможни усложнения, които трябва да се поемат от екип по рисково акушерство.

В Глава ХХ „Диагноза и проследяване на бременност“, т. 1.3. „При наличие на вътрематочна бременност диагнозата уточнява следните нейни характеристики:

1.3.1. срок на бременността и вероятен термин на раждане;

1.3.2. разположение на плода/плодовете в матката (при напреднала бременност);

1.3.3. едноплодна/многоплодна бременност;

1.3.4. състояние на концептуса/концептусите;

1.3.5. състояние на плодните придатъци“.

В посочения медицински случай диагнозата се уточнява посредством акушерска мензурация, анамнеза, клинико-лабораторни изследвания и проследяване на нормална бременност – всичко това е в компетенциите на акушерка със сертификат за самостоятелно извършване на женска консултация. В женската консултация се наблюдава един физиологичен процес – бременността – и се прави скрининг на всички бременни и техния плод, при които има отклонения от нормалното развитие на бременността или се очаква отклонение от нормалното раждане. Тогава тези случаи следва да се представят за консултация и поведение от специалиста акушер-гинеколог. При всяка женска консултация бременната трябва да има приблизително 10-12 посещения при акушерка със сертификат и три пъти – при специалист акушер-гинеколог, профилиран в майчино-фетална медицина. Тези прегледи категорично не могат да се извършват от общопрактикуващ лекар и дори от акушер-гинеколог, който няма профилиране в съответната субспециалност.

Първото посещение при специалист акушер-гинеколог със специализация по майчино-фетална медицина е между 11 и 13 г. с. за ранен биохимичен и ултразвуков скрининг. Второто посещение е в 19-23 г. с. за втори ултразвуков скрининг, а третото – в 36-38 г. с. за доуточняване на термина за раждане, начин за родоразрешение или проблеми в последните седмици на бременността. По време на бременност, наблюдава от сертифицирана акушерка, бременната ще има поне три консултации с профилиран в майчино-фетална медицина акушер-гинеколог. При нормални показатели раждането ще се води per vias след проведено от акушерката обучение за психологическа и физическа подготовка на бременната. Самото раждане следва да се случи в лечебно заведение, където в непосредствена близост има достъпен във всеки един момент екип за рисково акушерство. Това са утвърдени и доказали се като ефективни европейски практики и било целесъобразно прилагането им и в България.

В Глава XXI „Профилактичен гинекологичен преглед“, т. 3.2. е посочено лекарско ниво 1 или 2 за извършване на профилактичен гинекологичен преглед, насочен към откриване на морбидни и преморбидни състояния на женската репродуктивна система с основен акцент върху скрининга за рак на маточната шийка и за рак на гърдата. Този преглед може да се извършва от акушерка, която е сертифицирана за скрининг на различен тип заболявания, включително злокачествени. При регистрирано отклонение пациентката подлежи на уточняваща диагноза, при което се изисква участието на специалист акушер-гинеколог.

**Терминологични уточнения, свързани с новостите в развитието на специалността**

*Хронологично представяне:*

**Член единствен, Допълнителни разпоредби, т. 12**

„…плацента и нейните предшественици“ – следва да се редактира по следния начин: „…плацента, както и тъканите, от които се образуват тези придатъци“

**Член единствен, Допълнителни разпоредби, т. 13**

„При нормална бременност липсва заплаха…“ – следва да се прибави „или тя е минимална“

**Член единствен, Допълнителни разпоредби, т. 17**

„Потенциална жизнеспособност на плода“ е термин, който се въвежда за плод от бременност, достигнала срок 25+0 гестационни седмици и/или при тегло на плода, равно и над 700 грама и е налице потенциална възможност да преживее без интензивно дихателно подпомагане“ – в обществото се дискутира много оживено точно тази норма и смятаме, че в мотивите достатъчно ясно е обозначено защо е приета тази граница. Всяко смъкване на тегловата граница със 100 гр необходимите инвестиции стават неимоверно високи и на практика финансово невъзможни за българските условия. Като компромисен вариант предлагаме включването на т. 17а с текст „При по-ниска гестационна възраст или по-ниско тегло от това по т. 17 и при условията на Параграф 1, т. 8 от допълнителните разпоредби, ако плодът преживее в условията на реанимация 7 дни, се приема състоянието „потенциална жизнеспособност на плода“.

**Глава IV, т. 1**

„За извършване на някои високоспециализирани дейности и някои оперативни намеси в областта на АГ се изисква допълнителна медицинска квалификация по следните специалности и теми, които не попадат в обхвата на основната специалност „Акушерство и гинекология“ – сред изброените допълнителни квалификации попада и „1.5. лапароскопия“. Лапароскопията представлява оперативна интервенция и няма място сред допълнителните квалификации.

**Глава IV, т. 1**

„Теми за допълнителна медицинска квалификация, които попадат изцяло или отчасти в обхвата на основната специалност „Акушерство и гинекология“ – сред изброените теми попадат и „2.5. колпоскопия и епизиоскопия; 2.6. хистероскопия; … 2.12. електрофизиология на плода и кардиотокография“. Колпоскопия, епизиоскопия, хистероскопия и кардиотокография нямат място сред изброените в посочената точка теми.

**Глава VII, т. 5.2**

В посочената точка се изисква на територията на лечебното заведение да има структура по обща и клинична патология, която извършва експресна хистологична диагностика. Напомняме, че в предходни наредби този въпрос също се коментира и с оглед ниската обезпеченост с патолози в страната беше приета ситуацията „или договор със структура по обща и клинична патология до 1 км от мястото на извършване на оперативните интервенции“, която предлагаме и в настоящия документ.

**Глава ХI, т. 3.6**

В посочената точка е вписана „амниоскопия“ – посоченото изследване не се практикува съобразно новостите в развитието на специалността „Акушерство и гинекология“

**Глава ХI, т. 3.9.2**

В посочената точка е вписана „рентгенова пелвиметрия“ – посоченото изследване не се практикува съобразно новостите в развитието на специалността „Акушерство и гинекология“

**Глава ХIII, т. 3.8**

В посочената точка е вписано „укрепване на уретралния сфинктер чрез парауретрална

инстилация“ – посоченото изследване не се практикува съобразно новостите в развитието на специалността „Акушерство и гинекология“

**Глава ХIII, т. 4**

В посочената точка са изброени „Високо специализирани ДЛД от група Б“, които би трябвало да се обединят както следва:

4.1. амниоцентеза (като самостоятелна процедура); задължителна допълнителна медицинска квалификация – обединява се с 4.1.1. фетална медицина

4.3. хориална биопсия (като самостоятелна процедура); задължителна допълнителна медицинска квалификация – обединява се с 4.3.1. фетална медицина

4.4. кордоцентеза; задължителна допълнителна медицинска квалификация – обединява се с 4.4.1. фетална медицина

Всички изброени процедури са в компетенцията на акушер-гинеколог с профилиране в областта на майчино-феталната медицина.

**Глава ХIV, т. 7.1.9**

В посочената т. 7 „Група 6: Корекции на тазовата (перинеалната) статика и/или на незадържане на урина“ т. 7.1.9. включва „абревиация на маточни връзки“ – тази операция не се практикува съобразно новостите в развитието на специалността „Акушерство и гинекология“

**Дял VI, Глава ХХ**

„1.1. Диагнозата на бременността установява:

1.1.1 наличие на бременност;

1.1.2 място на развитие на бременността.“

Да се допълни с:

„1.1.3. брой на плодните сакове;

1.1.3 оценка за развиваща се бременност.“

**Допълнително предложение**

В Дял IХ са вписани „Изисквания за съставяне и водене на специфичната медицинска документация“, което е от изключителна важност за наблюдение на тази специалност в България. Предложението ни е в частта, касаеща подаването на информация към националната информационна система за ражданията, да се допълни изискване в обобщен вариант тези данни да се предоставят и на широката публика, включително като резултати за различните болници или поне за различните региони на страната. Публичността на данните и конкуренцията на лечебните заведения са залог, че ще има по-квалифицирана, по-качествена медицинска помощ за нуждаещите се в България.

06.03.2018 г.

гр. София

Андрей Марков, Председател на УС