

**ОДИТЕН ДОКЛАД**

**№ 0800100214**

**за извършен одит на изпълнението на дейността по оказване на спешна медицинска помощ за периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г.**

септември, 2015 година

Настоящият одитен доклад е окончателен и е приет с Решение № 134 на Сметната палата от 10.09.2015 г. (Протокол № 22)

**СЪДЪРЖАНИЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА** | | **4** | |
| **ТЕРМИНОЛОГИЧЕН РЕЧНИК** | | **5** | |
|  | |  | |
| **РЕЗЮМЕ** | | **8** | |
|  | |  | |
| **ВЪВЕДЕНИЕ** | | **13** | |
|  | |  | |
| **ОДИТЕН ОБХВАТ И ПОДХОД** | | **14** | |
| **1.** Цели на одита | | 14 | |
| **2.** Обхват на одита | | 14 | |
| **3.** Одитни критерии | | 15 | |
| **4.** Одитна методология | | 15 | |
|  | |  | |
| **КОНСТАТАЦИИ И ОЦЕНКИ** | | **15** | |
|  | |  | |
| **І. Анализ и оценка на разработените и приети мисия, визия, политики и стратегия за развитието на дейността по оказване на спешна медицинска помощ на пациентите** | | **15** | |
| 1. Мисия, визия и политики на одитирания обект | | 15 | |
| 2. Развитие на спешната медицинска помощ съгласно стратегическите документи, приети на национално ниво | | 16 | |
| 3. Стратегия за развитието на спешната медицинска помощ. Отчети за изпълнението на стратегията | | 17 | |
| 4. Концепция за развитието на спешната медицинска помощ | | 20 | |
| 5. Годишни цели на Министерството на здравеопазването, свързани с развитието на спешната медицинска помощ | | 23 | |
|  | |  | |
| **II. Анализ и оценка на структурата и човешките ресурси за изпълнение на дейността по спешна медицинска помощ** | | **25** | |
| 1. Брой и разположение на ЦСМП/ФСМП. Структура | | 25 | |
| 2. Подбор и назначаване на персонала в ЦСМП. Утвърждаване на щатното разписание. Изисквания за образование и квалификация | | 27 | |
| 3. Материални и морални стимули за поощряване и мотивиране служителите от ЦСМП/ФСМП | | 35 | |
| 4. Обучение на персонала | | 39 | |
|  | |  | |
| **III. Анализ и оценка на финансовото и материално-техническото и осигуряване за изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ** | | **40** | |
| **III.1. Анализ и оценка на финансовото осигуряване за изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ** | | **40** | |
| 1. Механизъм за съставяне на бюджета и осъществяването на контрол | | 40 | |
| 2. Средства за осъществяване на дейността по спешна медицинска помощ | | 42 | |
| 3. Ред за субсидиране дейността на лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение | | 45 | |
| 4. Осигуряване на допълнителни средства за оказване на спешна медицинска помощ | | 47 | |
| **III.2. Анализ и оценка на материално-техническото осигуряване за изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ** | | **48** | |
| 1. Медицински транспорт за осъществяване на дейността по спешна медицинска помощ | | 48 | |
| 2. Оборудване на специализираните санитарни автомобили | | 51 | |
| 3. Средства за лекарствени продукти | | 53 | |
| 4. Сграден фонд за осъществяване на дейността на ЦСМП | | 54 | |
|  | |  | |
| **IV. Анализ и оценка на достъпа до своевременна и качествена спешна медицинска помощ на пациентите** | | **55** | |
| 1. Технически условия за приемане, регистриране, обработка и предаване на постъпилите повиквания и подадената от екипите информация | | 55 | |
| 2. Преценка на естеството и спешността на повикванията | | 67 | |
| 3. Медицинска помощ на пациентите в спешно състояние | | 71 | |
| 4. Качество на спешната медицинска помощ | | 78 | |
|  | |  | |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** | | **104** | |
|  | |  | |
| **ПРЕПОРЪКИ** | | **108** | |
| Опис на приложенията към одитен доклад № 0800100214 | | 111 | |
| Приложения към одитен доклад № 0800100214 | | 112 | |
| Опис на одитните доказателства към одитен доклад № 0800100214 | | 130 | |
|  | |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

**СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА**

|  |  |
| --- | --- |
| ЗСП | Закон за Сметната палата |
| ЦСМП | Център за спешна медицинска помощ |
| МСВОИ | Международни одитни стандарти на върховните одитни институции |
| МЗ | Министерство на здравеопазването |
| МВР | Министерство на вътрешните работи |
| НМКЦ | Национален медицински координационен център |
| РКЦ | Районна координационна централа |
| ФСМП | Филиал за спешна медицинска помощ |
| НКП | Национална класификация на професиите |
| КТД | Колективен трудов договор |
| МБАЛ | Многопрофилна болница за активно лечение |
| МЦ | Медицински център |
| ДКЦ | Диагностично-консултативен център |
| ЕЕН 112 | Единен европейски номер 112 |
| ЕКГ | Електрокардиограма |
| КИС | Комуникационно-информационна система |
| ААСП | Американска асоциация за спешна помощ |
| ПУЛСС | Практически увод в лечението на спешните състояния |
| БЛС | Български лекарски съюз |
| ИАМО | Изпълнителна агенция „Медицински одит“ |
| РЗИ | Регионална здравна инспекция |
| НЗС | Национална здравна стратегия |
| СМП | Спешна медицинска помощ |
| СО | Спешно отделение |
| ЗЛЗ | Закон за лечебните заведения |
| ПМС | Постановление на Министерския съвет |
| ДВ | Държавен вестник |
| ПУДЦСМП | Правилник за устройство и дейността на ЦСМП |
| НЗОК  НЦОЗА  НЕЛК  КТ  СФУК  ЛЗ | Национална здравноосигурителна каса  Национален център по обществено здраве и анализи  Национална експертна лекарска комисия  Кодекс на труда  Система за финансово управление и контрол  Лечебно заведение |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ТЕРМИНОЛОГИЧЕН РЕЧНИК**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Авария | | Инцидент от голям мащаб, включващ пътища, магистрали и въздушен трафик, пожар, разрушаване на хидротехнически съоръжения, инциденти, причинени от дейности в морето, ядрени инциденти и други екологични и промишлени аварии, причинени от дейности или действия на човека. | |
| Бюджетен кредит | | Сумата, гласувана в рамките на бюджета, даваща право за извършване на разход. | |
| Бюджетна програма | | Съвкупност от дейности, за които е отговорен определен орган, и по която се разходват ресурси от бюджета за реализиране на конкретна цел на политиката. | |
| Бюджетна сметка | | Финансово-правна форма, чрез която се регламентират разходите, които дадена бюджетна единица може да извърши за съответната бюджетна година. | |
| Бюджетна субсидия | | Сумата, предоставяна безвъзмездно от държавния бюджет с общо или целево предназначение. | |
| Бюджетни организации | | Всички юридически лица, чиито бюджети се включват в държавния бюджет, в бюджетите на общините, в бюджетите на социалноосигурителните фондове, както и всички останали юридически лица, чиито средства, постъпления и плащания се включват в консолидираната фискална програма по силата на нормативен акт или по реда на чл. 171. | |
| Бюджетни разходи | | Предвидените и разходваните парични средства от държавния бюджет съгласно законите на страната. | |
| Бюджетни средства | | Паричните средства, постъпващи, съхранявани, трансферирани и/или разходвани по отделните бюджети. | |
| Високоспециализирана медицинска дейност | | Дейност, която изисква специални медицински умения и оборудване, необходими за разрешаване на сложни диагностични и лечебни случаи. | |
| Единен европейски номер за спешни повиквания 112 (ЕЕН 112) | | Единен европейски телефонен номер, определен в Националния номерационен план, който се използва при необходимост от спешна помощ при различни рискове за живота, здравето, сигурността и имуществото на гражданите. | |
| Здравна дейност | | Всяка дейност, насочена към опазване, поддържане и възстановяване на здравето. | |
| Инцидент | | Непредвидимо или трудно прогнозируемо, ограничено по време и пространство действие, с висока интензивност на сили или вследствие на човешка дейност, застрашаващо живота или здравето на хора, имуществото или околната среда. | |
| Капацитет | | Максималният обем медицински дейности, които се осъществяват от съответните клиники и отделения при спазване на изискванията за осигуреност с медицински специалисти на основен трудов договор, наличие на определената в медицинските стандарти технически изправна медицинска апаратура и техника и в съответствие с утвърдените от министъра на здравеопазването медицински стандарти. | |
| Контактна точка | | Мястото, в което се обменя информацията между центровете 112 и службите за спешно реагиране. | |
| Координационна централа | | Структура на ЦСМП, която чрез различни технически средства приема повикванията, осъществява връзките между нея и медицинските екипи с потърсилите спешна медицинска помощ  граждани или институции; с координационния център 112; с останалите ЦСМП в страната; с различни видове лечебни заведения, разположени в съответния регион или в национален мащаб. | |
| Лекарски/долекарски екип | | Мобилен медицински екип, състоящ се от лекар или медицински специалист по здравни грижи и шофьор-санитар | |
| Медицинска помощ | | Система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти. | |
| Медицински специалисти | | Лица, упражняващи медицинска професия по чл. 183, ал. 1 от Закона за здравето. | |
| Медикация | | Третиране на лице или заболяване с лекарствени средства | |
| Ниво на компетентност | | Видът и обхватът на осъществяваната лечебна дейност от съответната структура на лечебното заведение за болнична помощ и неговият капацитет. | |
| Нозологична единица | | Отделно, класифицирано заболяване | |
| Обем на медицинска помощ | | Количеството медицински дейности, услуги и стоки, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в Националния рамков договор и в договорите за доброволно здравно осигуряване. | |
| Осигурено лице | | Физическо лице, осигурено при условията и по реда на Закона за здравното осигуряване. | |
| Пациент | | Физическо лице, което търси да получи или получава здравно обслужване | |
| Полипрагмазия | | Прилагане на множество лекарства едновременно | |
| Програмен формат на бюджет | | Бюджетен документ, в който се представят средносрочните цели на бюджетната организация, за които е необходимо съответното финансиране, разходите по бюджетни програми, изпълнението на които ще доведе до постигане на целите, както и показатели за изпълнение с информация, необходима за измерване на постигнатите резултати и на изпълнението на бюджетните програми. | |
| Разходи | | Плащанията за съответната бюджетна година за: персонал и свързаните с него осигурителни вноски, доставки на нефинансови активи, услуги, лихви, възмездно използване на ресурси на трети лица, обезщетения, санкции и неустойки, както и за безвъзмездно предоставени средства на физически и юридически лица. Паричните постъпления, представляващи възстановяване на разходи, се третират като негативен разход. Не са разходи плащанията, които са елемент от нетните постъпления на приходи съгласно единната бюджетна класификация. | |
| Реанимационен екип | | Мобилен медицински екип, състоящ се от лекар, медицински специалист по здравни грижи и шофьор-санитар | |
| Специалност „Спешна медицина“ | | Медицинска специалност с преобладаваща терапевтична насоченост, която обхваща дейности от почти всички клинични медицински специалности в частта им относно спешността в извънболничната и в болничната медицинска помощ и която чрез различни диагностични и лечебни дейности обслужва широк  контингент пациенти, нуждаещи се от спешна медицинска помощ. | |
| Спешен болничен леглови комплекс | | Организиран на функционален принцип набор от "спешни" легла в различни по вид отделения, чийто брой и състав определят нивото на структурата по спешна медицина, съобразно разпоредбите на този стандарт. | |
| Спешен пациент | | Обществено определение – спешен е всеки пациент, който счита  себе си за такъв и е уведомил за това центъра за спешна медицинска помощ, който със специализиран, случаен или собствен транспорт или "на крака" е влязъл през входа на спешното приемно отделение.  Медицинско определение – спешен е всеки пациент, при който е  налице нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, за което, ако незабавно не бъдат предприети медицински дейности, може да доведе до смърт или до необратими морфологични и функционални увреждания на жизненоважни органи и системи. | |
| Спешна медицинска помощ | | Всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма. | |
| Спешно отделение | | Специализирана структура на лечебно заведение за болнична помощ, в която екип от лекари с помощта на друг медицински и помощен персонал извършва диагностично-лечебни дейности  при пациенти със спешно състояние. | |
| Спешно повикване | | Повикване към ЕЕН 112. | |
| Средства от Европейския съюз | | Помощи и дарения, както и средства, които са елемент на финансирането, предоставени от фондове и институции на Европейския съюз. Не са средства от Европейския съюз средствата, предоставени от Европейската инвестиционна банка, Европейския инвестиционен фонд и други финансови институции. | |
| Средства по други международни програми и договори | | Заеми, помощи и други безвъзмездно получени средства по международни програми и договори извън средствата от Европейския съюз. | |
| Център за спешна медицинска помощ | | Лечебно заведение с основен предмет на дейност оказване на медицинска помощ на пациенти със спешни състояния. | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

**РЕЗЮМЕ**

Одитът на изпълнението на дейността по оказване на спешна медицинска помощ за периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г. е извършен в изпълнение на Програмата за одитната дейност на Сметната палата за 2014 г.

Спешната медицинска помощ е елемент от цялостната система на здравеопазване в Република България. Осигуряването на достъп на населението до спешна медицинска помощ е първостепенна грижа и задължение на държавата.

Спешната медицинска помощ се осъществява от центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и от спешните отделения към лечебните заведения, които следва да осигуряват непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицинските специалности, включително и при спешни състояния.

Центровете за спешна медицинска помощ се създават и преобразуват от държавата с акт на Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването. Създадени са 28 самостоятелни ЦСМП. Същите са юридически лица на бюджетна издръжка за специфичните си функции. Устройството, дейността и структурата им се уреждат с правилник, издаден от министъра на здравеопазването.

За да се отговори на основния въпрос на одита – **Ефективна и ефикасна ли е дейността по оказване на спешна медицинска помощ на пациентите?** са изследвани четири специфични въпроса:

- Разработени и приети ли са и изпълняват ли се подходящи мисия, визия, политики и стратегия за развитието на дейността по оказване на спешна медицинска помощ на пациентите?

- Осигурени ли са адекватни структури и човешки ресурси за ефективно изпълнение на дейността по спешна помощ?

- Финансовото и материално-техническото осигуряване съдействат ли за успешното изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ?

- Осигурен ли е на пациентите достъп до своевременна и качествена спешна медицинска помощ?

Въз основа на оценките в съставените констатации са направени следните основни изводи и заключения:

**1.** Приети са множество стратегически документи на различни нормативни основания, в целите на които е заложено подобряване на дейността по оказване на спешна медицинска помощ. Не са постигнати очакванията за подобряване на качеството и ефективността на оказваната на пациентите спешна медицинска помощ в резултат на изпълнение на мерките и дейностите, заложени в документите.

**2.** Териториалното разпределение на структурите за спешна медицинска помощ – ЦСМП и филиали към тях са в съответствие с административното деление на страната. Изградената структура на системата за спешна медицинска помощ осигурява относително равномерно покритие на структурите й на територията на цялата страна. Същевременно при съществуващите структура на ЦСМП, особеностите на географското положение, пътната инфраструктура и релефа е налице неравнопоставеност на част от населението по отношение на времето за достъп до спешна медицинска помощ. Общо 152 780 души в 523 населени места са със затруднен достъп до спешна медицинска помощ, като те съставляват средно 8 на сто от жителите на тези населени места.

Редът за откриване, закриване и релоциране на ФСМП не е регламентиран. Не са въведени стандарти за териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ. Налага се актуализиране и въвеждане в действие на Националната здравна карта, както и приемане на критерии и стандарти за териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ и преразпределение на районите на обслужване и местоположение на филиалите на ЦСМП.

**3.** В ЦСМП е изграден капацитет от медицински и други специалисти за оказване на спешна медицинска помощ на пациентите.

Броят и съставът на екипите от лекари и други медицински специалисти е в съответствие с минималните изисквания на Медицинския стандарт „Спешна медицина“, с изключение на ЦСМП София-град, където са заложени едва две трети от броя на необходимите екипи по минималните изисквания на стандарта, а фактически населението на района се обслужва от медицински екипи, които достигат едва наполовина тези изисквания.

Липсва пълна заетост и най-вече на кандидати за лекарските длъжности както в районните координационни централи (РКЦ), така и в състава на медицинските екипи, които оказват спешна помощ. Броят на лекарите трайно намалява в съчетание с постоянно високо текучество и увеличаване на свободните места.

Това създава рискове за своевременното приемане и приоритизиране на повикванията и изпращането на подходящ медицински екип за оказване на спешна помощ.Не са изпълнени изцяло изискванията за професионална компетентност на лекарите за практикуване на специалност „Спешна медицина“, като лекарите с призната специалност са по-малко от половината от всички работещи лекари.

Не е изпълнено и условието лекарите без специалност в срок до една година от постъпване на работа да предприемат действия по започване на специализация по спешна медицина или по друга клинична медицинска специалност. Недостатъчен е интересът на лекарите без специалност да специализират „Спешна медицина“ или друга клинична специалност.

Професионалната компетентност на значителна част от лекарите, работещи в ЦСМП не отговаря на нормативните изисквания, което създава сериозни рискове, свързани с оказването на качествена спешна медицинска помощ на пациентите.

Работните заплати в ЦСМП се определят в съответствие с действащата нормативна уредба. Определените с Колективния трудов договор начални месечни основни заплати са значително по-ниски от тези за останалите лечебни заведения, което е индикатор за недооценяване на труда, който полагат медицинските специалисти на ЦСМП.

Независимо от положените от Министерството на здравеопазването усилия за повишаване на заплатите на персонала от ЦСМП за одитирания период те остават неадекватни и недостатъчно мотивиращи за рисковите условия на труд, високото напрежение и професионалните изисквания към медицинските специалисти.

Процесът на обучение на работещите в ЦСМП не е основан на дългосрочно планиране за развитието на системата за спешна медицинска помощ, не е осигурено адекватно целево финансиране на свързаните с него дейности.

Министерството на здравеопазването, съгласно своите компетенции, предприема действия включително с използване на европейски средства за подкрепа на ЦСМП при осъществяване на обучението за поддържане на квалификацията и развитие на професионалната компетентност на специалистите.

**4.** Спазени са нормативните изисквания за планиране, разпределение, изпълнение и отчитане на бюджета на Министерството на здравеопазването в частта за спешна медицинска помощ.

Планирането на средствата за програма „Спешна медицинска помощ“ за одитирания период не е адекватно, независимо, че разходите по програмата заемат съществен дял от общите разходи по програмния бюджет на Министерството на здравеопазването. Всяка следваща спрямо предходната година се наблюдава значително увеличение на отчетените разходи, но въпреки това не е преодолян недостигът на средства за оказване на своевременна и качествена спешна медицинска помощ. Липсват правила за определяне на критерии за оценка на ефективността на разходите по програмата. Не е създаден механизъм за планиране на разходите на ЦСМП, който адекватно да отчита техните обективни потребности с оглед оказването на качествена и своевременна спешна медицинска помощ.

**5.** Дейността по оказване на спешна медицинска помощ е осигурена с транспортни средства, апаратура и сграден фонд в съответствие с нормативните изисквания.

Специализираният медицински транспорт и апаратурата, необходими за оказване на спешна медицинска помощ са морално и физически остарели, което създава рискове за оказване на адекватна медицинска помощ. Няма разработени програма и единни критерии за тяхното обновяване. За одитирания период не са разчетени достатъчно средства за обновяване на медицинския транспорт и апаратурата.

**6.** Осигурен е сграден фонд на ЦСМП за изпълнение на дейността по спешна медицинска помощ. Не са приети минимални изисквания, на които следва да отговарят сградите/помещенията по видове, площ и обзавеждане. Не е решен проблемът със собствеността на сградния фонд, с който разполагат ЦСМП, което създава сериозни пречки при тяхното поддържане и обновяване.

**7.** По отношение на информационното осигуряване на дейността за одитирания период действа Национална система за спешни повиквания с единен европейски номер 112 (ЕЕН 112), чрез която следва да се предоставя обществена услуга за бърз и лесен достъп на гражданите до националните служби за спешно реагиране, включително до ЦСМП.

Постигната е сигурна гласова връзка между диспечерите в центровете 112 и операторите в РКЦ на ЦСМП, но е забавен процесът по осъществяване на информационна свързаност и обмен на информация в реално време. Загубени са някои от функционалностите на информационната система на ЦСМП и се наблюдава технологично забавяне при предаване на повикването в РКЦ.

Системата на спешния номер 112 следва да бъде доразвита с оглед осигуряване на възможност за информационна свързаност и обмен на информация в реално време с информационната система на ЦСМП.

**8.** В дежурните екипи на тел. 112 няма медицински лица или нормативно приети критерии за разграничаване на спешните от неспешните повиквания. Независимо от предприетите действия от Министерството на здравеопазването във взаимодействие с Министерството на вътрешните работи са създадени предпоставки за допускане на грешки при предаването на повикванията към ЦСМП.

Естеството и спешността на постъпилите в ЦСМП повиквания се преценяват от медицинските специалисти в районните координационни централи. Не са приети критерии за определяне на естеството и спешността на повикванията или на стандартни протоколи за поведение с оглед обективно определяне на степента на спешност, както и намаляване на времето от приемането на повикването до възлагането му за изпълнение.

**9.** В действащaта нормативна уредба липсва показател за време на достигане на медицинските екипи за спешна медицинска помощ до мястото на инцидента, като по експертна преценка най-ефективна е помощта, оказана в рамките на 15-20 мин. от възлагането на задачата на медицинския екип. Липсва ясно регламентиране на обекта и обхвата на спешната медицинска помощ, което затруднява разграничаване на спешните от неотложните състояния.

**10.** В центровете за спешна медицинска помощ не е изградена действаща единна система за контрол на качеството на предоставената спешна медицинска помощ. През одитирания период не са предприети действия за доброволна акредитация на ЦСМП за осъществяваната от тях медицинска дейност. Министерството на здравеопазването е в процес на осъществяване на промени в Закона за лечебните заведения, включително и за задължителна акредитация на ЦСМП, които следва да доведат до създаването на единни критерии за оценка на качеството и да повишат ефективността на спешната медицинска помощ.

**10.1.** Нормативно са формулирани критерии и показатели за качеството на извършваната дейност по специалността „Спешна медицина“, но по отделните показатели не са определени количествени и/или качествени измерители. Не са приети задължителни нормативни изисквания за извършване на системна оценка на качеството на основата на постигнатите резултати.

**10.2.** Разработени са диагностично-терапевтични алгоритми за клинично поведение в спешната медицина, но същите не са утвърдени, в разрез с изискването на Медицински стандарт „Спешна медицина“. Алгоритмите за поведение са в основата на дейността на медицинските екипи и допринасят за подобряване на качеството на оказваната медицинска помощ.

**10.3.** Върху качеството и своевременността на оказаната спешна медицинска помощ на пациентите е осъществен системен контрол от Изпълнителната агенция „Медицински одит“. В близо половината от проверките, извършени от агенцията, са установени нарушения, свързани основно с неспазване на правото на пациента да получи своевременна, достатъчна по обем и качествена медицинска помощ. За одитирания период се наблюдава тенденция на повишаване на броя на проверките по жалби на пациенти, както и на този на съставените актове за установяване на административни нарушения. Нарастват случаите на неудовлетвореност на пациентите от оказаната им спешна медицинска помощ, което е негативен индикатор за нейното качество.

**11.** Резултатите от дейността по оказване на спешна медицинска помощ за одитирания период не са подобрени.

Броят на изпълнените повиквания като основен показател за дейността на ЦСМП остава постоянно висок за одитирания период, като се наблюдава увеличение на повикванията, свързани с оказване на неотложна медицинска помощ, както и постоянно висок брой на амбулаторните прегледи, което е индикатор за проблеми в останалите звена на системата за медицинско обслужване на населението.

Едновременно с това е очертана трайна тенденция на нарастване на издръжката и на средния разход за изпълнение на едно повикване/амбулаторен преглед. Не се наблюдава подобряване на показателите за изпълнение на дейността спрямо 2007-2008 г., когато от Сметната палата е извършен одит на спешната медицинска помощ.

Не е осигурена равномерна натовареност на екипите за оказване на спешна медицинска помощ в различните ЦСМП. Устойчива тенденция за висока натовареност, която се засилва в края на одитирания период се наблюдава единствено в ЦСМП София-град. При останалите центрове натовареността е в рамките на средните за системата стойности.

**12.** Не се осъществява ефективна координация и взаимодействие между ЦСМП и спешните отделения на лечебните заведения при оказване на спешна медицинска помощ, когато се налага хоспитализация на пациента.

Нормативната уредба относно координацията и взаимодействието при оказването на спешна медицинска помощ не е достатъчно изчерпателна. Липсва свързаност между информационните системи на ЦСМП и лечебните заведения, което затруднява координацията между тях. Не са приети детайлни правила/процедури за разделение на обема дейности, които следва да се извършват от екипа на лечебното заведение и от този на ЦСМП. Съществуват сериозни проблеми при координацията и взаимодействието между ЦСМП и лечебните заведения, които оказват негативно влияние върху своевременното и качествено оказване на спешна медицинска помощ на пациентите.

Отговорност за управленските решения по смисъла на чл. 6, ал. 1 от Закона за финансово управление и контрол в публичния сектор през одитирания период носят министрите на здравеопазването: д-р Божидар Михайлов Нанев (от 27.07.2009 г. до 21.04.2010 г.); проф. д-р Анна-Мария Борисова Иванова (от 21.04.2010 г. до 06.10.2010 г.); д-р Стефан Константинов Константинов (от 06.10.12010 г. до 21.03.2012 г.); Десислава Вълчева Атанасова (от 21.03.2012 г. до 13.03.2013 г.); проф. д-р Николай Кирилов Петров д.м.н. (от 13.03.2013 г. до 29.05.2013 г.); д-р Таня Любомирова Андреева-Райнова (от 29.05.2013 г. до 24.07.2014 г.); д-р Мирослав Ненков (от 05.08.2014 г. до 07.11.2014 г.); д-р Петър Стефанов Москов (от 07.11.2014 г.).

Отговорността на Сметната палата се свежда до изразяване на обосновано заключение относно ефективността и ефикасността на дейността по оказване на спешна медицинска помощ за периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г*.*

Одитът е извършен в съответствие с Международно признатите одитни стандарти, издадени от Комитета за одитни стандарти на Международната организация на върховните одитни институции – ИНТОСАЙ.

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Одитът е извършен на основание чл. 35, ал. 1, във връзка с чл. 12, ал. 1, т. 3 и чл. 13, ал. 2, т. 10 от Закона за Сметната палата (ЗСП) (отм. с параграф 2 от Преходните и заключителните разпоредби на ЗСП, обн. ДВ, бр. 12 от 13.02.2015 г.) и в изпълнение на заповед № ОР8-01-002 от 04.08.2014 г., издадена от ръководителя на отделение VIII и член на Сметната палата. Одитната задача е включена под № 239 в Програмата за одитната дейност на Сметната палата за 2014 г.

Спешната медицинска помощ е елемент от цялостната система на здравеопазването в Република България. Осигуряването на достъп на населението до спешна медицинска помощ е първостепенна грижа и задължение на държавата.

Спешната медицинска помощ се осъществява от центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и от спешните отделения към лечебните заведения, които следва да осигуряват непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицинските специалности, съгласно разрешението им за лечебна дейност, включително и на медицинска помощ при спешни състояния.[[1]](#footnote-1)

Центровете за спешна медицинска помощ изпълняват важни социални функции: оказване на квалифицирана спешна медицинска помощ на местопроизшествия; извършване на необходимия обем от спешни диагностични изследвания, съобразно възможностите и наличната апаратура; клинично и инструментално наблюдение на пациента до неговата хоспитализация; провеждане на необходимите лечебни и специфични реанимационни дейности до настаняването на пациента в болница; оказване на спешна медицинска помощ при бедствия, аварии и катастрофи, осъществявайки взаимодействие с органите на полицията, пожарната и гражданската защита. Спешните отделения към лечебните заведения оказват спешна медицинска помощ на пациентите и при нужда ги насочват за хоспитализация в подходящо лечебно заведение.

Дейността по оказване на спешна медицинска помощ предизвиква постоянен висок интерес на обществото, тъй като засяга всички негови членове. Налице са сериозни системни проблеми при изпълнение на дейността по оказване на спешна медицинска помощ:

- нарастващи диспропорции и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа;

- липса на ясни критерии, регламентиращи структурата на системата за спешна медицинска помощ и броя и вида на медицинските екипи;

- влошаваща се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на персонала;

- засилено търсене на медицинска помощ в системата за спешна медицинска помощ, поради затруднения в достъпа до извънболнична и болнична медицинска помощ;

- нарушена координация между спешната помощ и останалите лечебни заведения от системата на здравеопазването.

През последните години близо една трета от населението ежегодно ползва спешна медицинска помощ, оказана от ЦСМП и/или от спешните отделения към другите лечебни заведения.

Центровете за спешна медицинска помощ се създават и преобразуват от държавата с акт на Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването.[[2]](#footnote-2) Създадени са 28 самостоятелни ЦСМП. Центровете са юридически лица на бюджетна издръжка за специфичните си функции. Устройството, дейността и структурата им се уреждат с правилник, издаден от министъра на здравеопазването.[[3]](#footnote-3) Седалище на центъра е административният център на съответната област и осъществява дейността си на нейната територия.[[4]](#footnote-4)

Център за спешна медицинска помощ е лечебно заведение, в което медицински специалисти с помощта на друг персонал оказват спешна помощ на заболели и пострадали лица в дома, на местопроизшествие и по време на транспортиране до евентуалната им хоспитализация.[[5]](#footnote-5)

Лечебните заведения за болнична помощ и центровете за спешна медицинска помощ се планират и разпределят на териториален принцип въз основа на потребностите на населението от достъпна и своевременна медицинска помощ.[[6]](#footnote-6)

Необходимият брой центрове за спешна медицинска помощ следва да се определя от Националната здравна карта.[[7]](#footnote-7)

Финансирането на дейността по оказване на спешна медицинска помощ се осъществява от държавния бюджет, чрез бюджета на Министерството на здравеопазването.

Размерът на публичните средства, изразходвани за оказване на спешна медицинска помощ непрекъснато нараства и съставлява най-голям относителен дял в бюджета на Министерството на здравеопазването.

Средствата за издръжката на ЦСМП се планират по програма „Спешна медицинска помощ“ от програмния бюджет на Министерството на здравеопазването.

Министерството на здравеопазването субсидира лечебните заведения за болнична помощ за оказване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешни отделения, когато пациентите не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, на основата на Методика за субсидиране на лечебните заведения, издадена в съответствие с разпоредбите на Закона за държавния бюджет за съответната година.

**ОДИТЕН ОБХВАТ И ПОДХОД**

1. **Цели на одита**

В съответствие с определените в международните одитни стандарти на върховните одитни институции (МСВОИ) общи цели на одита на изпълнението, настоящият одит има за цел:

**1.1.** Да предостави на министъра на здравеопазването независима и обективна оценка за ефективността и ефикасността на дейността по оказване на спешна медицинска помощ за периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г.

**1.2.** Да подпомогне ръководството на одитирания обект за идентифициране на слабостите и даде препоръки за подобряване на управлението на одитираната дейност.

1. **Обхват на одита**

**2.1.** Основен въпрос:

**Ефективна и ефикасна ли е дейността по оказване на спешна медицинска помощ на пациентите?**

Специфичните въпроси и подвъпросите към тях са представени в приложение към одитния доклад.[[8]](#footnote-8)

Одитираният период е от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г.

**2.2.** В обхвата на одитната задача са включени областите, свързани със стратегическото планиране, финансовото и материално-техническото осигуряване на дейността по спешна медицинска помощ и предоставянето на своевременна и качествена спешна медицинска помощ на пациентите.

Одитирани са Министерството на здравеопазването, центровете за спешна медицинска помощ и други лечебни заведения, предоставящи спешна медицинска помощ.

**2.3.** Извън обхвата на одита е изчерпателното проучване на оказваната спешна медицинска помощ от спешните приемни отделения към лечебните заведения. Разгледани са частично координацията и взаимодействието между ЦСМП и лечебните заведения и субсидирането на дейностите по оказване на спешна медицинска помощ от бюджета на Министерството на здравеопазването.

Констатациите, изводите и оценките, свързани с дейността на ЦСМП, са направени на основата на проучване в 7 ЦСМП – Благоевград, Варна, Добрич, Кюстендил, Пловдив, София-град и Софийска област.

При изследване на координацията и взаимодействието между ЦСМП и лечебните заведения, в процеса на оказване на спешна медицинска помощ, е взето мнението на 12 лечебни заведения със спешни отделения - „МБАЛ-Благоевград” АД, МБАЛ ”Света Анна - Варна” АД, МБАЛ „Света Марина” ЕАД, МБАЛ „Добрич” ЕАД, МБАЛ ”Д-р Никола Василиев”АД, гр. Кюстендил, УМБАЛ „Свети Георги” ЕАД – Пловдив, МБАЛ „Пловдив” АД, МБАЛ „Свети Пантелеймон” – Пловдив” ЕООД, УМБАЛ „Света Анна” - София, АД, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, УМБАЛ “Александровска” ЕАД и УМБАЛ „Света Екатерина”.

1. **Одитни критерии**

При одита на изпълнението на дейността по оказване на спешна медицинска помощ са използвани критерии и показатели/индикатори за оценка, приложени към одитния доклад, които са съгласувани с одитирания обект.[[9]](#footnote-9)

1. **Одитна методология**

Одитът е извършен при спазване на Основните одитни принципи на ИНТОСАЙ и МСВОИ 3000, МСВОИ 3100 и Наръчника за прилагане на международно признатите одитни стандарти и одитната дейност на Сметната палата, част Одит на изпълнението.

За постигане целите на одита са приложени следните методи:

а) за събиране на информация – преглед и проучване на документи, въпросници, наблюдение, анкета с пациенти;

б) за анализ на информацията – сравнителен и качествен анализ, систематизиране и обобщаване на информацията, установяване на тенденции, представяне на резултатите чрез таблици, графики и диаграми.

**КОНСТАТАЦИИ И ОЦЕНКИ**

**I. Анализ и оценка на разработените и приети мисия, визия, политики и стратегия за развитието на дейността по оказване на спешна медицинска помощ на пациентите**

**1. Мисия, визия и политики на одитирания обект**

Приемането на мисия, визия и политики за развитие на одитирания обект и обвързаността между тях са важни условия за ефективното и ефикасното постигане на неговите цели.[[10]](#footnote-10)

**За одитирания период от Министерството на здравеопазването като изявление на ролята, призванието и глобалната цел на министерството са приети мисия и произтичащата от нея визия за развитието на здравеопазването в Република България.**

**За тяхното постигане са формулирани три политики, една от които е насочена към развитието и усъвършенстването на спешната медицинска помощ. Наблюдава се устойчивост относно мисията, визията и политиките за тяхното постигане.**

**Спешната медицинска помощ е изведена като приоритет на политиката „Диагностика и лечение“ за първи път през 2012 г. В следващите години е формулирана самостоятелна визия за системата за спешна медицинска помощ, както и приоритети за нейното развитие. Постигането на целите на политиката, включително и тези, свързани със спешната медицинска помощ, се осъществява чрез изпълнение на съответните стратегически и оперативни цели, приети с програмния бюджет на Министерството на здравеопазването за съответната година.**

**Налице е обвързаност между мисията, визията и целите за изпълнение на свързаните с тях политики.[[11]](#footnote-11)**

**2. Развитие на спешната медицинска помощ съгласно стратегическите документи, приети на национално ниво**

През одитирания период са заложени редица мерки/дейности, свързани с оказването на спешна медицинска помощ в приетите стратегически документи на национално ниво.

Част от планираните мерки в стратегическите документи не са изпълнени, но в докладите за напредъка и/или отчетите за съответния период са отчетени като изпълнени.

Не се наблюдава разминаване в целите, свързани с развитието на спешната медицинска помощ в стратегическите документи. Целите, мерките и конкретните дейности за постигането им са формулирани по различен начин в различните стратегически документи, което създава неяснота относно изпълнението и отчитането им.[[12]](#footnote-12),[[13]](#footnote-13)

**Приемането на множество стратегически документи на различни нормативни основания налага регламентиране чрез вътрешен акт на организация и ред за синхронизиране и координация между целите и политиките, както и за мониторинг на тяхното изпълнение и отчитане.**

**3. Стратегия за развитието на спешната медицинска помощ.** **Отчети за изпълнението на стратегията**

Държавната здравна политика се ръководи и осъществява от Министерския съвет. На основание на Закона за здравето,[[14]](#footnote-14) Министерският съвет по предложение на министъра на здравеопазването одобрява Национална здравна стратегия.

За одитирания период са приети две национални стратегии за развитие на здравеопазването.

**3.1. Националната здравна стратегия 2008-2013 г.** е одобрена с решение на Министерския съвет на 06.10.2008 г.[[15]](#footnote-15) Със същото решение Министерският съвет предлага на Народното събрание да разгледа стратегията и приеме плана за действие към нея.

Документът е приет от Народното събрание с решение на 05.12.2008 г. или с близо една година закъснение спрямо началния период на нейното действие.[[16]](#footnote-16)

**3.1.1.** Дейности и мерки за развитие на спешната медицинска помощ са заложени по Стратегическа цел 3 „Подобряване на извънболничната медицинска помощ“. Предвидени са 8 дейности, свързани с решаването на проблемите с медицинската помощ при спешни и неотложни състояния.[[17]](#footnote-17)

**3.1.2.** С Плана за действие, приет със стратегията, са определени срокове за изпълнение на дейностите, които не са конкретизирани. Посочени са отговорните институции, без да са изрично изброени задълженията на всяка от тях. Катоизточник на финансиране е записан бюджетът на отговорното министерство, без да са конкретизирани сумите на необходимите разходи. Липсва яснота дали разходите са заложени в съответния бюджет за годината, когато е предвидено изпълнението на дейностите.

Очакваните резултати от изпълнението на стратегията са формулирани много общо – осигуреност на структурите на спешната медицинска помощ с необходимите ресурси (материално-техническа база и апаратура, финансови ресурси и човешки ресурси); повишаване готовността за бързо реагиране при спешни случаи, аварии, бедствия и катастрофи в съответствие с европейските стандарти; интегриране на системата на спешната медицинска помощ към единен телефон 112. Не са определени индикатори за измерване на постигнатите резултати. Не е спазена Методологията за стратегическо планиране на Съвета за административна реформа,[[18]](#footnote-18) според която очакваните резултати следва да бъдат изразени чрез количествено и/или качествено измерими стойностни показатели /индикатори/.

Не са приемани годишни планове за изпълнение на дейностите, заложени в стратегията, включително на тези по оказване на спешна медицинска помощ.[[19]](#footnote-19)

**3.1.3.** Министърът на здравеопазването представя в Народното събрание годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия в срок до три месеца преди началото на бюджетната година.[[20]](#footnote-20) Той осъществява координацията по анализ, мониторинг и оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия.[[21]](#footnote-21)

**3.1.3.1.** В годишните доклади за 2011 г., 2012 г. и 2013 г. не са отчетени изпълнените дейности, свързани в развитието на спешната медицинска помощ, заложени в стратегията. За 2009 г. и 2010 г., когато са отчетени резултати, но същите не са насочени към конкретни дейности за изпълнение на целта, формулирани са общо, поради което не може да се прецени степента на изпълнението им. За периода на действие на стратегията структурата и съдържанието на отчетите не са еднакви и невинаги са обвързани пряко с конкретни дейности за изпълнение на целите.[[22]](#footnote-22),[[23]](#footnote-23)

**3.1.3.2.** От работна група, определена със заповед на министъра на здравеопазването[[24]](#footnote-24), е извършвана ежегодна оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия 2008-2013 г., както и на съответствието на заложените цели, дейности и индикатори за изпълнението им, съобразно програмата на Правителството на европейското развитие. Оценката е отразена в Годишния доклад за състояние на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия за 2009 г.,[[25]](#footnote-25) 2011 г.,[[26]](#footnote-26) 2012 г. [[27]](#footnote-27) и 2013 г.[[28]](#footnote-28)

**а)** Работната група, извършила оценката за 2009 г. е достигнала до извода за ниско изпълнение на целите, задачите и дейностите по Стратегическа цел 3. Работната група е затруднена да направи оценка на стратегията поради липса на ясно обосновани и вписани критерии за оценка и времеви индикатори; множество заложени пожелателни текстове без ясно определяне; заложени дейности и цели, които са общи (неконкретизирани) и без ясен изход от тях; необвързване на целите, задачите и дейностите с ясни параметри за ресурсите – финансови и други.

**б)** В доклада за 2010 г. липсва оценка за изпълнението на целите.[[29]](#footnote-29)

**в)** През 2011 г. е отчетено, че по Стратегическа цел 3 се наблюдава развитие в изпълнението на стратегията в годините 2009-2011 г. Отчетено е, че има известно изместване на фокуса от целите и задачите на стратегията към дейности и задачи, които са възникнали във връзка с влияние на общите фактори на обкръжаващата среда. Направена е оценка, че функционирането на системата за спешна медицинска помощ е затруднено от липсата на ясно дефиниране на обекта на спешната помощ, което предполага често неадекватното й обременяване с неспецифични функции, както от пациентите, така и от самата здравна система. Налице е влошаваща се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на работещите в системата за спешна медицинска помощ. Нараства обръщаемостта към системата, поради затруднения в достъпа до извънболнична и болнична помощ, в т.ч. и поради нарушени здравноосигурителни права.[[30]](#footnote-30)

**г)** В оценката за 2012 г. е посочено, че Стратегическа цел 3 има постепенно, постъпателно и ритмично изпълнение на задачите и целите, като изпълнението повишава своята ефективност и се очаква в края на периода на стратегията да се постигне пълно изпълнение. Направени са изводи за нарушено взаимодействие и координация между отделните сектори на системата – спешна помощ и първична извънболнична медицинска помощ, което нарушава интегритета на системата и намалява качеството и ефективността на медицинската помощ. Поради затруднения в достъпа до извънболнична и болнична помощ, в т.ч. и поради нарушени здравноосигурителни права – през 2012 г. всеки трети български гражданин ползва системата за спешна медицинска помощ за решаване на здравен проблем. Осъществяваната от спешните отделения на болничните лечебни заведения спешна медицинска помощ се явява основен буфер в системата на здравеопазването, гарантиращ своевременен достъп до медицинска помощ.[[31]](#footnote-31)

**д)** В доклада за 2013 г. е направена препоръка за окончателното оценяване на изпълнението на стратегията за всяка от стратегическите цели, включително и заложените количествени показатели и критерии.[[32]](#footnote-32)

**3.2.**Съгласно Протокол[[33]](#footnote-33) от заседание на Министерския съвет[[34]](#footnote-34) и Решение № 27 от 21.01.2014 г.[[35]](#footnote-35) е одобрена **Националната здравна стратегия за периода 2014-2020 г.** и е предложено на Народното събрание да разгледа и приеме стратегията. На основание на[[36]](#footnote-36)

Стратегията не е приета с решение на Народното събрание, каквото е изискването на Закона за здравето.

Приемането на Национална здравна стратегия е предварително изискване от Европейската комисия за участие на нашата страна и другите държави-членки в споразумението за партньорство с нея.[[37]](#footnote-37)

В стратегията са очертани 8 приоритета в сферата на здравеопазването в Република България за периода 2014-2020 г., в съответствие с Националната програма за развитие на България 2020 г. Приоритетна област 4 на стратегията е свързана с „Укрепване и модернизиране на системата за спешна медицинска помощ”.[[38]](#footnote-38)

**3.2.1.** Като приложение към стратегията е приет План за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия 2014-2020 г., който съдържа мерките към съответната политика, дейностите, които следва да се предприемат по всяка от тях, както и срокът за изпълнение, отговорните институции и източникът на финансиране. Разработена е индикативна финансова рамка, съгласно която планираните средства за спешната медицинска помощ за периода на действие на стратегията възлизат на 26,450 хил. лв.

По подполитиката, свързана с модернизирането на спешната медицинска помощ са предвидени 6 мерки с 23 дейности към тях. Срокът за изпълнение на 19 от тях е 2014 г., една е с постоянен срок за изпълнение, две със срок 2014 г. – 2015 г. и една е със срок за изпълнение 2017 г.

**В Националната здравна стратегия 2008-2013 г., по Стратегическа цел „Подобряване на извънболничната медицинска помощ“ са заложени дейности и мерки за развитие на спешната медицинска помощ. Предвидени са дейности, свързани с решаване на проблемите с медицинската помощ при спешни и неотложни състояния, но не са посочени индикатори за измерване на постигнатите резултати.**

**Развитието на спешната медицинска помощ за периода до 2020 г. е очертано в Националната здравна стратегия 2014-2020 г., по подполитиката, свързана с модернизирането на спешната медицинска помощ.**

**С изпълнението на Националната здравна стратегия 2008-2013 г. не са постигнати очакванията за подобряване на качеството и ефективността на оказваната на пациентите спешна медицинска помощ. Идентифицираните проблеми във функционирането на системата са актуални и след изтичане на срока за изпълнение на Националната здравна стратегия 2008-2013 г., поради което същите са изведени като основни проблеми и в следващата стратегия с период на действие 2014-2020 г.**

**4. Концепция за развитието на спешната медицинска помощ**

Разработването, приемането и успешното изпълнение на подходяща концепция за развитието на дейността по спешната медицинска помощ създава предпоставки за подобряване на ефективността и ефикасността на предоставяната на пациентите спешна медицинска помощ.[[39]](#footnote-39)

За одитирания период са разработени три проекта на концепции за развитието на спешната медицинска помощ.

**4.1.** През 2011 г. е разработен първият проект на концепция за развитието на спешната медицинска помощ. В концепцията са определени две стратегически цели – „Осигуряване на равнопоставен достъп на населението до спешна медицинска помощ, съответстваща на най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, достатъчност, качество и безопасност“ и „Подобряване на функционирането на спешната помощ и гарантиране на нейната финансова, кадрова и материална устойчивост“.

**4.1.1.** Предвидено е постигането на целите да се осъществи чрез провеждане на устойчива политика, насочена към подобряване на структурата, организацията и управлението на системата за спешна медицинска помощ и осигуряване на ефективна координация и взаимодействие с останалите сектори на здравната система; непрекъснато усъвършенстване и хармонизиране на нормативната уредба в системата на здравеопазването и спешната медицинска помощ като нейна интегрална част; и обединяване на усилията на всички заинтересовани страни при осигуряване на финансирането, изпълнението и ползването на здравните услуги, предоставяни от системата за спешна медицинска помощ.[[40]](#footnote-40)

**4.1.2.** Реализирането на концепцията следва да доведе до: осигуряване на непрекъснатост и интегритет на здравната грижа на всички нива на здравната система; повишена удовлетвореност на населението и медицинските специалисти от системата за спешна медицинска помощ; осигуряване на качествена и достъпна спешна медицинска помощ при ясни правила, гарантиращи правата на пациентите и техните задължения и ефективно използване на финансовите средства в системата за спешна медицинска помощ и финансова устойчивост на системата.

Определени са 4 приоритетни области за постигане на целите: ясно определяне на обекта на спешната помощ; скъсяване на времето за достъп на населението до спешна медицинска помощ; подобряване на качеството на спешната медицинска помощ и развитие на финансирането на системата за спешна медицинска помощ.[[41]](#footnote-41)

**4.1.3.** На заседание на ръководството на Министерството на здравеопазването, с протокол-решение,[[42]](#footnote-42) е приет Проект на Концепция за устойчиво развитие на системата за спешна медицинска помощ.[[43]](#footnote-43) Взето е решение концепцията да се публикува на интернет страницата на Министерството на здравеопазването за 14-дневно обсъждане, каквото е изискването на Закона за нормативните актове.[[44]](#footnote-44) Концепцията не е приета от Министерския съвет.

Редица причини, като промени в ръководството на Министерството на здравеопазването, управление на служебно правителство, предсрочни избори и избор на ново правителство, с нова политическа програма и стратегическа визия, водят до силно забавяне на приемането на стратегическия документ за развитието на спешната медицинска помощ.[[45]](#footnote-45)

**4.2.** През 2013 г. от министъра на здравеопазването отново е създадена работна група[[46]](#footnote-46) със задача в срок до 31.10.2013 г. да изготви стратегия за развитието на спешната медицинска помощ. Съставен е доклад за дейността на работната група по изготвянето на стратегията за развитие на спешната медицинска помощ в България.[[47]](#footnote-47)

**4.2.1.** Основна цел на предлаганата концепция е цялостното интензивно развитие на спешната медицинска помощ в страната с цел осигуряване на нейната достъпност за населението в трите й измерения – своевременност, достатъчност и качество. Предмет на концепцията е предлагането на цялостна визия за развитието на спешната медицинска помощ. Концепцията обхваща интензивно развитие и оптимизация на системата за спешна медицинска помощ, като съдържа и предложения за реформи, включващи организацията на спешната медицинска помощ в болнични условия. Концепцията предлага нова визия на системата и нейните елементи и набелязва ключовите предизвикателства пред нейното бъдещо развитие.[[48]](#footnote-48)

**4.2.2.** Изведени са девет приоритета, всеки от които с формулирана цел и политики, посредством които да се реализира цялостното интензивно развитие на спешната медицинска помощ. Приоритетите предполагат изграждане на единна многофункционална система, актуализация на нормативната база, създаване на условия за повишаване на квалификацията и мотивацията на медицинския персонал, изработване на карта на системата на спешната медицинска помощ, поддържане на многофункционален специализиран транспорт, подобряване дейността на комуникационно-информационната система, усъвършенстване на управлението при кризи и трансгранично сътрудничество.

С включения в концепцията план за действие с финансов разчет се определят сроковете за изпълнение, необходимите средства и източниците на финансиране за всички дейности/мерки по политиките, очертани по всяка от целите на концепцията.[[49]](#footnote-49)

**4.2.3.** Внесен е доклад по проект на Решение на Министерския съвет за приемане на Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020 г.[[50]](#footnote-50)

В доклада е отбелязано, че концепцията е израз на консенсус между експертите в областта на здравеопазването, институционализираните и неформалните структури на гражданското общество относно необходимостта от промяна в здравната политика с акцент върху предоставянето на достъпна, а това означава своевременна, достатъчна и качествена помощ при животозастрашаващи състояния и при състояния, водещи до временна или трайна инвалидизация. Подчертано е, че концепцията е част от споразумението за партньорство с Европейската комисия. Според споразумението в сектор „Здравеопазване“ за преодоляване на проблемите следва да бъдат извършени ключови промени, като бъдат подкрепени инвестиции в здравна инфраструктура с цел подобряване на условията за адекватна спешна медицинска помощ и продължително лечение, в съответствие с Националната здравна стратегия до 2020 г., Плана за действие към нея и Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ. Също така е предвидено подобряване на качеството на услугите чрез инвестиции в човешкия капитал, като се финансират обучения за придобиване на специалност и за продължаващото обучение на специалистите в тази област.

Отправена е молба проектът да бъде приет „неприсъствено“, въпреки че това се допуска само по изключение и по предложение на министър-председателя.[[51]](#footnote-51)

Приемането на концепцията е отложено, като материалите, свързани с нея, са върнати от администрацията на Министерския съвет за преподписване от следващ министър.[[52]](#footnote-52)

**4.2.4.** Междувременно изпълнението на концепцията започва, като са открити две процедури за възлагане на обществени поръчки.

**а)** С решение[[53]](#footnote-53)от министъра на здравеопазването е открита процедура за възлагане на обществена поръчка за „Доставка на медицинска апаратура, медицинско оборудване и технологично обзавеждане в 35 центъра/филиала/лечебни заведения“ на обща стойност 6 443 411,67 лв. за сметка на държавния бюджет. Средствата са отпуснати по Публичната инвестиционна програма „Растеж и устойчиво развитите на регионите“.[[54]](#footnote-54)

Втората процедура е за „Избор на изпълнител на доставка на 56 санитарни автомобила“ на обща стойност 3 616 667 лв. за сметка на държавния бюджет.[[55]](#footnote-55) Процедурите са прекратени от служебния министър на здравеопазването.[[56]](#footnote-56),[[57]](#footnote-57)

Общата стойност на двете поръчки възлиза на 10 060 078,67 лв. Основание за обявяването им е Планът за действие с финансов разчет към Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020 г., въпреки че концепцията не е приета по съответния нормативен ред.

**4.3.** Необходимостта от стратегическа визия за развитието на спешната медицинска помощ налага изготвянето на трети по ред проект на Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020 г. през м. ноември 2014 г.

Визията на концепцията е „До 2020 г. България да е държава с развита модерна спешна медицинска помощ, съпоставима с европейските модели и съобразена с националните особености, която има своя значителен принос за повишаване на качеството на човешкия капитал и постигане на европейските цели за интелигентен, устойчив, приобщаващ и териториално балансиран икономически растеж.“

**4.3.1.** Стратегическата цел на концепцията е: осигуряване на равнопоставен достъп на гражданите до спешна медицинска помощ в съответствие с най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, достатъчност, качество и безопасност. Очакванията от реализиране на концепцията са свързани с: устойчиво подобряване на националните здравни показатели за смъртност и загуба на работоспособност в резултат на спешни състояния; повишена удовлетвореност на обществото от системата за спешна медицинска помощ и ефективно спрямо разходите предоставяне на спешна помощ, подкрепящо оптимизирането на болничната мрежа и развитие на възможностите за извънболнично лечение.

**4.3.2.** Определени са 6 приоритета със съответните подприоритети, към които са предвидени общо 63 конкретни мерки с определени източници на финансиране, начин на изпълнение, изпълнители, срокове и очаквани резултати. В тях са обхванати всички съществени фактори, развитието на които има решаващо значение за постигане на достъпна, качествена и своевременна спешна медицинска помощ – структура, материално-техническо осигуряване, развитие на човешките ресурси, система за финансиране и координация между елементите на системата за спешна медицинска помощ.

В процеса на разработване и приемане на концепцията са взети предвид становищата на националния консултант по спешна медицина[[58]](#footnote-58) и на Управителния съвет на Националната асоциация на работещите в спешната медицинска помощ в България.[[59]](#footnote-59)

Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020 г. е приета с Решение на Министерския съвет от 28.11.2014 г. Приемането на концепцията е важно условие по Споразумението за партньорство с оглед обоснованото финансиране за спешната помощ.[[60]](#footnote-60)

**За одитирания период са разработени три концепции, свързани с развитието на спешната медицинска помощ. По различни причини първите две концепции не са приети от Министерския съвет, с което са създадени предпоставки за забавяне на наложителните реформи в системата за спешна медицинска помощ и разрешаването на системните проблеми при предоставяне на качествена, своевременна и достъпна спешна медицинска помощ.**

**С приемането на Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020 г. през м. ноември 2014 г. е приета стратегическата визия и е изготвен актуален стратегически документ за развитие на системата за спешна медицинска помощ. Осигурени са предпоставки за финансиране по оперативните програми в съответствие със Споразумението за партньорство.**

**5. Годишни цели на Министерството на здравеопазването, свързани с развитието на спешната медицинска помощ**

В изпълнение на стратегическите цели органите на изпълнителната власт следва да поставят ежегодни цели за дейността на съответната администрация.[[61]](#footnote-61)

Годишните цели на министерството следва да съответстват на стратегическите цели/целите, заложени в действащите стратегически документи.[[62]](#footnote-62)

**5.1.** За одитирания период, в изпълнение на стратегическите цели, заложени в националните стратегически документи, от Министерството на здравеопазването са изготвени ежегодни цели за дейността на съответната администрация, включително свързани с развитието на спешната медицинска помощ. Няма данни дали целите на администрацията за съответната година са приемани от ръководството на Министерството на здравеопазването.

Определени са дейности, свързани с постигането на всяка отделна цел. Посочени са сроковете за изпълнение и очакваните резултати от постигането на съответната цел.

За да бъде осъществено наблюдение върху изпълнението на дейностите, са определени индикатори за целево състояние (в началото на отчетния период) и за текущо състояние (в края на отчетния период). Въведен е и индикатор за самооценка, който определя степента на постигане на целта в процент. Липсва яснота за критериите, спрямо които се прави преценката за степента на изпълнение на целите. Не във всички случаи индикаторите за изпълнение са количествено и/или качествено измерими, което поставя под съмнение направените самооценки. Има случаи, при които не са дефинирани индикатори за оценка.[[63]](#footnote-63),[[64]](#footnote-64)

При определянето на индикаторите е следвана логиката за взаимна връзка между тях и дейностите, които следва да се осъществят за постигане на целите.[[65]](#footnote-65)

**5.2.** Годишните цели на министерството, свързани с развитието на спешната медицинска помощ за одитирания период, съответстват на стратегическите цели/целите, заложени в Програмата на правителството на европейско развитие на България, Концепцията на преструктуриране на болничната помощ в Република България, Концепцията за по-добро здравеопазване, Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013 г. и Националната здравна стратегия за съответния период.[[66]](#footnote-66)

**5.3.** Изпълнението на поставените стратегически цели и приоритети е оповестявано в годишните доклади за дейността на министерството. Съставяни са отделни ежегодни отчети за изпълнение на целите, които са публикувани на електронната страница на министерството. Отчетите са изпращани с писма до Министерския съвет.[[67]](#footnote-67) До приключването на одита не е публикуван отчет за изпълнение на целите за 2014 г.

**5.4.** За периода от 2010 г. до 2013 г. включително, за който има съставени отчети за изпълнение на целите, като напълно постигнати са отчетени част от дейностите по две от целите, свързани с дейността по оказване на спешна медицинска помощ. Пет дейности по четири от целите са отчетени като задоволително изпълнени, а незадоволително изпълнени са 6 дейности по четири от целите.

Не във всички случаи са определени индикатори за оценка на изпълнение на целите. За 2010 г. по дейност „Гарантиране на достъпа на пациенти със спешни състояния в болничната помощ в процеса на преструктуриране“ по Стратегическа цел „Гарантиране на равен достъп на населението до висококачествена медицинска помощ“ липсват индикатори за целево и за текущо състояние. По същата дейност не е отчетено изпълнение, като формулировката на дейностите в документа за целите и в отчета не съвпадат.

Има, макар и единични, случаи, при които дейностите, заложени в отчета не съвпадат с тези в документа с целите; целта е включена в плана с целите, но нейното изпълнение не е отчетено в отчета за съответната година; дейности, записани в документа за целите за една година са отчетени в следващата година; дейности, за които е удължен срокът за изпълнение са отчетени като напълно изпълнени; през 2013 г., посочени цели в документа за целите, са отразени като дейности в отчета за изпълнение, а очаквани резултати от документа за целите, са посочени като индикатор за изпълнение – целево състояние в началото на периода.[[68]](#footnote-68)

От страна на главния секретар на министерството, който ръководи, координира, контролира и организира функционирането и дейността на администрацията и отговаря за планирането и отчетността при изпълнение на годишните цели на министерството, не е осъществен ефективен контрол върху процеса на планиране и изпълнение на целите на администрацията за одитирания период.[[69]](#footnote-69)

**В изпълнение на целите, заложени в националните стратегически документи и в съответствие с изискванията на Закона за администрацията, от Министерството на здравеопазването са формулирани ежегодни цели за дейността, включително за развитието на дейността по оказване на спешна медицинска помощ. Изпълнението на целите е публично оповестявано. При съставянето на отчетите са допуснати пропуски, които не оказват влияние върху тяхното изпълнение.**

**Извършената самооценка за изпълнение на целите сочи незадоволително изпълнение на целите за одитирания период.**

**Липсва яснота относно критериите, спрямо които е извършена преценката за степента на изпълнение на целите. Не във всички случаи индикаторите за изпълнение са количествено и/или качествено измерими, което поставя под съмнение направените самооценки.**

**II. Анализ и оценка на структурата и човешките ресурси за изпълнение на дейността по спешна медицинска помощ**

**1. Брой и разположение на ЦСМП/ФСМП. Структура**

Центровете за спешна медицинска помощ в Република България се планират и разпределят на териториален принцип въз основа на потребностите на населението от достъпна и своевременна медицинска помощ. Планирането и разпределението им се извършват чрез Национална здравна карта и областни здравни карти.[[70]](#footnote-70)

Всеки център се състои от административно-стопански сектор, районна координационна централа (РКЦ) и определен брой филиали за спешна медицинска помощ (ФСМП), разкрити съобразно разстоянията, маршрутите и релефа на съответния регион и възможностите за спешно обслужване.[[71]](#footnote-71),[[72]](#footnote-72)

**1.1.** Системата за спешна медицинска помощ в Република България включва 28 ЦСМП, съответстващи на областите, съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях 198 ФСМП.

Центровете за спешна медицинска помощ и ФСМП са създадени с постановления на Министерския съвет през периода от 1994 г. до 1996 г.[[73]](#footnote-73) и преобразувани като лечебни заведения в съответствие с изискванията на Закона за лечебните заведения.[[74]](#footnote-74) Те са юридически лица със седалище административния център на съответната област и осъществяват дейността си на нейната територия.[[75]](#footnote-75) При изграждането им са взети предвид гъстотата на населението, обслужваната територия, инфраструктурата на регионите – пътища, време на достигане на санитарния автомобил до пациента в обслужвания район, заболеваемост и др. Следвани са действащите за периода нормативи за обхват на обслужвания район от всеки ФСМП, радиус до 30 км и оказването на спешната помощ да е в рамките на 20 минути от момента на поставяне на задачата до момента на пристигане на екипа при пациента,[[76]](#footnote-76) както и стандартите за медицински персонал в структурите на ЦСМП.[[77]](#footnote-77) След отмяната на Наредба № 7 за спешната медицинска помощ през 1999 г.[[78]](#footnote-78) са приети Наредба № 25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ и Правилник за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ. В приетите нормативни документи липсват утвърдени нормативи за обхвата на структурите и материално-техническото осигуряване на центровете. Липсват критерии и стандарти, при които следва да се извършва откриването, закриването или преместването на ФСМП.[[79]](#footnote-79)

**1.2.** През 2010 г. дейността и структурата на ЦСМП са регламентирани с Медицински стандарт „Спешна медицина“.[[80]](#footnote-80)

Съгласно стандарта структурата на ЦСМП включва три части – РКЦ с диспечерска зала, ФСМП с помещения за дежурните екипи и Административно стопанска част, състояща се от административни помещения, складови помещения, склад за медикаменти и консумативи, склад за резервни части и др. материали, гаражи, сервизни помещения и др.

Структурата на центровете ежегодно се съгласува с министъра на здравеопазването заедно със съгласуването на длъжностните разписания, с което се удостоверява нейното съответствие с нормативната уредба.[[81]](#footnote-81)

С Решение на Министерския съвет[[82]](#footnote-82) е приета актуализирана Национална здравна карта на Република България, [[83]](#footnote-83) в която са включени 28-те ЦСМП, без да са изброени филиалите към тях. Със заповед на министъра на здравеопазването е определена работна група, която да извърши преглед с оглед актуализация на законовата регламентация, включително в частта, засягаща Националната здравна карта.[[84]](#footnote-84)

**1.3.** Извършен е анализ на равнопоставеността на достъпа на населението до спешна медицинска помощ в 7-те ЦСМП от одитната извадка, на базата на относителния дял на жителите в населените места с достъп до спешна медицинска помощ над 20 минути. Общо 152 780 души в 523 населени места са със затруднен достъп до спешна медицинска помощ, като те съставляват средно 8 на сто от жителите на тези населени места. С най-нисък относителен дял на населението със затруднен достъп са центровете във Варна, Пловдив и Кюстендил – 3 на сто, докато в ЦСМП Софийска област този дял възлиза на 8 на сто. Най-голяма част от населението със затруднен достъп се намира в обхвата на ЦСМП-Благоевград – 15 на сто и на ЦСМП-Добрич – 25 на сто. Следва да се отбележи, че това са населени места с много нисък брой жители, които са разпръснати на значителни разстояния от ФСМП. Например, в област Кюстендил, поради лоши пътни условия достъпът до спешна медицинска помощ на селище с 34 жители, отстоящо на 34 км от филиала, е на 80 минути път. Подобни случаи има във всички центрове, с изключение на ЦСМП София-град, където достъпът на цялото население е в рамките на 15 минути. С най-отдалечен достъп е населено място с 10 жители в област Варна, което е отдалечено на 50 км от филиала, но поради трудно проходим път и релефа на местността до него се стига за 90 минути.[[85]](#footnote-85),[[86]](#footnote-86)

По обобщени данни на Министерството на здравеопазването приблизително 58 на сто от населените места в страната са с време за достъп до ФСМП до 20 минути, а около 15 на сто от населените места са с време за достъп в диапазона над 30 минути, когато оказването на адекватна медицинска помощ при спешни състояния е силно затруднено. Обслужваното население в тези населени места, разположени в труднодостъпни и отдалечени райони е около 211 000 души или 3 на сто от населението.[[87]](#footnote-87)

**1.4.** В плана за действие за изпълнение на Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ, приета през м. ноември 2014 г. са заложени мерки за осигуряване на равномерно и адекватно териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ. Предвидено е да се извърши оценка на състоянието на системата по отношение на достъпа на населението до спешна медицинска помощ, утвърждаване на критерии и стандарти за териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ, изготвяне на Карта на техния брой и разпределение, съобразена с утвърдените критерии и стандарти, преразпределение на района на обслужване и местоположението на съществуващите филиали на ЦСМП, ежегодно извършване на оценка на съществуващата структура на спешната помощ и потребностите на населението от спешна помощ на регионално и национално ниво.

**Изградената структура на системата за спешна медицинска помощ осигурява относително равномерно покритие на структурите й на територията на цялата страна. Същевременно при съществуващите структура на ЦСМП, особеностите на географското положение, пътната инфраструктура и релефа е налице неравнопоставеност на част от населението по отношение на времето за достъп до спешна медицинска помощ.**

**Редът за откриване, закриване и преместване на ФСМП не е регламентиран. Не са въведени стандарти за териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ.**

**2**. **Подбор и назначаване на персонала в ЦСМП. Утвърждаване на щатното разписание. Изисквания за образование и квалификация**

Наличието на квалифициран и мотивиран персонал е основен фактор за осигуряване на високо качество. Формирането и устойчивото провеждане на политика за запазване и развитие на човешките ресурси в системата на спешната медицинска помощ следва да става чрез система за подбор, назначаване и обучение на кадрите.

**2.1.** Директорът на ЦСМП се назначава от министъра на здравеопазването след провеждане на конкурс по реда на Кодекса на труда.[[88]](#footnote-88) Той следва да притежава образователно-квалификационна степен "магистър" по медицина, призната медицинска специалност, придобита квалификация по здравен мениджмънт и най-малко една година стаж в лечебно заведение с основен предмет на дейност осъществяване на спешна медицинска помощ или в структура на лечебно заведение, осъществяваща медицинска помощ на пациенти със спешни състояния. Директорът се атестира на всеки три години в срок до два месеца след изтичане на срока от предходното атестиране от комисия, определена от министъра на здравеопазването за всеки конкретен случай.[[89]](#footnote-89)

Извършено е проучване за съответствието на начина на назначаване и атестиране на директорите от ЦСМП в одитната извадка.Директорите на ЦСМП в Добрич, Кюстендил, Пловдив, Софийска област, Варна и София-град са назначени от министъра на здравеопазването след проведени конкурси по реда на Кодекса на труда. Те притежават образователно-квалификационна степен „магистър“ по медицина, призната медицинска специалност, придобита квалификация по здравен мениджмънт и повече от една година стаж в лечебно заведение с основен предмет на дейност осъществяване на спешна медицинска помощ, което е в съответствие с изискванията на нормативната уредба.[[90]](#footnote-90) От назначените с конкурс 6-тима директори на ЦСМП четирима са атестирани през 2011 г. и 2012 г., останалите двама не са атестирани през периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г.[[91]](#footnote-91)

Директорът на ЦСМП-Благоевград е назначен с трудов договор през 2010 г. със срок до провеждане на конкурс.[[92]](#footnote-92) Повече от 3 години не са предприети действия за провеждане на конкурс, в съответствие с изискванията на нормативната уредба.[[93]](#footnote-93),[[94]](#footnote-94).

**Директорите на ЦСМП от одитната извадка са назначени от министъра на здравеопазването по реда на Кодекса на труда, в съответствие с нормативните изисквания за заемане на длъжността. Не са спазени изискванията за обявяване на конкурс за директора на ЦСМП-Благоевград. За част от директорите не е спазен нормативно регламентираният срок за атестиране.**

**2.2. Правила за подбор на кадрите. Структура и щатно разписание на ЦСМП**

Структурата на ЦСМП и щатното разписание по длъжности се утвърждават ежегодно от министъра на здравеопазването по предложение на директора в срок до 10 януари на текущата година. Предложение се прави и при необходимост от промяна на структурата или длъжностното щатно разписание на съответния център.[[95]](#footnote-95)

**2.2.1.** В ЦСМП, включени в одитната извадка са въведени системи за подбор на кадрите[[96]](#footnote-96). Разработени и приети са вътрешни правила за подбор на персонала (с изключение на ЦСМП-Пловдив и ЦСМП-Варна[[97]](#footnote-97)), в които са включени изисквания за завършено образование и професионален опит в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“ и Правилника за устройството на дейността на център за спешна медицинска помощ. В длъжностните разписания са определени категориите персонал съгласно Национална класификация на професиите (НКП). Изискванията за заемане на определена длъжност са регламентирани и с длъжностни характеристики[[98]](#footnote-98).

**2.2.2.** Заосъществяване на контрол при съставяне на щатните разписания се прилага приетата от Министерството на здравеопазването Методология за реда на съгласуване на структурата и длъжностните разписания на второстепенните разпоредители с бюджетни кредити към министъра на здравеопазването.

Съгласно изискванията на Правилника за устройството на дейността на център за спешна медицинска помощ, министърът следва да утвърди щатното разписание по длъжности,[[99]](#footnote-99) докато съгласно методологията задължението на министъра се свежда до тяхното съгласуване.[[100]](#footnote-100) Допуснато е несъответствие между използваната терминология в двата документа.[[101]](#footnote-101) Валидно е изискването на правилника като нормативен акт от по-висока степен. Като резултат от посоченото, в някои от годините на одитирания период щатните разписания по длъжности на ЦСМП са утвърдени, а в други – съгласувани.[[102]](#footnote-102) Становището на министерството е, че волята на министъра по проектите на щатните разписания се обективира с изразяване на съгласие с предложения проект и в този смисъл съгласуването и утвърждаването на щатното има еднакъв смисъл и води до идентични последици.[[103]](#footnote-103)

За одитирания период щатните разписания на ЦСМП от одитната извадка са утвърдени/съгласувани, с изключение на ЦСМП София-град за 2013 г. и 2014 г.[[104]](#footnote-104),

**2.2.3.** На основата на щатните разписания по длъжности са разработени поименни щатни разписания, които се утвърждават от директора на съответния център. В разписанията на 2 от 7-те ЦСМП – Пловдив и Варна не са посочени структурните звена, към които принадлежат съответните медицински специалисти.

Нормативно не е приета задължителна форма на поименното щатно разписание, но добрата практика изисква то да следва структурата и формата на щатното длъжностно разписание с посочване данните на конкретните длъжностните лица.[[105]](#footnote-105)

**2.3. Районна координационна централа.**

За осигуряването на дейността на РКЦ в ЦСМП се планират длъжности по видове и брой съгласно изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“, както следва:[[106]](#footnote-106)

а) лекари – 6 бр.;

б) специалисти по здравни грижи или други специалисти с необходимата квалификация:

- до 50 000 повиквания за СМП годишно – 6 бр.;

- за всеки 6000 повиквания годишно над 50 000 до 100 000 – по един бр. допълнително;

- за всеки 15 000 повиквания годишно над 100 000 – един бр. допълнително.

Анализът относно спазването на стандарта сочи:

**2.3.1.** За периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г. за дейността на РКЦ в **ЦСМП-Благоевград** са планирани длъжности по видове и брой съгласно изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“. През 2012 г. дейността на РКЦ се изпълнява от един лекар (вместо от 6) и 12 души среден и полувисш медицински персонал. От 2014 г. в РКЦ работи само среден и полувисш медицински персонал поради липса на кандидати за лекарските длъжности. Не са изпълнени изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“.[[107]](#footnote-107),[[108]](#footnote-108)

**2.3.2.** За целия одитиран период РКЦ в **ЦСМП-Добрич** независимо, че по щатното разписание са планирани необходимите бройки и длъжности, се обслужва само от фелдшери и медицински сестри, поради липса на кандидати за лекарските длъжности.[[109]](#footnote-109)

**2.3.3.** В **ЦСМП-Кюстендил** предвидените длъжности за РКЦ са в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“, но щатът на лекарите е непопълнен с 4 бройки и е компенсиран с назначени на тяхно място фелдшери.[[110]](#footnote-110)

**2.3.4.** За осигуряване на дейността на РКЦ в **ЦСМП-Пловдив** са планирани и заети длъжности по видове и брой съгласно изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“.[[111]](#footnote-111)

**2.3.5.** В **ЦСМП София-град** предвидените длъжности за РКЦ са в съответствие с изискванията на Медицинския стандарт „Спешна медицина“, но щатните бройки не са заети, като вакантните места за лекари са едно или две на година. Вакантните места за останалите длъжности са между 4 – за 2013 г. и 17 за 2010 г., въпреки системното публикуване на обяви за наемане на необходимия персонал.[[112]](#footnote-112)

**2.3.6.** В **ЦСМП Софийска област** щатното разписание е разработено в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“ и предвидените щатни бройки за РКЦ са заети.[[113]](#footnote-113)

**2.3.7.** За РКЦ в **ЦСМП-Варна** са планирани необходимите щатни бройки за лекари и за среден и полувисш медицински персонал в съответствие с минималните изисквания на стандарт „Спешна медицина“ Бройките за лекари и среден медицински персонал са заети до 2013 г. През 2014 г. има една вакантна бройка за медицинска сестра.[[114]](#footnote-114)

**Предвидените с щатното разписание длъжности по видове и брой в РКЦ на ЦСМП съответстват на изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“. Планираните щатни длъжности и бройки за РКЦ са изцяло заети в два от 7-те центъра от одитната извадка. В РКЦ на 4 ЦСМП не са заети щатните бройки за лекари, като в ЦСМП в Благоевград и Добрич през 2014 г. работят без нито един лекар. В РКЦ на ЦСМП София-град има вакантни места за всички длъжности.**

**Липсата на пълна заетост и най-вече на кандидати за лекарските длъжности в РКЦ са риск за своевременното приемане и приоритизиране на повикванията и изпращането на подходящ медицински екип за оказване на спешна помощ.**

**2.4. Брой и състав на медицинските екипи.**

Медицинските екипи във ФСМП се планират като количество и вид в зависимост от броя, състава и гъстотата на населението, разположено на територията на съответното ЦСМП.[[115]](#footnote-115)

Медицинският персонал в системата за спешна медицинска помощ на ЦСМП възлиза на 7 111 души, в рамките на които са формирани 357 мобилни екипа, от които 75 реанимационни, 127 лекарски, 125 долекарски и 30 транспортни. Освен тях функционират и 167 стационарни екипи.[[116]](#footnote-116)

Таблица № 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЦСМП | Гъстота - Брой жители на км2 | Население  Брой | Обслужвана територия кв. км | Препоръчителен минимален брой екипи[[117]](#footnote-117) | | Предвидени по щат екипи[[118]](#footnote-118) | |
|  |  | **МЕ** | **Реанимац.**  **екипи** | **МЕ** | **Реанимац.**  **екипи** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| Благоевград | 50 | Х | 6649 | 10 | 4 | 12 | 5 |
| Добрич | 40 | Х | 4719 | 7 | 2 | 12 | 2 |
| Кюстендил | 45 | Х | 3037 | 7 | 2 | 16 | 2 |
| Пловдив | 122 | 684 412 | Х | 20 | 5 | 33 | 4 |
| София-град | 835 | 1 304 080 | Х | 37 | 9 | 25 | 9 |
| Софийска област | 35 | Х | 7303 | 11 | 4 | 26 | 5 |
| Варна | 116 | 469 010 | Х | 14 | 5 | 30 | 5 |

Източник: ЦСМП

**2.4.1.** За обслужване на района на **ЦСМП-Благоевград** на разположение са общо 12 медицински екипа, от които 10 долекарски и по един транспортен и лекарски, при минимални изисквания от 10 медицински екипа по стандарт. Предвидени са и 5 реанимационни екипа при необходимост от минимум 4 по стандарт. Наблюдава се високо текучество, особено при лекарите. През 2013 г. то достига до 42 на сто, като най-ниско е за първото полугодие на 2014 г. – 13 на сто.

Броят на лекарите трайно намалява, основно за сметка на лекарите от филиала в Благоевград, където текучеството е 33 на сто. Относителният дял на незаетите щатни бройки за лекари общо за центъра се увеличава от 0 за 2010 г. на 20 на сто за 2014 г. за сметка на незаетите лекарски места във ФСМП-Благоевград.[[119]](#footnote-119)

**2.4.2. Центърът за спешна медицинска помощ в Добрич** разполага с общо 12 медицински екипа, от които 11 долекарски и 1 транспортен, при минимално изискване по стандарт от 7. Към центъра работят и 2 реанимационни екипа, който брой съответства на минималното изискване по стандарт.[[120]](#footnote-120)

За одитирания период се увеличават незаетите щатни бройки за лекари, които нарастват от 8 през 2010 г. на 11 през 2014 г. или 34 на сто от щатните бройки за лекари са вакантни. Най-висок е относителният дял на свободните лекарски бройки във филиала в Добрич, където той е 50 на сто – при предвидени по щат 18 са заети само 9 лекарски места.

При лекарите се наблюдава и най-високо текучество, като положителен факт е, че то намалява от 40 на сто през 2010 г. на 14 на сто за първото полугодие на 2014 г., но остава относително високо. Едновременно с текучеството относителният дял на свободните лекарски места също е висок, което създава сериозни рискове за своевременното и качествено оказване на спешна медицинска помощ на пациентите.[[121]](#footnote-121)

**2.4.3.** За обслужване на района на **ЦСМП-Кюстендил** центърът разполага с общо 10 медицински екипа, от които 5 долекарски, 4 лекарски и един транспортен, при предвидени по стандарт минимум общо 7 медицински екипа. Към ЦСМП са предвидени и 2 реанимационни екипа, каквото е и минималното изискване по медицинския стандарт. В центъра работят 5 стационарни екипа.[[122]](#footnote-122)

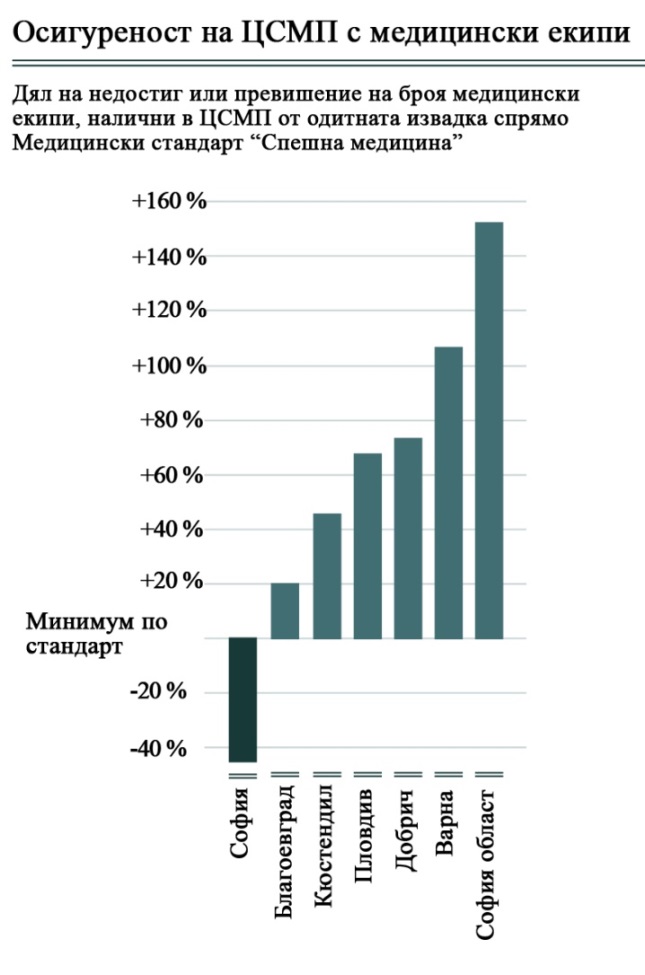
Текучеството е най-високо при лекарите, като от 18 на сто през 2010 г. то намалява на 2 на сто през I-то полугодие на 2014 г. Делът на незаетите лекарски бройки расте от 26 на 35 на сто за одитирания период,основно за сметка на филиала в Кюстендил, където относителният брой на незаетите лекарски бройки е 53 на сто – при предвидени по щат 19 са заети само 9 лекарски места. Броят на екипите се поддържа, като при необходимост се полагат допълнителни дежурства.[[123]](#footnote-123)

**2.4.4.** В **ЦСМП-Пловдив** за одитирания период са предвидени по щат общо 33 екипа, от които 14 лекарски, 5 долекарски, 3 транспортни, 10 стационарни и един за РКЦ при изисквани по стандарт общо 20 медицински екипи. Към ЦСМП има и 4 реанимационни екипа, при минимално изискване на стандарта от 5 екипа.[[124]](#footnote-124) Реанимационните екипи, които са с един по-малко се компенсират от по-големия брой други медицински екипи.[[125]](#footnote-125)

През 2010 г. незаетите щатни бройки за лекари са 4 на сто спрямо планираните, но през 2014 г. този дял нараства на 28 на сто. Най-голям е делът на вакантните места за лекари във филиала в Пловдив, като същият нараства до 35 на сто в края на одитирания период. Текучеството при лекарите също е най-високо, като през 2011 г. достига 44 на сто.

През I-то полугодие на 2014 г. то намалява до 13 на сто.[[126]](#footnote-126)

**2.4.5.** За обслужване на района на **ЦСМП София-град** са предвидени по щат 25 екипа – 20 лекарски, 3 транспортни и 2 стационарни за 2010 г., като от 2011 г. те са 21 лекарски, 2 транспортни, 2 стационарни, при минимални изисквани по стандарт от общо 37 медицински екипа. Относителният дял на планираните по щат медицински екипи на ЦСМП София-град е 67 на сто от минималните изисквания по стандарт, изчислени на база гъстота на населението и брой обслужвано население. Предвидените по щат реанимационни екипи са 10 за 2010 г., като за следващите години стават 9, което е в съответствие с минималното изискване по стандарта.[[127]](#footnote-127) Броят на лекарите и другите медицински специалисти в екипите е в съответствие с изискванията на стандарта.

**2.4.5.1.** Фактически работилите реанимационни екипи са значително по-малко – средно 2 през 2010 г., 3,2 екипа през 2011 г., 4,1 през 2012 г., 3,8 през 2013 г. и 5,2 екипа през първото полугодие на 2014 г. През целия одитиран период населението на София е обслужвано с 30 до 50 на сто от предвидените реанимационни екипи, поради липса на лекари. От предвидените 25 медицински екипа през 2010 г. фактически са комплектовани 18 (без реанимационните). През 2014 г. фактически обслужващите медицински екипи в София са също 18, при предвидени по щат 28. Относителният дял на действащите медицински екипи през 2010 г. е 72 на сто, като този дял намалява през 2014 г. на 64 на сто или към 2014 г. минималните изисквания на Медицински стандарт „Спешна медицина“ за 37 екипа са изпълнени едва на 48,6 на сто, като в изчислението не е взет предвид броят на временно пребиваващото население.[[128]](#footnote-128)

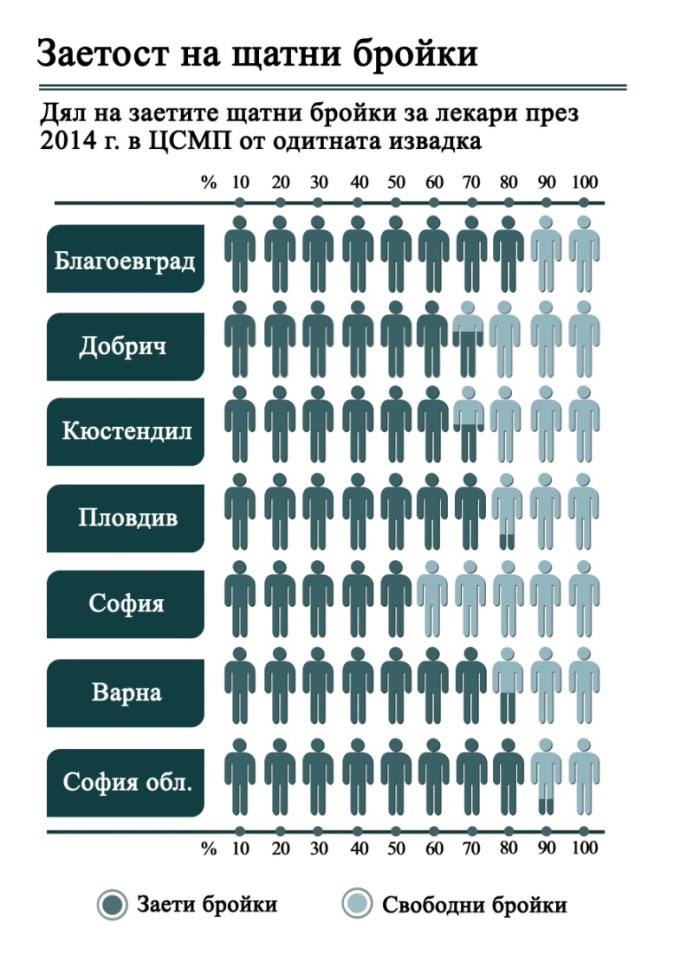
**2.4.5.2.** През 2010 г. при планирани по щатно разписание 189 лекари фактически заети са 101 или 47 на сто от планираните щатни бройки за лекари са вакантни. В края на одитирания период през 2014 г. при същата планирана численост на лекарите заетостта е намалена на 94 бройки или свободните щатни бройки за лекари са 50 на сто.

Най-голям е броят на вакантните места за лекари във филиала в гр. София, където незаетите щатни бройки за лекари нарастват от 84 през 2010 г. на 92 през 2014 г. или в края на одитирания период 54 на сто от щатните бройки за лекари във ФСМП-София са вакантни.[[129]](#footnote-129)

**2.4.5.3.** При лекарите се наблюдава най-голямото текучество. През 2010 г. са напуснали най-много лекари – 35, което е 35 на сто спрямо заетите бройки. На тяхно място са назначени 17 лекари или два пъти по-малко от напусналите. Най-висок относителен дял има текучеството през 2012 г. – 37 на сто от работещите са напуснали, а най-нисък е делът на напусналите през 2011 г. – 20 на сто.Единствено през 2013 г. броят на назначените лекари е по-висок от този на напусналите – при напуснали 25 са назначени 34 лекари.[[130]](#footnote-130)

В ЦСМП София-град се наблюдава натрупване на негативни фактори, свързани с осигуреността на спешната помощ с медицински персонал – постоянно високо текучество, голям брой незаети лекарски места и непокриване на минималните изисквания на Медицинския стандарт „Спешна медицина“ относно броя на медицинските екипи. Посочените негативни тенденции създават сериозни рискове за оказване на своевременна и качествена медицинска помощ на пациентите.

**2.4.6.** Изпълнени саминималните изисквания на Медицинския стандарт „Спешна медицина“ относно броя на екипите и на лекарите и другите медицински специалисти в тях за **ЦСМП Софийска област.** В началото на одитирания период той разполага с общо 26 медицински екипа, от които 12 лекарски и 14 долекарски, при минимален брой от 11 медицински екипа по стандарт. В центъра за 2010 г. са планирани и 5 реанимационни екипа, при минимално изисквани по стандарта от 4.[[131]](#footnote-131) През следващите години броят на екипите е променен, като през 2013 г. и 2014 г. той остава постоянен – 4 реанимационни, 7 лекарски и 21 долекарски екипа.[[132]](#footnote-132)

През 2010 г. в центъра се наблюдава фактическа заетост от 90 на сто, като за лекарите тя е много по-ниска – 74 на сто. Намаляват предвидените щатни бройки за лекари за одитирания период - от 108 през 2010 г. на 72 през 2014 г., независимо от което незаетите лекарски места остават с висок относителен дял - 18 на сто през 2014 г.[[133]](#footnote-133)

Текучеството на лекарите в центъра намалява през одитирания период, но остава относително високо – от 58 на сто през 2010 г., то намалява на 15 на сто за първото полугодие на 2014 г.[[134]](#footnote-134)

**2.4.7.** За **ЦСМП-Варна** са изпълнени минималните изисквания на Медицинския стандарт „Спешна медицина“ относно броя на екипите и на лекарите и другите медицински специалисти в тях **-** за обслужване на района на ЦСМП са предвидени 30 екипа - 12 лекарски, 2 транспортни, 12 стационарни, 3 долекарски и един РКЦ при изисквани по стандарт минимален брой медицински екипи 14. Реанимационните екипи са 5 при минимално изискуеми 3 екипа. Броят на лекарските и долекарските екипи се променя през периода 2010 г. – 2014 г., но общият им брой си остава 15.[[135]](#footnote-135)

Заетостта на лекарите е висока през 2010 г. – 92 на сто, но през следващите години намалява, като през 2014 г. достига 74 на сто.[[136]](#footnote-136)

Текучеството при лекарите за одитирания период е високо и се движи между 27 и 37 на сто, с изключение на първото полугодие на 2014 г., когато е 12 на сто. Ежегодно около 30-40 лекари напускат центъра, като новопостъпилите са много по-малко от напусналите.[[137]](#footnote-137),[[138]](#footnote-138)

**Броят и съставът на екипите от лекари и други медицински специалисти в ЦСМП от одитната извадка е в съответствие с минималните изисквания на Медицинския стандарт „Спешна медицина“. Изключение прави ЦСМП София-град, където са заложени едва 67 на сто от броя на необходимите екипи по минималните изисквания на стандарта, а фактически населението се обслужва от медицински екипи, които съставляват едва 48,6 на сто от тези изисквания.**

**Броят на лекарите във всички ЦСМП трайно намалява, основно за сметка на лекарите от филиалите в областните градове. Ежегодното намаляване на заетите щатни бройки за лекари е съчетано с постоянно високо текучество и увеличаване на вакантните места при тях.**

**Причините за състоянието на медицинските екипи са комплексни – непривлекателен труд, характеризиращ се с постоянни екстремни ситуации, изискващи бързо взимане на решение и последващи адекватни действия в условия на недостиг на време, техника и медикаменти. Тежките условия на труд водят до физическо и психическо претоварване на персонала. Липсата на възможност за професионално израстване, както и ниското заплащане, неотговарящо на образователния ценз и тежестта на задълженията също са причина за високото текучество и липсата на интерес на лекарите да работят в ЦСМП.**

**2.5.** **Лекари с призната специалност по „Спешна медицина“**

Изискванията за професионална компетентност на лекарите за практикуване на специалността „Спешна медицина“ е да притежават призната специалност по „Спешна медицина“. Предвид интердисциплинарния характер на тази медицинска специалност, дейности, включващи се в нейния обхват, могат да се извършват и от специалисти с други признати клинични специалности.

Лекари без специалност могат да осъществяват дейност в структури по спешна медицина, като са длъжни в срок до една година от започване на работа да предприемат действия по започване на специализация по спешна медицина или по друга клинична медицинска специалност.[[139]](#footnote-139)

**2.5.1.** Извършен е анализ на лекарите, които работят в ЦСМП, включени в одитната извадка, и съответствието на притежаваното от тях образование с изискванията на медицинския стандарт.

За одитирания период общият брой на лекарите, работещи в 7-те ЦСМП от одитната извадка намалява всяка следваща спрямо предходната година. През 2010 г. общият брой на лекарите е 531, докато в края на периода той намалява с 82 и достига 449 лекари, което е 15 на сто по-малко спрямо началото на периода. Най-съществено е намалението на лекарите за одитирания период в центровете в Пловдив (от 103 на 77 или с 25 на сто) и в Софийска област (от 97 на 77 или с 21 на сто).[[140]](#footnote-140)

**2.5.2.** За всички години от одитирания период по-голямата част от лекарите са без специалност, което означава, че те не отговарят на изискванията на медицинския стандарт за работа в системата на спешната помощ. Наблюдава се, макар и несъществено намаление на броя на лекарите без специалност като относителен дял и абсолютни числа. Докато в началото на периода лекарите без специалност са 295, което съставлява 56 на сто от всички лекари, работещи в 7-те ЦСМП, то в края на периода техният брой намалява на 228 или 51 на сто от работещите в системата. Макар и положителна тази тенденция не се дължи на увеличаване на броя на лекарите със специалност, а на намаляването на общия брой на лекарите, работещи в центровете от одитната извадка – лекарите без специалност в края на периода намаляват с 67, докато общият брой на лекарите е с 82 по-малко спрямо началото на одитирания период.[[141]](#footnote-141)

**2.5.3.**Лекарите с призната специалност, които работят в ЦСМП от одитната извадка са по-малко от половината от всички работещи лекари. Макар че техният относителен дял в края на периода бележи ръст от 5 на сто спрямо неговото начало или от 44 нараства на 49 на сто, абсолютният брой на лекарите със специалност намалява от 236 на 221 броя.

Още по-тревожна е тенденцията на задържане на постоянно нисък брой на лекарите със специалност „Спешна медицина“. Те са между 9 и 11 на сто от лекарите със специалност и едва 4-5 на сто спрямо общия брой на работещите в системата на ЦСМП лекари. Още по-нисък е броят на лекарите с повече от една специалност – те са между 16 и 20 през годините на одитирания период, което е между 7 и 9 на сто от лекарите със специалност и 3-4 на сто от всички работещи лекари.[[142]](#footnote-142)

**2.5.4.** Пренебрежимо нисък е броят на лекарите от 7-те ЦСМП, които специализират към момента на извършване на проучването. Техният брой варира между 23 и 35 с относителен дял между 9 и 15 на сто от лекарите без специалност, които работят в тези центрове. В ЦСМП в Добрич и в Кюстендил за целия одитиран период няма нито един специализант. Посоченото означава, че значителна част от лекарите без специалност не изпълняват изискването на медицинския стандарт в срок до една година от започване на работа да предприемат действия по започване на специализация по спешна медицина или по друга клинична медицинска специалност. От 2011 г. макар и незначително се повишава броят на специализантите, като най-оптимистично е увеличението през 2014 г., когато специализират 5 лекари повече от предходната година.[[143]](#footnote-143)

Основна причина за липсата на интерес за специализация по специалност „Спешна медицина“ са рестриктивните изисквания на Наредба № 34 за придобиване на специализация в системата на здравеопазването.[[144]](#footnote-144) Друга причина за малкия брой лекари с призната специалност по „Спешна медицина“ е, че голяма част от лекарите, които имат вече призната друга специалност и са в пенсионна и пред пенсионна възраст не проявяват интерес за специализация по „Спешна медицина“.

Според становището на ЦСМП София-град изискването на стандарта в ЦСМП да работят само лекари със специалност не се спазва стриктно, тъй като това би довело до освобождаване на всички лекари без специалност след изтичане на гратисния период от една година. При наличието на сериозен дефицит на лекари в цялата страна, изискването на стандарта от една страна ги дискриминира по отношение на избора им на месторабота, а от друга, ограничава работодателите, като ги принуждава да назначават лекари само със специалност.[[145]](#footnote-145)

**В ЦСМП от одитната извадка не са изпълнени изцяло изискванията за професионална компетентност на лекарите за практикуване на специалността „Спешна медицина“, като лекарите с призната специалност са по-малко от половината от всички работещи лекари.**

**Не е изпълнено и условието лекарите без специалност в срок до една година от започване на работа да предприемат действия по започване на специализация по спешна медицина или по друга клинична медицинска специалност. Недостатъчен е интересът на лекарите без специалност да специализират „Спешна медицина“ или друга клинична специалност.**

**Професионалната компетентност на значителна част от лекарите, работещи в ЦСМП, включени в одитната извадка, не отговаря на нормативните изисквания, което създава сериозни рискове, свързани с оказването на качествена спешна медицинска помощ на пациентите.**

**3. Материални и морални стимули за поощряване и мотивиране служителите от ЦСМП/ФСМП**

Конкретните размери на индивидуалните основни месечни заплати на работещите по трудово правоотношение се договарят и определят с индивидуалните трудови договори в рамките на утвърдените разходи за заплати, възнаграждения и задължителни осигурителни вноски за сметка на осигурителя по ред и начин, утвърдени с отраслово (браншово) споразумение и/или с колективни трудови договори, и/или с вътрешни правила за работна заплата.[[146]](#footnote-146)

**3.1. Основна работна заплата. Средна брутна работна заплата**

**3.1.1.** Началните основни месечни заплати на персонала, зает в здравните и лечебните заведения, финансирани от бюджета на Министерството на здравеопазването, както и началните основни месечни заплати за категориите персонал в лечебните заведения – търговски дружества се определят с подписаните между министъра на здравеопазването, Федерацията на синдикатите в здравеопазването към КНСБ и Медицинската федерация „Подкрепа“ колективни трудови договори (КТД). За периода от 2010 г. до 2014 г. са подписани 3 колективни трудови договора.

Таблица № 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Длъжност | КТД - 2010 г.[[147]](#footnote-147) | | | КТД - 2012 г.[[148]](#footnote-148) | | | КТД - 2014 г.[[149]](#footnote-149) | | |
|  | **ЦСМП** | **ЛЗ -ТД[[150]](#footnote-150)** | **к.3:к.2** | **ЦСМП** | **ЛЗ -ТД** | **к.3 к.2** | **ЦСМП** | **ЛЗ -ТД** | **к.3:к.2** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| Лекар с 2 специалности | х | 640 | х | х | 750 | х | х | 850 | х |
| Лекар с 1 специалност | 560 | 610 | 1,09 | 650 | 720 | 1,11 | 700 | 800 | 1,14 |
| Лекар, магистър-фармацевт | 530 | 580 | 1,09 | 600 | 700 | 1,17 | 650 | 780 | 1,20 |
| Медицинска сестра | 400 | 400 | 1 | 480 | 540 | 1,12 | 520 | 600 | 1,15 |

Източник: Отраслови КТД.

Сравнителният анализ на началните месечни основни заплати за периода 2010-2014 г. по КТД сочи, че системно са определяни по-високи начални месечни заплати на лекарите от болниците, които са търговски дружества, спрямо тези от лечебните заведения на бюджетна издръжка, каквито са ЦСМП. С всеки следващ договор разликата между началните заплати се увеличава в полза на медицинския персонал от лечебните заведения, търговски дружества. Докато през 2010 г. началната месечна основна заплата на лекар с една специалност в лечебно заведение – търговско дружество е с 9 на сто по-висока от тази на лекар със същата квалификация в ЦСМП, то на следващото договаряне през 2012 г. разликата е 11 на сто. С КТД, подписан през 2014 г. тази разлика нараства на 14 на сто или сумарно за периода увеличението на началната основна заплата на лекар с една специалност, работещ в лечебно заведение – търговско дружество е с 31 на сто, при 25 на сто за лекар със същата квалификация, но полагащ труд в ЦСМП. Още по-драстична е разликата между началните основни заплати при медицинските сестри, където нарастването за периода при тези, които работят в лечебни заведения – търговски дружества е 50 на сто, а за медицинските сестри от ЦСМП същото е значително по-малко – 30 на сто.

**3.1.2.** Конкретните размери на индивидуалните основни работни заплати в ЦСМП от одитната извадка са договаряни и определяни с индивидуални трудови договори в рамките на утвърдените разходи за заплати, по ред и начин, утвърдени с вътрешни правила, при спазване на изискванията на действащата нормативна уредба. При определяне на индивидуалните работни заплати са спазени постигнатите споразумения в колективните трудови договори за отрасъл „Здравеопазване“ за периода от 2010 г. до 2014 г.,[[151]](#footnote-151) както и вътрешните нормативни актове, свързани с определяне на работните заплати, оценката на индивидуалното изпълнение и стимулирането на служителите в отделните ЦСМП.[[152]](#footnote-152)

Определените индивидуални работни заплати в ЦСМП са в съответствие с договорените минимални прагове в КТД за съответната година и в рамките на утвърдените разходи за заплати по параграф 01-00 „Разходи за заплати и възнаграждения на персонал, нает по трудови и служебни правоотношения” по бюджетните сметки/бюджетите на ЦСМП. Изменение в основните месечни работни заплати на персонала в ЦСМП са извършвани на база влезли в сила нормативни актове, засягащи заплатите в бюджетните организации и дейности в рамките на средствата за работна заплата.[[153]](#footnote-153)

**3.1.3.** Извършен е анализ на нарастването на средната брутна работна заплата в ЦСМП от одитната извадка по длъжности в края на одитирания период спрямо неговото начало. Върху размера на тази заплата освен основната месечна заплата влияние оказват и допълнителните плащания за трудов стаж и професионален опит, доплащанията за нощен труд, допълнителните възнаграждения за времето, през което служителите са на разположение на работодателя и др.

**3.1.3.1.** Нарастването на средната брутна работна заплата по длъжности не е еднакво за различните ЦСМП. За лекарите с призната специалност то варира между 15 на сто (за ЦСМП Софийска област) и 88 на сто (за ЦСМП-Пловдив). В останалите центрове увеличението е около 30 на сто, като за ЦСМП София-град то е 42 на сто.

В абсолютен размер най-ниската средна брутна работна заплата в началото на периода е в ЦСМП-Пловдив – 788 лв., което обяснява големия й ръст през следващите години. В края на периода с най-ниски заплати са лекарите с призната специалност от ЦСМП-Варна – 1 318 лв.

Снай-високи средни брутни заплати са лекарите с призната специалност, работещи в ЦСМП София-град. Тяхната заплата от 1 189 лв. през 2010 г. е увеличена на 1 690 лв. за първото полугодие на 2014 г.[[154]](#footnote-154)

**3.1.3.2.** При лекарите без специалност увеличението на средната брутна работна заплата също е в големи граници – между 19 на сто (за ЦСМП Софийска област и ЦСМП-Варна) и 72 на сто (за ЦСМП-Кюстендил).

С най-ниски средни брутни заплати през 2010 г. са лекарите без специалност в ЦСМП-Кюстендил – 685 лв., което е над 55 на сто по-малко от най-високата средна брутна заплата, която е в ЦСМП София-град. Почти същото е съотношението между най-високата и най-ниската средна брутна заплата в края на одитирания период. В ЦСМП София-град лекарите без специалност получават 1 410 лв., докато в ЦСМП-Благоевград – 915 лв. или 35 на сто по-малко.[[155]](#footnote-155)

**3.1.3.3.** Значително по-ниски са средните брутни заплати на фелдшерите и медицинските сестри.

При фелдшерите не се наблюдават големи разлики между отделните центрове, като през 2010 г. средните брутни работни заплати варират от 626 лв. (за ЦСМП Софийска област) и 699 лв. (за ЦСМП-Добрич). За първото полугодие на 2014 г. с най-ниско възнаграждение са фелдшерите в ЦСМП-Благоевград – 888 лв., а с най-високо тези в ЦСМП-Пловдив – 1 104 лв.

Най-ниско платени през 2010 г. са медицинските сестри в ЦСМП-Благоевград – средно 556 лв., а най-високо тези в ЦСМП София-град – 768 лв. В края на периода нарастването на заплатите на медицинските сестри в ЦСМП-Добрич е най-ниско – 15 на сто за целия период, като същите са с най-ниските заплати – 792 лв. Със значително по-висок темп нарастват заплатите на медицинските сестри за разглеждания период в ЦСМП София-град – 44 на сто с абсолютна стойност от 1 109 лв., която е най-високата средна брутна работна заплата за този персонал между 7-те ЦСМП от одитната извадка.[[156]](#footnote-156)

**3.1.4.**Върхуразмера на средната брутна работна заплата оказва влияние и разпределението на икономиите от средствата за работна заплата за постигнати резултати от труда, което се извършва от средата на 2012 г. Месечно/тримесечно доплащане към работните заплати и стимулиране за постигнати високи резултати от труда на персонала в ЦСМП се извършва периодично от 2010 г. до 30.06.2014 г. по установени правила.[[157]](#footnote-157) Въз основа на тези правила са назначавани оценяващи комисии от директорите на ЦСМП, които извършват оценка на постигнатите резултати.[[158]](#footnote-158)

Изплащането на средства за допълнително материално стимулиране, при реализирани икономии от средствата за работни заплати, е извършвано след предварително съгласуване и писмено одобрение от ръководството на Министерството на здравеопазването.[[159]](#footnote-159) От средата на 2012 г. изискването за съгласуване на допълнителните средства за стимулиране на персонала от министерството отпада и ЦСМП получават правото да разпределят реализираните икономии от средства за работни заплати самостоятелно на основата на вътрешните си правила.[[160]](#footnote-160)

Най-големи стимули от медицинския персонал са получени от лекарите, а от тях най-високо е стимулирането на лекарите със специалност, като размерът на стимулите по години е относително постоянна величина.[[161]](#footnote-161)

**3.1.5.**Морални стимули в ЦСМПса използвани ограничено и инцидентно при възникване на аварии, инциденти, тежки пътно-транспортни произшествия, в които медицинските екипи на ЦСМП оказват спешна медицинска помощ на пострадали. От 2013 г. като морален стимул вЦСМП Софийска област е учреден и в края на всяка календарна година се връчва приз за лекар на годината, фелдшер на годината, шофьор на линейка и служител на годината от администрацията.[[162]](#footnote-162),[[163]](#footnote-163)

**Работните заплати в ЦСМП се определят в съответствие с действащата нормативна уредба, отрасловия Колективен трудов договор и вътрешните правила на ЦСМП. Определените с Колективния трудов договор начални месечни основни заплати са значително по-ниски от тези в останалите лечебни заведения, което е индикатор за недооценяване на труда, който полагат медицинските специалисти на ЦСМП.**

**Индивидуалните работни заплати и средните брутни работни заплати се различават значително в отделните ЦСМП от одитната извадка, поради липсата на установен единен ред и критерии за тяхното формиране.**

**Независимо от положените от Министерството на здравеопазването усилия за повишаване на заплатите на персонала от ЦСМП за одитирания период те остават неадекватни и недостатъчно мотивиращи за рисковите условия на труд, високото напрежение и професионалните изисквания към медицинските специалисти.**

**4. Обучение на персонала.**

Ръководителят на лечебното и здравното заведение изготвя план за повишаване на професионалната квалификация и преквалификация на служителите.[[164]](#footnote-164)

За да отговорят на високите изисквания на медицинската наука работещите в ЦСМП следва да поддържат и повишават своята квалификация чрез участие в различни форми на обучение и саморазвитие.

**4.1.** Извършен е анализ на проведените обучения за повишаване на квалификацията и професионалните умения на специалистите в 7-те ЦСМП, включени в одитната извадка.

В пет ЦСМП – Благоевград, Кюстендил, Пловдив, София-град и Софийска област са разработени и утвърдени програми/планове за обучения на персонала. В ежегодната програма или план за обучения те обичайно включват темите на обученията, отговорниците за провеждането им и сроковете за извършването им.В програмата на ЦСМП-Кюстендил не са определени срокове за провеждането на обученията.[[165]](#footnote-165) За проведените обучения в ЦСМП Благоевград и София-град се води отчетност като се съставят протоколи с подписи на присъстващите лица.[[166]](#footnote-166)

В ЦСМП-Добрич обученията се провеждат под формата на колегиуми, на които се обсъждат интересни клинични случаи при пациенти със спешни състояния и поведение на екипите при оказване на медицинска помощ, без да е представена програма за обучение по години и отчети за преминалите обучение служители.[[167]](#footnote-167) Периодичен тренинг на практически умения за оказване на спешна помощ върху манекени се провежда в ЦСМП-Варна, но не се води регистър на преминалите обучение. Провеждат се обучителни семинари, колегиуми и други безвъзмездно от болнични специалисти. Организират се и срещи с лекари от фармацевтични фирми. Не са представени данни за наличие на план-програми и отчети за обучение на персонала, поддържане и повишаване на квалификацията.[[168]](#footnote-168)

Правила за обучение на новопостъпили служители са приети в ЦСМП-Пловдив.[[169]](#footnote-169) Обучения на новоназначените лекари са предвидени и в ЦСМП София-град, които се осъществяват по договор с УМБАЛ „Света Анна“.[[170]](#footnote-170)

Веднъж годишно, съгласно заповед на директора, в ЦСМП Софийска област се провежда изпит на всички служителиза проверка на професионалните знания и умения, чрез попълване на предварително изготвен въпросник за всяка отделна професия. На база на резултатите се изготвя отчетен доклад, който констатира пропуските в подготовката на служителите и дава препоръки за попълване на знанията.[[171]](#footnote-171)

За одитирания период са проведени множество обучения за персонала от ЦСМП, но процесът не е целенасочен и основан на дългосрочно планиране за развитието на системата за спешна медицинска помощ. Не е осигурено целево финансиране на дейностите.[[172]](#footnote-172) Отчита се висока посещаемост на провежданите обучения, но не е изследвано влиянието им върху ефективно изпълнение на професионалните задължения на персонала. Независимо от това те допринасят за запознаване с изискванията на добрата медицинска практика и подкрепят професионалното развитие на специалистите, работещи в ЦСМП.

**4.2.**От Министерството на здравеопазването са предприети действия за подобряване на квалификацията и професионалните умения на работещите в системата на спешната медицинска помощ.

През 2012 г. – 2013 г. е проведено обучение за лекари, медицински специалисти и шофьори от ЦСМП по проект „ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешните състояния”. Проектът е финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” чрез Европейския социален фонд на Европейския съюз. В изпълнение на проекта успешно са обучени над 6000 медицински кадри - лекари, медицински специалисти и шофьори от ЦСМП, както и лекари и медицински специалисти от 33 лечебни заведения с разкрити спешни отделения. Изготвени са анализи и бази данниза подкрепа процеса на обучение на спешните медици. Изготвени и разпространени са протоколи за клинично поведениев спешната медицина (сборник от алгоритми за клинично поведение в спешната медицина и наръчник - джобен формат). Доставени и инсталирани са хардуер и софтуер за надграждащо обучение. Обучението е проведено в центъра на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов”, оборудван с високо технологични манекени и съвременна апаратура. Проведени са теоретични и практически учебни модули с цел лекарите да прилагат едни и същи знания, умения и стандарти в спешната медицина, независимо в кой ЦСМП работят. Основната цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ чрез подобряване знанията и уменията на персонала, както и чрез въвеждане на добри клинични практики в тази сфера.[[173]](#footnote-173)

**Обучение на персонала за повишаване на професионалната му компетентност се провежда от ЦСМП на основата на приети годишни план-програми. Процесът на обучение не е основан на дългосрочно планиране за развитието на системата за спешна медицинска помощ, като не е осигурено адекватно целево финансиране на дейностите.**

**Центровете за спешна медицинска помощ, в рамките на своите възможности, създават условия за поддържане на квалификацията и професионалните умения на персонала за оказване на спешна медицинска помощ.**

**Министерството на здравеопазването, съгласно своите компетенции, полага усилия включително с използване на европейски средства за подкрепа на ЦСМП при осъществяване на обучението за поддържане на квалификацията и развитие на професионалната компетентност на специалистите.**

**III. Анализ и оценка на финансовото и материално-техническото осигуряване за изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ**

**III.1. Анализ и оценка на финансовото осигуряване за изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ**

**1. Механизъм за съставяне на бюджета и осъществяването на контрол**

Приемането на правила или други вътрешни документи за определяне на механизма за съставяне на бюджета и осъществяването на контрол е предпоставка за ефективното осъществяване на бюджетния процес.

**1.1.** Финансирането на спешната помощ се извършва от Държавния бюджет чрез бюджета на Министерството на здравеопазването. Бюджетният процес в Министерството на здравеопазването се осъществява в съответствие със Закона за устройство на държавния бюджет (до 2013 г. включително), Закона за публичните финанси (от 01.01.2014 г.) и Закона за държания бюджет за съответната година.

Бюджетната процедура за съответната година, средносрочната фискална рамка и основните допускания, за приемане на тригодишни бюджетни прогнози и на разходни тавани, на законопроектите за държавния бюджет за съответната година, се одобряват с Решение на Министерския съвет. В процеса на изготвянето на тригодишните бюджетни прогнози и проекта на бюджет за следващата година се извършва планиране на необходимите средства за структурните звена в Министерството на здравеопазването и за второстепенните разпоредители с бюджет, в случая ЦСМП. При изготвянето на докладите за бюджетната прогноза и проекта на бюджет в програмен формат, разчетите са съобразени с одобрените разходни тавани, в съответствие с получените указания от Министерството на финансите.[[174]](#footnote-174)

**1.2.** Конкретният механизъм на съставянето на бюджета на министерството е определен с Вътрешни правила за организация на бюджетния процес, утвърдени от министъра на здравеопазването.[[175]](#footnote-175) Планирането, съставянето, изпълнението и отчитането на програмния бюджет (без финансовата му част), по тези правила е отговорност на Програмните съвети, създадени през 2012 г. със заповед на министъра на здравеопазването. Председател на програмния съвет е главният секретар на Министерството на здравеопазването с членове – директорите на дирекции[[176]](#footnote-176). Програмният съвет идентифицира и формулира показателите за изпълнението на бюджета на основата на функциите и отговорностите на съответната дирекция[[177]](#footnote-177). Отговорност за съставянето и изпълнението на програма „Спешна медицинска помощ” има Дирекция „Медицински дейности”.

Процесът на разработване, планиране, съставяне, изпълнение и отчитане на бюджета на Министерството на здравеопазването е описан в Стандартна оперативна процедура (СОП) за бюджетния процес в Министерството на здравеопазването.[[178]](#footnote-178)

В съответствие с изискванията на Закона за публичните финанси от първостепенния разпоредител с бюджет следва да бъдат разработени и утвърдени Вътрешни правила за организация на бюджетния процес, каквито за 2014 г. не са приети от Министерството на здравеопазването.[[179]](#footnote-179)

**1.3.** Във връзка със съставянето на бюджета на Министерството на здравеопазването за съответната година от второстепенните разпоредители се изисква проект за разходите по бюджетната им сметка/бюджета, като предварително са дадени писмени указания, въз основа на решенията на Министерския съвет/указанията на Министерството на финансите, за подготовка и представяне на проектобюджетите на първостепенните разпоредители с бюджет. Представените разработки се вземат предвид при разработването и утвърждаването на ежегодните бюджетни сметки на ЦСМП. Разпределението на средствата по отделни видове дейности/разходи се извършва в рамките на одобрените разходни тавани, като се отчитат заявените потребности от второстепенните разпоредители с бюджетни кредити/бюджет, дейностите, които е предвидено със закон или друг нормативен акт да се субсидират от Министерството на здравеопазването, както и поетите от министерството ангажименти.[[180]](#footnote-180)

**1.4.** Разпределението на осигурените с бюджета средства по програми се извършва при спазването на следните критерии: очаквани резултати и полза за обществото; постигане на оперативните цели; значимост на програмата; очаквани структурни промени; предоставяни продукти/услуги по програмата. Осигурените средства, в рамките на разходните тавани, се разпределят от ръководството на министерството в зависимост от поставените цели и заявените потребности.[[181]](#footnote-181) Дирекция „Бюджет и финанси“ предоставя за одобряване от ръководството на министерството разпределението на средствата за текущи и капиталови разходи по групи субсидии за второстепенните разпоредители с бюджетен кредит/бюджет.

**Приетите и утвърдени от министъра на здравеопазването документи за осъществяване на планирането, разпределението, изпълнението и отчитането на бюджета в Министерството на здравеопазването са в съответствие със Закона за устройство на държавния бюджет до 2013 г. и Закона за публичните финанси за2014 г. Бюджетният процес в Министерството на здравеопазването се осъществява при спазване на правилата и сроковете, определени с решенията на Министерския съвет за бюджетната процедура за съответната година и дадените с писма на Министерството на финансите указания.**

**Не са разработени и приети вътрешни правила за организация на бюджетния процес, с което не са спазени изискванията на Закона за публичните финанси.**

**Спазени са нормативните изисквания за планиране, разпределение, изпълнение и отчитане на бюджета на Министерството на здравеопазването.**

**2. Средства за осъществяване на дейността по спешна медицинска помощ**

Осигуряването на средства по отделните видове дейности/разходи, които да са в съответствие с обективните потребности на ЦСМП, създава условия за подобряване на качеството на оказваната спешна медицинска помощ.

**2.1. Бюджетни сметки/бюджети на ЦСМП**

**2.1.1.** Бюджетните сметки/бюджетите на ЦСМП са разработвани на основата на исторически принципс придържане към отчетените разходи от предходния период с индексиране в зависимост от прогнозната инфлация, без да се извършва оценка на потребностите.[[182]](#footnote-182) Същите са утвърждавани от министъра на здравеопазването.[[183]](#footnote-183)

**2.1.2.** От ЦСМП, включени в одитната извадка, единствено от ЦСМП-Благоевград изразяват мнение, че утвърдените бюджетни сметки са обвързани с обективните потребности на центъра. Становището на ЦСМП-Пловдив е, че утвърдените бюджетни сметки отговарят на потребностите дотолкова да осигурят функциониране на центъра, без възможности за нововъведения, капиталови разходи и др. За ЦСМП-Добрич издръжката не е съобразена с прогнозите, поради което не се разплащат всички фактурирани разходи през съответната година. Ръководствата на останалите 4 ЦСМП считат, че утвърдените бюджетни сметки/бюджети не отговарят на обективните потребности на центъра. С финансирането на ЦСМП се осигуряват средства единствено за оперативни разходи – закупуване на медикаменти, консумативи и материали и възнаграждения на персонала. Предоставените бюджетни средства не дават възможност за поддържане на добра материалната база, медицинска апаратура и оборудване. Не са приети критерии за оценка на резултатите и ефективността на разходите с изключение на ЦСМП-Благоевград, според който критериите за оценка на резултатите и ефективността на разходите са описани подробно в План за действие за периода 2014-2016 г. за изпълнението на развитието на Стратегия за управление на риска, План за изпълнение на развитието на Системите за финансово управление и контрол за периода 2014-2016 г., План за осъществяване на системно наблюдение и анализ на информацията по Закона за финансовото управление и контрол в публичния сектор за периода 2014-2016 г.[[184]](#footnote-184) Необходимо е усъвършенстване на механизмите за бюджетно финансиране на центровете за спешна медицинска помощ при спазване на принципа „разход-полза”.[[185]](#footnote-185)

**2.1.3.** Анализът на утвърдените бюджетни сметки/бюджети на ЦСМП за одитирания период сочи, че през 2010 г. общата сума на утвърдените средства за ЦСМП възлиза на 82 091,6 хил. лв. През 2014 г. тази сума нараства до 104 278,1 хил. лв. или с 27 на сто. От утвърдените разходи най-много средства са планирани за персонал – заплати и осигуровки. Тези разходи нарастват от 78 на сто през 2010 г. (64 351,9 хил. лв.) на 81 на сто през 2014 г. (84 860 хил. лв.). Разходите за издръжката на ЦСМП през 2010 г. са 17 739, 6 хил. лв., като през 2011 г. нарастват на 19 737,2 хил. лв. В следващите две години тези разходи намаляват, поради отпадане на функцията по транспортиране на пациенти на диализа – през 2012 г. те са 18 075,1 хил. лв., през 2013 г. - 16 750, 4 хил. лв. За 2014 г. утвърдените разходи са 15 628,1 хил. лв.

Таблица № 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Година | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Бюджет - хил. лв.:  в т. ч. | **82 091,6** | **84 480,0** | **90 641,9** | **94 214,3** | **104 278,1** |
| Персонал –заплати, осигуровки  отн. дял от разходите | **64 351,9**  **78 %** | **64 741,4**  **77%** | **72 278,6**  **80%** | **77 299,7**  **82%** | **84 860,0**  **82%** |
| Издръжка | **17 739,6** | **19 737,2** | **18 075,1** | **16 750,4** | **15 628,1** |
| Капиталови разходи | **0** | **1,36** | **287,7** | **163,83** | **3 718,1** |

Средства за капиталови разходи в т.ч. за основен ремонт и придобиване на дълготрайни материални

Източник: МЗ

активи като транспортни средства и медицинска апаратура не са планирани и утвърдени през 2010 г., а в останалите години с изключение на 2014 г. те са незначителни.[[186]](#footnote-186)

**2.1.4.** Аналогично на планираните, нарастват и отчетените от ЦСМП разходи през одитирания период – от 82 091,6 хил. лв. през 2010 г. същите нарастват на 104 253,8 хил. лв. през 2014 г., т.е. с около 27 на сто.

Таблица № 4

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Година | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 30.06.2014 | 2014 |
| Отчет - хил. лв.:  в т. ч. | **82 091,6** | **84 480,0** | **90 641,9** | **94 192,0** | **48 315,2** | **104 253,8** |
| Персонал –заплати, осигуровки  отн. дял от разходите | **64 351,9**  **78 %** | **64 741,4**  **77 %** | **72 278,6**  **80 %** | **77 278,4**  **82 %** | **41 157,8**  **85 %** | **84 836,6**  **84 %** |
| Издръжка | **17 739,6** | **19 737,2** | **18 075,5** | **16 749,8** | **7 152,9** | **15 699,0** |
| Капиталови разходи | **0** | **1,36** | **287,7** | **163,8** | **4,5** | **3 718,1** |

Източник: МЗ

За периода от 2010 г. до 2012 г. включително изпълнението на средствата по утвърдените бюджетни сметки/бюджет на ЦСМП е 100 на сто. През 2013 г. и 2014 г. е реализирана незначителна икономия, съответно от 21,3 хил. лв. и 24,3 хил. лв. за сметка на разходите за персонал.[[187]](#footnote-187),[[188]](#footnote-188)

**2.2. Програмен бюджет на Министерството на здравеопазването.**

**2.2.1.** На основата на разработената бюджетната прогноза и проекта на бюджет за съответната година се съставя програмния и ориентиран към резултатите бюджет на Министерството на здравеопазването. Разходите за оказване на спешна медицинска помощ се планират по Програма „Спешна медицинска помощ“.

Таблица № 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ОТЧЕТ НА РАЗХОДИТЕ**  **по програми - хил. лева** | **Закон** | **Уточнен план** | **Отчет** |
| **Общо разходи на ПРБК 2010 г.** | **570 094,6** | **592 812,4** | **590 794,4** |
| **Програма 9 „Спешна медицинска помощ“**  **отн. дял - %** | **76 954,1**  **13,5** | **76 903,6**  **13** | **76 903,5**  **13** |
| **Общо разходи на ПРБК 2011 г.** | **712 000,0** | **724 274,6** | **718 099,3** |
| **Програма 9 „Спешна медицинска помощ“**  **отн. дял - %** | **71 804,5**  **10** | **85 804,7**  **11,8** | **84 102,4**  **11,7** |
| **Общо разходи на ПРБК 2012 г.** | **468 185,0** | **488 788,0** | **480 117,3** |
| **Програма 9 „Спешна медицинска помощ“**  **отн. дял - %** | **87 400,0**  **18,7** | **110 471,1**  **22,6** | **110 053,2**  **22,9** |
| **Общо разходи на ПРБ 2013 г.** | **368 185.0** | **379 977.3** | **374 404.6** |
| **Програма 7 „Спешна медицинска помощ“**  **отн. дял -%** | **84 550,2**  **23** | **107 535,0**  **28** | **107 535,0**  **28,7** |
| **Общо разходи на ПРБ 2014 г.**  **в т.ч. към 30.06.2014 г.** | **388 082,0**  **-** | **386 867,7**  **-** | **399 679,8**  **191 993,0** |
| **Програма 7** **„Спешна медицинска помощ“,**  **в т.ч. към 30.06.2014 г.**  **отн. дял – към 30.06.2014 г. - %**  **отн. дял – към 31.12.2014 г. - %** | **120 823,2**  **-**  **-**  **31,1** | **120 823,2**  **-**  **-**  **31,3** | **122 672,1**  **49 184,9**  **25,6**  **30,7** |

Източник: МЗ

Относителният дял на отчетените разходи по програма „Спешна медицинска помощ“ спрямо общо отчетените разходи по бюджета на министерството е съществен. Този дял се увеличава от 13 на сто през 2010 г. на 30,7 на сто към 31.12.2014 г. Към 30.06.2014 г. същият е 25,6 на сто.

Разходите по програмата нарастват значително за одитирания период. Докато през 2010 г. са изразходвани 76 903,5 хил. лв., за 2014 г. разходите възлизат на 122 672 хил. лв. или нарастването е с 60 на сто. Най-висок ръст се наблюдава през 2012 г., когато разходите са с 32 на сто повече спрямо предходната година. През 2012 г. са увеличени значително както разходите за издръжка, така и средствата за заплати на персонала.

Анализът на разходите сочи неадекватно планиране на средствата по програма „Спешна медицинска помощ“. През 2011 г. със Закона за държавния бюджет са гласувани разходи от 71 804,5 хил. лв. при отчетени за предходната година 76 903,5 хил. лв. или със 7 на сто по-малко. Фактически изразходвани са 84 102,4 хил. лв. или 17 на сто повече от планираните с бюджета средства. През 2012 г. при планирани 87 400 хил. лв. са отчетени 110 053,2 хил. лв. или 26 на сто повече. За 2013 г. отново са планирани разходи, които са значително по-ниски (с 27 на сто) от отчетените в края на годината. Не е разработен и вътрешен акт, с който да са определени критерии за оценка на ефективността на разходите по програмата.[[189]](#footnote-189),[[190]](#footnote-190)

**2.2.2.** Анализът на състоянието на спешната помощ, извършен в Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014 - 2020 г., приета по време на одита показва, че независимо от нарастването на бюджетните средства през последните години, системата за спешна медицинска помощ изпитва сериозен недостиг на финансови ресурси, свързани както с нарастването на цените на основните продукти и услуги – горива и енергия, медикаменти, застраховки и др., така и с възможностите за финансова мотивация на работещите. Липсват достатъчно средства за капиталови разходи, които да осигурят възможност за своевременно поддържане и модернизиране на инфраструктурата на филиалите и мобилните екипи на ЦСМП. Финансирането на спешната помощ се ограничава в рамките на осигуряване на средства за оперативни разходи за дейността на системата – закупуване на медикаменти, консумативи и материали и възнаграждения на персонала, които не са достатъчни да мотивират медицинските специалисти за работа в системата. Липсата на средства за поддържане, обновяване и модернизиране на материално-техническата база, както за обучение и поддържане на квалификацията на персонала обуславя задълбочаващи се проблеми, водещи като краен резултат до влошаване на качеството на спешната медицинска помощ.

В концепцията са заложени мерки за изпълнение на нормативно определените ангажименти на държавата за осигуряване на средства, необходими за осигуряването на качествена, достъпна и ефективна спешна медицинска помощ на пациентите и ефективното изразходване на тези средства – усъвършенстване на механизмите за бюджетно финансиране на ЦСМП при спазване на принципа „разход-полза”, както и разходосъобразно финансиране на дейностите по оказване на спешна медицинска помощ в спешните болнични структури, съгласно Карта за спешна медицинска помощ.[[191]](#footnote-191)

**Планирането на средствата за програма „Спешна медицинска помощ“ за одитирания период не е адекватно, независимо че разходите за спешната медицинска помощ заемат съществен дял от общите разходи по програмния бюджет на Министерството на здравеопазването. Всяка следваща спрямо предходната година се наблюдава значително увеличение на отчетените разходи, но въпреки това не е преодолян недостигът на средства за оказване на своевременна и качествена спешна медицинска помощ. Липсват и правила за определяне на критерии за оценка на ефективността на разходите по програмата. Не е създаден механизъм за планиране на разходите на ЦСМП, който адекватно да отчита техните обективни потребности с оглед оказването на качествена и своевременна спешна медицинска помощ.**

**Независимо от нарастването на планираните и изразходваните средства на ЦСМП за одитирания период, същите не съответстват на техните обективни потребности. При планирането на средствата не се отчитат резултатите от дейността и ефективността на извършените разходи.**

**3. Ред за субсидиране дейността на лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение**

Министерството на здравеопазването субсидира лечебните заведения по ред и критерии, определени с Методика утвърдена от министъра на здравеопазването, въз основа на едногодишни договори в рамките на средствата по бюджета на Министерството на здравеопазването. Критериите и редът за субсидиране на лечебните заведения се определят ежегодно с утвърдената методика.

**3.1.** През 2010 г. субсидията е заплащана на лечебните заведения за извършване на оценка на здравословното състояние и поставяне на индикации за спешно състояние на пациенти, които не са хоспитализирани в същата болница, като средната стойност за пациент, обслужен от спешното отделение, който не е хоспитализиран в същото лечебно заведение е определена на 20 лв. за пациент.

От 2011 г. средствата, които се заплащат на лечебните заведения, за оказване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения на лечебните заведения и нехоспитализирани в тях, се определят на база общ финансов ресурс. Субсидията се определя за всяко лечебно заведение тримесечно и се изплаща от Министерството на здравеопазването до края на месеца, следващ отчетното тримесечие. Размерът на тримесечната и годишната субсидия на лечебните заведения се формира в рамките на средствата по бюджета на Министерството на здравеопазването в съответствие с разпоредбите на Закона за държавния бюджет на Република България за съответната година.[[192]](#footnote-192)

**3.2.** За одитирания период са сключени общо 182 договора с лечебни заведения, като този брой намалява от 48 за 2010 г. на 34 за 2014 г. Най-много средства са изплатени през 2012 г. – 20 376,0 хил. лв., а най-малко през 2011 г. – 13 836,0 хил. лв., когато е най-нисък броят на преминалите през спешните отделения пациенти. След промяната на методиката и критериите за субсидиране и отпадане на заплащането на определена фиксирана сума на преминал пациент, общият брой на преминалите спешни пациенти драстично спада – от 902 512 през 2010 г. на 675 486 души през 2011 г. или с 34 на сто. Този факт показва правилността на взетото от министерството решение за промяна в начина на изчисляване на средствата, тъй като по новата методика се елиминира стимулът да се отчитат по-висок брой на преминали през спешното отделение пациенти с цел да се получи повече субсидия.[[193]](#footnote-193)

Таблица № 6

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | | Показател | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. | 2013 г. | 30.06.2014 г. |
| 1. | | Брой ЛЗ, сключили договори с МЗ | 48 | 33 | 33 | 34 | 34 |
| 2. | | Брой преминали пациенти през ЛЗ | 902 512 | 675 486 | 685 479 | 705 987 | 349 226 |
| 3. | | Изплатени субсидии на ЛЗ - хил. лв. | 18 050,2 | 13 836,0 | 20 376,0 | 15 226,2 | 6 851,80 |
| 4. | Стойност на 1 случай ( р. 3 : р. 2) - лева | | 20,00 | 20,48 | 29,73 | 21,57 | 19,62 |

Източник: МЗ

**3.3.** Анализът на становищата на лечебните заведения, извършен на основата на одитна извадка, сочи, че всичките 12 лечебни заведения считат средствата, които се предоставят от Министерството на здравеопазването по Методиката за субсидиране на лечебните заведения за недостатъчни да покриват извършените от тях разходи. Субсидията е обвързана единствено с нивото на компетентност на лечебните заведения и не се влияе от извършените от тях разходи при обработката на спешните пациенти или от съответните състояния на пациентите, изискващи медико-лабораторни процедури. Според лечебните заведения действително извършените от тях разходи многократно надвишават предоставената субсидия. Създадените корекционни коефициенти не са достатъчно обективен критерий за преразпределянето на средствата между лечебните заведения. По този начин същите са принудени да покриват разходите за дейността със собствени средства, без да могат да възстановяват направените от тях разходи. Те смятат, че предходната методика, при която се заплаща по 20 лв. на брой преминало нехоспитализирано лице, е по-справедлива. Лечебните заведения от одитната извадка считат, че изискванията на Медицинския стандарт „Спешна медицина“ за обем дейности в спешно приемно отделение значително надвишава минималния диагностичен пакет, заплащан по методиката. Също така те изразяват мнението, че формулировката в стандарта „всеки преценил сам себе си за спешен е спешен“ е неправилна и превръща по презумпция всеки гражданин в спешен пациент, без това да отговаря на медицинските критерии за „спешно състояние“. По-адекватното финансиране, според лечебните заведения, изисква субсидирането да бъде съобразено с точни параметри по всяка нозологична единица като спешна такава, аналогично на клиничните пътеки, като всеки алгоритъм за тяхното изпълнение бъде остойностен. Предлага се да бъдат въведени потребителски такси за осигурени и неосигурени лица, посетили спешното отделение, което ще доведе до допълнително финансиране на дейността, тъй като неконтролираният свободен достъп до спешните отделения води до свръх употреба на медицинските услуги, без да има обективна необходимост от тези услуги.[[194]](#footnote-194)

Съгласно разпоредбите на Закона за здравето, всяко лечебно заведение е длъжно да извърши възможния обем медицински дейности при пациент в спешно състояние независимо от неговото гражданство, адрес или здравноосигурителен статут.[[195]](#footnote-195) В този контекст държавата, чрез Министерството на здравеопазването, с приемането на Методиката за субсидиране на лечебните заведения създава механизъм за подпомагане на лечебните заведение при изпълнение на тази тяхна функция. В случая следва да се отчита фактът, че средствата, заплащани по методиката, нямат за цел да отчитат и покриват изцяло реално извършените разходи за всеки един пациент, преминал през спешните отделения на лечебните заведения. Субсидията се предоставя на лечебните заведения, за да могат същите да поддържат готовността си за прием на спешни пациенти.

**Субсидирането на дейността на лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, се определя ежегодно с методика, своевременно утвърдена със заповед от министъра на здравеопазването. На базата на сключените с лечебните заведения едногодишни договори са извършени плащания към тях за дейността по оказване на спешна медицинска помощ за пациентите със спешни състояния. Съществуват проблеми при оказване на спешна медицинска помощ в спешните отделения на лечебните заведения, свързани с финансирането на дейността.**

**Спазен е редът за субсидиране на дейността на лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение.**

**4.** **Осигуряване на допълнителни средства за оказване на спешна медицинска помощ**

Предприемането на адекватни действия за осигуряване на допълнителни средства за финансиране на дейността по оказване на спешна медицинска помощ, в условията на недостатъчно бюджетно финансиране, е съществен фактор за нейната ефективност.

**4.1.** От Министерството на здравеопазването в качеството на бенефициент, за одитирания период, е реализиран проект „ПУЛСС – Практически увод в лечението на спешни състояния“, на стойност 3 876 хил. лв., финансиран в рамките на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013 г. Общата цел на проекта е подобряване на качеството на спешната медицинска помощ, в частност подобряване на знанията и уменията на персонала чрез надграждащо обучение. [[196]](#footnote-196)

За програмния период 2014-2020 г. Министерството на здравеопазването ще разчита на средства по Оперативна програма „Региони в растеж“ за строителство, ремонт, реконструкция и оборудване на ЦСМП и болнични структури за спешна медицинска помощ, обновяване на транспортните средства, тяхното окомплектоване с медицинска апаратура и усъвършенстване на комуникационната система на ЦСМП. По Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ са предвидени средства за осигуряване на възможности за професионално обучение на парамедицински персонал за системата за спешна медицинска помощ и провеждане на продължаващо обучение на всички категории персонал.

**4.2.** Въпреки недостига на средства, от ЦСМП в одитната извадка, не са предприемани действия за осигуряване на допълнителни средства от други източници. Не са търсени възможности за финансиране по програми и проекти на ЕС и/или други международни организации.[[197]](#footnote-197)

**Министерството на здравеопазването полага необходимите усилия за осигуряване на допълнителни средства, в съответствие с приетите стратегически документи за развитие и усъвършенстване на дейността по оказване на спешната медицинска помощ, което следва да допринесе за повишаване на нейното качество и ефективност.**

**От ЦСМП в одитната извадка не е проявена самостоятелна инициатива и на са търсени възможности за допълнителни източници за финансиране на тяхната дейност.**

**III.2. Анализ и оценка на материално-техническото осигуряване за изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ**

**1.** М**едицински транспорт за осъществяване на дейността по спешна медицинска помощ**

Специализираният медицински транспорт се състои от различни по вид и оборудване санитарни автомобили, отговарящи на утвърдените международни стандарти, съобразно задачите, поставени за изпълнение от медицинските екипи.[[198]](#footnote-198)

**1.1. Брой на транспортните средства**

Санитарните автомобили, с които разполага системата са 663, като последните 159 са закупени през 2009 г.[[199]](#footnote-199)

В нормативната уредба не са регламентирани конкретни изисквания относно броя и вида на ползваните специализирани транспортни средства в ЦСМП. С Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ е определен норматив за общия брой на ползваните санитарни автомобили, който не следва да надвишава с повече от 30 на сто броя на работещите на смяна екипи за спешна медицинска помощ.[[200]](#footnote-200) Не е пояснено как се определя броят на „работещите на смяна екипи“, който не е еднакъв в различните смени и периоди и е възможно да се определи единствено като средна величина.

**1.1.1.** Броят на транспортните средства в ЦСМП, включени в одитната извадка, намалява всяка следваща спрямо предходната година.

Таблица № 7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Година | Общо  бр. | от тях – бр. | |
| санитарни | други |
| 2010 | 399 | 326 | 73 |
| 2011 | 369 | 295 | 74 |
| 2012 | 329 | 280 | 49 |
| 2013 | 308 | 258 | 50 |
| 30.06.2014 г. | 296 | 266 | 30 |

През 2010 г. ЦСМП са разполагали общо с 399 автомобила, от които 326 санитарни и 73 други автомобила. В края на одитирания период автомобилите са 296 в т.ч. 266 санитарни и 30 други. Намалението на транспортните средства е със 103 бр. или с 26 на сто спрямо 2010 г.[[201]](#footnote-201)

Източник: ЦСМП

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Година | брой екипи  по щат | норматив  бр. | санитарни автомобили – бр. | Спрямо норматива  % |
| 2010 | 180 | 234 | 326 | 139 |
| 2011 | 180 | 234 | 295 | 126 |
| 2012 | 182 | 237 | 280 | 118 |
| 2013 | 183 | 238 | 258 | 118 |
| 30.06.2014 | 183 | 238 | 266 | 111 |

**1.1.2.** За установяване на осигуреността на ЦСМП с транспортни средства са използвани два показателя – „брой екипи по щат“ и „среден брой екипи, работещи на смяна“. Таблица № 8

Извършен е анализ на съотношението на общия брой на санитарните автомобили спрямо норматива, изчислен на база „брой екипи по щат“. Налице е

тенденция за превишение

Източник: ЦСМП

на броя на наличните автомобили спрямо изчисления норматив.

През 2010 г. при норматив от 234 автомобила одитираните ЦСМП разполагат с 326 (с 39 на сто повече).

При норматив 238 броя за 2013 г. и за 2014 г. санитарните автомобили са 258 и 266 или превишението е съответно с 8 и с 11 на сто.

Превишение на норматива за общия брой на ползваните санитарни автомобили през целия одитиран период има в 3 ЦСМП: София-град, Благоевград и Кюстендил, като най-голямо е превишението в София-град – 24 за 2010 г. и 35 автомобила за 2014 г.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Година | среден бр.екипи работещи на смяна | норматив – бр. | санитарни автомобили   * бр. | Спрямо норматива  % |
| 2010 | 122 | 158 | 326 | 206 |
| 2011 | 121 | 157 | 295 | 188 |
| 2012 | 122 | 159 | 280 | 176 |
| 2013 | 124 | 161 | 258 | 160 |
| 30.06.2014 | 123 | 160 | 266 | 166 |

При определяне на норматива на база „среден брой екипи, работещи на смяна“ превишението спрямо изчисления норматив е още по-голямо. Таблица № 9

През 2010 г. при норматив от 158 автомобила одитираните ЦСМП разполагат с 326 (206 на сто). В края на одитирания период при норматив 160,

Източник: ЦСМП

санитарните автомобили са 266 или с 66 на сто повече. [[202]](#footnote-202) Превишение на норматива от санитарните автомобили през целия одитиран период има и в 7-те ЦСМП от одитната извадка, като най-голямо то е в ЦСМП София-град – 44 за 2010 г. и 56 автомобила за 2014 г.[[203]](#footnote-203)

**Наличието на по-висок брой санитарни автомобили от необходимия води до по-големи разходи за поддръжката им, което намалява ефикасността на извършваната дейност.**

**1.2. Състояние на наличните транспортни средства**

Състоянието на специализирания транспорт в ЦСМП зависи от годината на производство, изминатите километри, гаранционната му поддръжка, експлоатацията и качеството на извършените ремонти.

Техническото състояние на автомобилите в ЦСМП от одитната извадка е различно през одитирания период.

**1.2.1.** Новите автомобили от 37 през 2010 г., което е 9 на сто от общия брой, намаляват всяка следваща година и към 30.06.2014 г. има само един нов автомобил или 0,3 на сто от общия брой.

Броят на автомобилите в добро състояние варира между 32 на сто от общия брой за 2010 г. и за 2012 г. и 50 на сто за 2011 г.

Автомобилите за текущ ремонт нарастват за одитирания период. През 2010 г. те са 44 на сто от автомобилите, докато през 2014 г. техният относителен дял нараства на 52 на сто.

За същия период относителният дял на автомобилите за основен ремонт в края на одитирания период намалява от 7 на 4 на сто спрямо неговото начало. Намаляват и автомобилите с изтекъл срок на ползване от 9 на 3 на сто.

**1.2.2.** Друг показател за състоянието на автомобилния парк е изминатият пробег от един автомобил. Налице е увеличаване на автомобилите с голям пробег – над 200 хил. км – от 67 на сто през 2010 г. техният относителен дял нараства на 96 на сто към 30.06.2014 г. За сметка на това намалява съществено делът на автомобилите с пробег до 100 хил. км. – от 33 на сто в началото до 4 на сто в края на периода.

**1.2.3.** Влошава се състоянието на автомобилния парк на ЦСМП от одитната извадка и по отношение на годината на производство на автомобилите. Най-голям е броят на автомобилите, произведени преди 2007 г. – от 245 през 2010 г. той намалява на 137 към 30.06.2014 г. в резултат на бракуване на негодни за експлоатация автомобили. Най-нисък е броят на специализираните транспортни средства, произведени в периода 2010-2013 г. – от 4 през 2011 г. стават 6 към 30.06.2014 г.[[204]](#footnote-204)

**1.3.** Извършен е анализ на становищата на ЦСМП от одитната извадка относно състоянието на автомобилния им парк.

От три ЦСМП – в Пловдив, Добрич и София-град – считат, че в резултат на усилията за поддържане на добро състояние на автомобилния парк не е застрашено оказването на качествена и безопасна спешна медицинска помощ.

Независимо от посоченото, санитарните автомобили в основната си част са морално остарели, амортизирани и с ограничени възможности за експлоатация, особено в планинските райони, е мнението на ЦСМП в Кюстендил, Пловдив и Софийска област. Това създава предпоставка за риск както за пациентите, така и за спешните екипи и увеличава изразходваните средства за поддръжка и ремонт**.** Осъзната енеобходимостта от провеждане на последователна политика и приемане на критерии за подмяна и редовни инвестиции в тази насока.

За одитирания период не са правени искания за обновяване на парка от центровете в извадката с изключение на ЦСМП-Добрич.

За периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г. по бюджетните сметки/бюджетите на ЦСМП не са предвиждани средства за закупуване на нови автомобили. През 2010 г. по централизирана доставка от Министерството на здравеопазването са предоставени 8 броя санитарни автомобили единствено на ЦСМП Софийска област.

Дарения са получени от ЦСМП-Пловдив и ЦСМП Благоевград – по една линейка и ЦСМП София-град – четири санитарни автомобила.[[205]](#footnote-205)

**1.4.** Министерството на здравеопазването наблюдава състоянието на автомобилния парк на основата на информацията, съдържаща се в годишните доклади за дейността на ЦСМП. Съществува необходимост от осигуряване на средства за поетапна подмяна на автомобилния парк след преценка на състоянието на всеки автомобил, тъй като амортизацията на автомобилите за отделните ЦСМП е различна и се дължи на различната инфраструктура, неподдържана пътна мрежа, движение по планински и полупланински терени, нееднакво натоварване и пробег. [[206]](#footnote-206)

Независимо от ежегодните предложения, към настоящия момент няма разработени програма и критерии за обновяване на санитарните автомобили, поради липса на гарантиран бюджет за закупуване на нови.[[207]](#footnote-207)

В края на 2014 г., извън одитирания период, са отпуснати средства за допълнителни разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2014 г. в размер на 3 628 800 лв. по Бюджетна програма „Спешна медицинска помощ”[[208]](#footnote-208). Средствата са използвани за закупуване на 56 линейки и медицинска апаратура за проследяване на жизнени показатели на пациенти, включително и такава с възможност за извършване на отдалечени консултации (телемедицина).[[209]](#footnote-209)

В рамките на правомощията си Министерството на здравеопазването предприема мерки за ползване на други видове транспорт освен автомобилен. То не разполага със собствен въздушен, воден и високопланински верижен транспорт. При необходимост се използват въздухоплавателни средства от състава на военно-въздушните сили на основание тристранна заповед, подписана от заместник министър-председателя и министър на вътрешните работи, министъра на отбраната и министъра на здравеопазването. За транспорт на пациенти с хеликоптер е подписан договор на 16.07.2014 г. между Министерството на здравеопазването и болница „Лозенец“ за осигуряване на 18 летателни блок часа. При инциденти във водни площи или високопланински райони се използват транспортни средства на бреговата охрана, гражданска защита или планинската спасителна служба.

В Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020 г. е предвидено разработването на програма и критерии за обновяване на автопарка и медицинската апаратура, като сроковете и конкретните изпълнители са посочени в План за действие за изпълнение на концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ.[[210]](#footnote-210)

**Центровете за спешна медицинска помощ са осигурени с достатъчен брой специализиран медицински транспорт, но той е морално и физически остарял и не способства за ефективно изпълнение на дейността по спешна медицинска помощ. Няма разработени програма и единни критерии за обновяване на специализирания медицински транспорт. Не са разчетени средства за обновяване на медицинския транспорт за одитирания период.**

**2. Оборудване на специализираните санитарни автомобили.**

Диагностичната и лечебната дейност в областта на спешната медицина се осъществяват с помощта на подходяща апаратура и медицински изделия, които следва да отговарят на съвременните изисквания за качество и безопасност и да не създават допълнителен риск за пациентите.

**2.1.** Минималните изисквания към оборудването на ЦСМП и на специализираните транспортни средства с необходима апаратура за спешна диагностика, терапия и мониториране на жизненоважните функции на организма за оказване на спешна медицинска помощ са регламентирани в Медицински стандарт „Спешна медицина“.

Дейността на реанимационните/медицинските екипи в ЦСМП от одитната извадка се осъществява със специализирани санитарни автомобили, оборудвани с: кислородни инсталации, портативни кислородни бутилки, аспиратори, перфузори,[[211]](#footnote-211) дефибрилатори с монитор,[[212]](#footnote-212) дефибрилатори,[[213]](#footnote-213) преносими електрокардиографи, респиратори, реанимационни чанти с набор за реанимация и др. необходимо оборудване.

Становището на ЦСМП от одитната извадка е, че са спазени изискванията на Медицинския стандарт „Спешна медицина” за материално-техническа обезпеченост с оборудване и медицинска апаратура. Голяма част от центровете считат, че апаратурата е амортизирана и морално остаряла и се нуждае от подмяна.[[214]](#footnote-214)

От ЦСМП-Благоевград посочват, че оказването на спешна медицинска помощ се осъществява с помощта на подходяща апаратура, отговаряща на съвременните изисквания за качество и безопасност и несъздаваща допълнителен риск за пациентите, но закупуването на нова, ориентирана към иновативните технологични достижения, медицинска апаратура ще благоприятства диагностично-лечебния процес и ще доведе до подобряване качеството на медицинското обслужване.

Мобилните екипи в ЦСМП-Варна са оборудвани съгласно стандарта по „Спешна медицина”. Наличната апаратура е недостатъчна за пълно оборудване на стационарните екипи във филиалите за оказване на спешна медицинска помощ. При необходимост и когато е възможно се използва апаратурата от линейките.[[215]](#footnote-215)

През одитирания период относителният дял на новата апаратура е 8-10 на сто и е несъществен в сравнение с дела на тази, която е амортизирана, но се използва – между 77 и 80 на сто от общия брой медицински апарати.

Таблица № 10

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Състояние на медицинските апарати | 2010 г.  бр. | 2011 г. бр. | 2012 г.  бр. | 2013 г.  бр. | Към 30.06.2014 г.  бр. |
| Нови | 86 | 86 | 89 | 88 | 106 |
| Амортизирани, които се използват | 740 | 737 | 876 | 741 | 822 |
| Напълно амортизирани | 122 | 122 | 125 | 127 | 144 |
| Общо: | **948** | **945** | **1090** | **956** | **1072** |

Напълно амортизирана е 12-13 на сто от апаратурата в ЦСМП от одитната извадка.[[216]](#footnote-216)

Според Министерството на

здравеопазването

Източник: ЦСМП

наличната медицинска апаратура, с която са оборудвани ЦСМП, е напълно достатъчна за осигуряване на адекватна спешна медицинска помощ. В голямата си част тя е закупена в периода 2007-2009 г. и задоволява потребностите на ЦСМП.[[217]](#footnote-217) Предвижда се изготвяне на критерии за поетапна подмяна на част от медицинската апаратура след осигуряване на необходимите средства.

**2.2.** През одитирания период от Министерството на здравеопазването не са осигурявани средства за обновяване на медицинското оборудване. Текущата поддръжка на апаратурата се осъществява в рамките на издръжката на ЦСМП. През 2013 г. със средства от издръжката на ЦСМП-Благоевград са закупени пет електрокардиографа за филиалите в Петрич, Сандански, Банско, Якоруда и Сатовча. През 2012 г. центърът получава медицинска апаратура за оборудване на санитарен автомобил от община Благоевград на стойност 17 900 лв.

В ЦСМП-Варна не са осигурявани целеви средства за обновяване на оборудването. През 2013 г. е получено дарение от един кардиограф. Закупени са със собствени средства 8 броя портативни аспирационни помпи, 8 броя преносими меки носилки, акумулаторни батерии, пациентни кабели, лекарски чанти.

За останалите 5 ЦСМП не са осигурявани целеви средства за обновяване на оборудването в рамките на одитирания период. Последната централна доставка от Министерството на здравеопазването е през 2009 г. [[218]](#footnote-218) Обезпечаването на ЦСМП с нова и по-съвременна медицинска апаратура и оборудване е предпоставка за подобряване на диагностично-терапевтичните възможности и за допълнително мотивиране на медицинския персонал. [[219]](#footnote-219)

**Апаратурата и оборудването на специализираните автомобили е в съответствие с изискванията на нормативните актове, но значителна част от нея е амортизирана и морално остаряла, което създава рискове за оказване на качествена медицинска помощ. Не са осигурени достатъчно средства за обновяване на апаратурата и оборудването. Няма разработени единни критерии и програма за обновяване на оборудването.**

**3. Средства за лекарствени продукти.**

Центровете за спешна медицинска помощ закупуват, поддържат в наличност и разпределят между екипите лекарствените продукти съгласно изискванията на Наредба № 25 за оказване на спешна медицинска помощ.[[220]](#footnote-220) При необходимост центровете могат да закупуват и прилагат и лекарствени продукти извън тези от приложението.

Редът за получаване на лекарствени продукти и медицински изделия, тяхното съхранение, разпределение между екипите (филиалите) и начина на водене на съответната документация се определят от директора на съответния ЦСМП.

Средствата за лекарствени продукти и консумативи на ЦСМП се осигуряват в рамките на утвърдената издръжка на съответния център.[[221]](#footnote-221) Изразходваните лекарствени продукти се отчитат чрез персонален отчет, в който се попълват задължителни реквизити. Отчетът се представя за утвърждаване от директора на центъра заедно с искането за изписване на лекарствени продукти и консумативи.[[222]](#footnote-222)

В ЦСМП, включени в одитната извадка, е създадена съответната организация за ползването и отчитането на лекарствените продукти. От центровете са разработени и приети вътрешни правила за получаване, изразходване, отчитане и съхранение на лекарствените средства и консумативи. Единствено в ЦСМП София-град редът за осигуряване с лекарствени продукти е регламентиран със заповеди на директора на центъра и утвърдена от него процедура.[[223]](#footnote-223)

Центровете за спешна медицинска помощ разполагат с необходимите лекарствени продукти и консумативи по видове и количества за осъществяване на дейността си.

Проучването на мнението на ЦСМП за действащата нормативна уредба[[224]](#footnote-224) относно номенклатурата на медикаментите показа, че тя отговаря на съвременните изисквания за адекватно лечение на пациентите, но в част от позициите (ЦСМП-Варна и ЦСМП-Кюстендил)са включени медикаменти,[[225]](#footnote-225) чието използване изисква по-висока лекарска компетентност или условия за прилагане извън възможностите и компетенцията на спешните екипи, най-вече когато в екипа няма лекар.[[226]](#footnote-226)

**Осигуряването на средства за закупуване на лекарствени продукти и консумативи е в рамките на утвърдената издръжка на ЦСМП и в съответствие с нормативните изисквания. Извършена е актуализация на номенклатурата от лекарствени продукти, без да са разработени критерии, на основата на които е извършена и следва да се извършва.**

**4. Сграден фонд за осъществяване на дейността на ЦСМП**

Съгласно Медицинския стандарт „Спешна медицина“, РКЦ на ЦСМП следва да разполага с диспечерска зала, а ФСМП – с помещения за дежурните екипи и административни и помощни помещения, съгласно капацитета. В някои филиали се осигуряват лекарски кабинети и манипулационни зали, отговарящи на утвърдените здравни изисквания за площ и оборудване. Административно-стопанската част се състои от административни и складови помещения, склад за медикаменти и консумативи, автосервиз, гаражи и сервизни помещения. В стандарта или в друг нормативен акт не са регламентирани минимални изисквания, на които трябва да отговарят сградите/помещенията по видове, площ и др.[[227]](#footnote-227)

**4.1.** Мнението на ЦСМП от одитната извадка е, че сградният фонд, с който разполагат е сравнително подходящ за осъществяване на дейността, но част от сградите се нуждаят от ремонти и подобрения. В ЦСМП-Добрич и ЦСМП-Варна има филиали с неподходящ сграден фонд, който не отговаря на съвременните нужди и изисквания за осъществяване дейността по оказване на спешна медицинска помощ. Част от сградния фонд, в който са разкрити структурите на ЦСМП-Пловдив не е достатъчен за осъществяването на дейността.[[228]](#footnote-228)

**4.2.** Анализът на собствеността на сградния фонд, с който разполагат ЦСМП за осъществяване на своята дейност, сочи сериозни проблеми с различната собственост на сградите/помещенията. Центровете за спешна медицинска помощ от одитната извадка ползват 90 сгради/помещения, които са държавна собственост, 160 с общинска собственост, 47 броя на търговски дружества (МБАЛ, МЦ, ДКЦ) и 4 са с друга собственост.[[229]](#footnote-229)

**4.2.1.** Ползването на сгради с различна собственост създава сериозни проблеми, свързани с ремонта и поддръжката на сградите. Извършват се само частични и/или текущи ремонтни дейности от съответните общини и/или от ЦСМП. Проблеми възникват при необходимост от капиталови ремонти, които са свързани и с енергийната ефективност на ползваните помещения. Видът на собствеността води до проблеми при разпределянето на разходите за отопление и вода. Не са уредени договорните отношения за ползване на сградния фонд във всички филиали за спешна медицинска помощ

Не са установени проблеми единствено със сградния фонд на ЦСМП-София-град, който е общинска собственост, поддържа се в добро състояние и периодично се извършват необходимите ремонтни дейности.

За филиалите, чиито сгради са държавна собственост, Министерството на здравеопазването, в рамките на възможностите на бюджета, осигурява капиталови средства за основен ремонт на част от помещенията.[[230]](#footnote-230)

**4.2.2.** Във връзка с уточняване на собствеността на сградния фонд на ЦСМП е извършен анализ от специализираните дирекции в Министерството на здравеопазването. [[231]](#footnote-231) Изготвен е доклад,[[232]](#footnote-232) с който е уведомен министъра на здравеопазването за основните проблеми, свързани със собствеността на ползвания от ЦСМП сграден фонд. Министерството на здравеопазването дава указания с писмо до ЦСМП за предприемане на действия по привеждане на основанията за ползване на помещенията в съответствие с действащото законодателство. Помещенията, които ползват ЦСМП, в голямата си част са ситуирани в сградите на лечебните заведения за болнична помощ, които са предимно общинска собственост. Това затруднява инвестициите в поддръжката и обновяването на помещенията, използвани от ЦСМП.[[233]](#footnote-233)

**Осигурен е сграден фонд на ЦСМП за изпълнение на дейността по спешна медицинска помощ. Не са приети минимални изисквания, на които следва да отговарят сградите/помещенията по вид, площ и обзавеждане. Не е решен проблемът със собствеността на сградния фонд, с който разполагат ЦСМП, което създава сериозни пречки при тяхното поддържане и обновяване.**

**IV. Анализ и оценка на достъпа до своевременна и качествена спешна медицинска помощ на пациентите**

**1. Технически условия за приемане, регистриране, обработка и предаване на постъпилите повиквания и подадената от екипите информация**

**1.1. Свързаност между информационните системи на спешната медицинска помощ и единния европейски номер 112 чрез предаване на глас и данни. Система за обработване на повикванията за спешни случаи**

Осигуряването на пълна информационна свързаност между информационните системи на спешната медицинска помощ и Националната система с единен европейски номер 112 и възстановяването на пълната функционалност на КИС на ЦСМП са основни фактори за скъсяване на времето за обработване и възлагането на повикванията.[[234]](#footnote-234)

**1.1.1. Национална система за спешни повиквания**

**1.1.1.1.** Министерският съвет, със свое постановление, въвежда Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер (ЕЕН) 112, с която се предоставя обществена услуга за бърз и лесен достъп на гражданите до националните служби за спешно реагиране за помощ при нарушаване на обществения ред, пожар, спешна медицинска помощ, спасителна дейност при бедствия, аварии, катастрофи и терористични актове, с цел защита на живота, здравето и имуществото на гражданите на територията на Република България.[[235]](#footnote-235)

Националната система за спешни повиквания включва центровете за приемане на спешни повиквания към Единен европейски номер за спешни повиквания 112 (центрове 112), които са изградени в районите за планиране, националните служби за спешно реагиране, както и взаимодействието между тях.[[236]](#footnote-236)

Съгласно Закона за Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112 центровете за спешна медицинска помощ са национални служби за спешно реагиране.[[237]](#footnote-237)

При създаването на системата ЕЕН 112 тя се използва паралелно със съществуващите национални телефонни номера за спешни повиквания, включително телефонен номер 150 за оказване на спешна медицинска помощ.[[238]](#footnote-238),[[239]](#footnote-239)

**1.1.1.2.** Функционирането на Националната система за спешни повиквания с ЕЕН 112 се обезпечава чрез: центровете 112; комуникационната свързаност между центровете 112, както и между центровете 112 и контактните точки на националните служби за спешно реагиране; комуникационната свързаност на националните служби за спешно реагиране от контактните точки до ресурсите на съответната служба за оказване на помощ.[[240]](#footnote-240)

Задължение на Министерския съвет е изграждането и поддръжката на комуникационната свързаност, при гарантиран пренос на информацията без прекъсване и при резервираност, между центровете 112, както и между центровете 112 и контактните точки на националните служби за спешно реагиране.[[241]](#footnote-241),[[242]](#footnote-242)

Службите за спешно реагиране обменят информация с районните центрове 112 чрез работни станции на Националната система за спешни повиквания с ЕЕН 112. Дейността по осигуряване на непрекъснат, бърз и безплатен достъп до службите за спешно реагиране за получаване на помощ при спешни случаи се организира и осъществява от районни центрове за приемане на спешни повиквания към ЕЕН.[[243]](#footnote-243)

Министерството на здравеопазването изгражда и поддържа комуникационната свързаност между контактните точки и ресурсите на центровете за спешна медицинска помощ.[[244]](#footnote-244),[[245]](#footnote-245)

**1.1.2. Автоматизирана комуникационно-информационна система**

Приемането, регистрирането и обработването на повикванията, постъпили от територията на обслужвания от центъра район, както и на подадената от екипите информация се извършва с помощта на автоматизирана комуникационно-информационна система.[[246]](#footnote-246)

Информацията постъпва в Районната координационна централа (РКЦ), която осигурява координацията и оперативното ръководство при оказване на спешна медицинска помощ.[[247]](#footnote-247) Информацията се регистрира и обработва с помощта на компютърна информационна система, като се съхранява върху магнитен носител за срок 3 години.[[248]](#footnote-248),[[249]](#footnote-249)

**1.1.2.1.** До 2009 г. комуникационно-информационната система на ЦСМП функционира като система с децентрализирано управление при липса на национална свързаност и възможност за комуникация и обмен на информация между отделните ЦСМП и с Министерството на здравеопазването. Системата е неустойчива, поради честите технически проблеми, възникващи в процеса на работа, с материално и морално амортизираната техника.[[250]](#footnote-250) Това налага обновяване на системата и изграждане на интегрирана информационна система на спешната медицинска помощ. От края на месец септември 2009 г. на територията на цялата страна за нуждите на спешната медицинска помощ е изградена и функционира мрежа на съвременна, цялостна и многокомпонентна интегрирана комуникационно-информационна система (КИС), която свързва всичките 28 ЦСМП. Информационният компонент на системата представлява цялостно програмно решение за управление и анализ на данните, свързани с работата на ЦСМП, като чрез него се регистрират, записват и обработват всички обаждания, извършва се on-line въвеждане на информация от операторите в РКЦ и взаимодействие на информационно ниво с GPS за позициониране и локализация на санитарните автомобили. Изградената единна комуникационна мрежа на ЦСМП и техните филиали (над 200 точки на територията на цялата страна) осигурява комуникационна среда за връзка както към информационните системи на Министерството на здравеопазването, така и за връзка с Националната система за спешни повиквания с ЕЕН 112 (с оглед приемането на повиквания от тел. 112 и предаването на оперативна информация за наличните ресурси и реагиране на полученото повикване). Специализиран софтуерен продукт осигурява запис на разговора между приемащия повикването медицински специалист и ответната страна.

Изградената комуникационно-информационна система, обслужваща ЦСМП осигурява информационно (в реално време и чрез архивираната за отминало време информация) дейността, която центровете извършват.[[251]](#footnote-251)

**1.1.2.2.** Информационната система за нуждите на ЦСМП има за цел да подобри и улесни значително работата на операторите (както с гражданите, така и с мобилните екипи и екипите във филиалите) като част от цялостното повишаване на качеството на услугата „Спешна помощ”. Основните компоненти на системата са:

- Център за управление на обажданията (Call Center);

- Информационна система за регистриране и проследяване на получените обаждания.

Центърът за управление на обажданията осигурява качествена и високо надеждна връзка между операторите/диспечерите на „Спешна помощ” и гражданите. Центърът използва утвърдени световни стандарти за интегриране на IP базирана комуникация и включва в себе си следните компоненти: Контакт център (управление и приемане на самото обаждане от оператор), IP базирана телефонна свързаност между всички регионални поделения и централни звена на Министерството на здравеопазването, както и абсолютно гарантирана аудио-записваща система на всички входящи и изходящи обаждания.

Другата интегрална компонента от цялостното решение е разработената и интегрирана с Центъра за управление на обажданията Информационна система за регистриране и проследяване на получените обаждания. Тя осигурява средства на операторите/диспечерите в центровете за спешна помощ да въвеждат в реално време по електронен път данните, свързани с всяко получено обаждане до приключване на случая или хоспитализация на пациента.[[252]](#footnote-252)

**1.1.3. Интегриране на Комуникационно-информационната система на ЦСМП с Националната система за спешни повиквания 112**

**1.1.3.1.** През 2010 г. Министерският съвет приема решение за пренасочване на спешните повиквания от телефоните 150, 160 и 166 към ЕЕН 112, като трите кратки номера престават да съществуват самостоятелно.[[253]](#footnote-253) След въвеждането на телефон 112 като единствен телефонен номер за спешни повиквания, с оглед оперативното взаимодействие между РКЦ на ЦСМП и центровете 112, възниква необходимостта от реализиране на гласова връзка и обмен на информация в реално време между двете информационни системи. През информационните системи е постигната сигурна гласова връзка между диспечерите в центровете 112 и операторите в РКЦ на ЦСМП.

С въвеждането на ЕЕН 112 процесът по осъществяване на информационна свързаност и обмен на информация в реално време е забавен, поради различни технологични решения при изграждането на системите. Това налага допълнително доработване и свързаното с това установяване на авторски права върху системата 112 и правомощията за промяна и развитие на системата и нейните интерфейси. За целта функционира междуведомствена работна група, която следва да предложи технологично решение за интеграция на система 112 и информационната система на спешната медицинска помощ, както и мерки за подобряване на взаимодействието между районните центрове 112 и ЦСМП при обслужване на спешните повиквания. Работата на работната група не е приключила. Определени са практическите условия за вида и обема на обменяната информация. Постигнато е съгласие за концептуалната архитектура на технологичното решение. Кореспонденцията, свързана с дейността на комисията се извършва в оперативен порядък.[[254]](#footnote-254),[[255]](#footnote-255)

**1.1.3.2.** На основата на одитна извадка е изследвано мнението на 7 ЦСМП относно функционалността на комуникационно-информационната система.

Оценката за нивото на свързаност между ЕЕН 112 и РКЦ е добра според 4 от центровете.[[256]](#footnote-256)

Съгласно мнението на специалистите в ЦСМП София-град свързаността не е на необходимото ниво, което налага допълнителни промени и корекции.

Становището на ЦСМП-Варна също е за лоша свързаност между двете системи. В резултат се забавя обработката на данните при наличие на няколко последователни мисии и се образува „листа на чакащите”. Операторът работи едновременно на двете информационни системи като преписва информацията от едната към другата, което води до допълнително увеличаване на времето за обработка на мисията. В центъра е извършен мониторинг за периода 16.11.2011 г. – 30.11.2011 г., който сочи, че едва в 20 на сто от случаите са осъществени конферентни връзки между РКЦ и Районния център 112. В 6 на сто от повикванията има несъответствие с приетия списък на повикванията, за които не би следвало да се осъществява гласова връзка.[[257]](#footnote-257) За някои от повикванията, когато е използвана конферентна връзка за уточняване на важни факти, същите не са отразени в електронния картон, въпреки че са необходими за вземане на решения от РКЦ, свързани с мобилизиране на екипите по вид и брой. В 8 на сто от случаите без конферентна връзка са установени неточни адреси, налагащи допълнителни комуникации между подалия обаждането, мобилните екипи, РКЦ и ЕЕНСП 112.[[258]](#footnote-258),[[259]](#footnote-259)

**1.1.3.3.** След автоматичното преминаване на телефон 150 към ЕЕНСП 112 са загубени някои от функционалностите на телефон 150. При директното повикване от тел. 150, информационната система въвежда автоматично номера на търсещия спешна помощ с въведена функционалност за автоматично въвеждане и на адреса на обаждащия се (в случаите на обаждане от стационарен телефонен номер на БТК[[260]](#footnote-260)). След автоматичното преминаване на телефон 150 към ЕЕНСП 112, тази информация се преписва от информационното съобщение на ЕЕНСП 112 и се въвежда на ръка в информационната система на ЦСМП; няма възможност за извличане на справки по различни показатели, например брой електрокардиограми (ЕКГ), хирургични манипулации, по нозолгични единици, хоспитализации в посочено лечебно заведение; дава се невярна статистическа информация за брой спешни и неспешни повиквания, тъй като няма опция за квалифициране на повикването след неговото приключване; няма възможност за прослушване на проведените телефонни разговори в т.ч. с филиалите на ЦСМП.

Наличието на информационна свързаност между системите на ЦСМП и ЕЕНСП 112 би позволило заедно с предаването на повикването, цялата информация по случая, събрана от операторите на ЕЕНСП 112 да бъде автоматично прехвърлена в досието на повикването в информационната система на ЦСМП. Отделно от това, информацията, генерирана в ЦСМП при изпълнението на повикването би могла да се използва за актуализация на случая в информационната система 112.[[261]](#footnote-261)

След автоматичното преминаване на телефон 150 към ЕЕНСП 112 вчаст от центровете възникват проблеми. В ЦСМП-Благоевград връзката не е влошена, но се отчита забавяне във времето от постъпване на повикването до предаването му на РКЦ, поради правилата за подробно разпитване и описание на възникналите инциденти и заболявания от операторите в кол център 112.

От ЦСМП-Варна установяват технологично забавяне от минимум 3 минути до предаване на повикването в РКЦ. При изграждане на конферентна връзка и когато случаят налага спешно приемане и задействане на екип от страна на РКЦ, информацията от работната станция на Районния център 112 пристига впоследствие когато екипът вече пътува към адреса. Опцията за прослушване на разговори не може да се използва пълноценно както за уточняване на факти, така и за контролни функции. При постъпване на жалби се налага официална кореспонденция с Районния център 112 за предоставяне на записи на телефонните разговори.

След автоматичното преминаване на тел. 150 към ЕЕН 112 се променя и директната комуникация между пациентите и изпълнителите на спешната медицинска помощ. Становището на ЦСМП в Кюстендил и в Пловдив е, че това води до забавяне във времето за изпълнение. Наблюдават се случаи на неуточнени симптоми, неточен адрес, местоположение и др., което налага повторна връзка за уточняване. С използването на конферентна връзка между оператор на 112, пациент и медицински специалист от спешния център определянето на спешността е подобрено.[[262]](#footnote-262)

**1.1.3.4.** С оглед регистрираните затруднения в процеса по осъществяване на информационна свързаност и обмен на информация в реално време между информационните системи на ЕЕНСП 112 и ЦСМП, в рамките на различни решения в Министерството на здравеопазването е обсъждан на експертно ниво вариант за възстановяване на телефон 150 за случаите, касаещи спешна медицинска помощ, но конкретни административни действия не са предприемани.

Въпросът е спорен, тъй като при сегашното състояние, възстановяването на кратък телефонен номер 150 за спешна медицинска помощ при паралелно съществуване на тел. 112 няма да доведе до пренасочване на всички повиквания за медицинска помощ само и единствено до тел.150.

**а)**От ЦСМП също не се изразява единодушно мнение по въпроса за възстановяването на тел. 150. Служителите от центровете във Варна и в Пловдив считат за целесъобразното възстановяването на тел. 150 и неговото паралелно функциониране едновременно с тел. 112. Телефон 150 може да остане като резервен вариант според ЦСМП-Благоевград. От центъра в София-град защитават становището за необходимостта от възстановяване на тел. 150. Мотиви за това са: необходимост от приемане на сигналите от лице с медицинско образование; причината за повикването, състоянието на пациента, придружаващите заболявания и отчитане на описаните симптоми могат да бъдат интерпретирани по-добре от медицински специалист, отколкото от немедицинско лице; определяне от приемащия обаждането на вида на допълнителните въпроси, които улесняват намирането на адреса; възможност за продължаващ разговор при вече приет и предаден адрес, с цел детайлно изясняване на инцидента (брой линейки, вид на екипите) и доуточняващи въпроси относно маршрута за достигане на инцидента; недопускане на повиквания чрез SMS поради техническа невъзможност за провеждане на текстови разговор в условия на спешност; провеждане на повторен или пореден разговор при възникнало препятствие за екипите (заключени врати, грешно даден вход или блок, неработещи звънци).[[263]](#footnote-263)

**б)** Съществуващите проблеми при функционирането на ЕЕНСП 112 поставят въпроса за необходимостта от неговото доразвиване. Следва да бъде взето предвид, че експертите на Министерството на здравеопазването не притежават компетентност по отношение на информационната система 112, която е управлявана и администрирана от Министерството на вътрешните работи (МВР).

Министерският съвет възлага изграждането и поддръжката на комуникационната свързаност, при гарантиран пренос на информацията без прекъсване и при резервираност, между центровете 112, както и между тях и контактните точки на националните служби за спешно реагиране.[[264]](#footnote-264) Министерството на вътрешните работи и Министерството на здравеопазването изграждат и поддържат комуникационната свързаност на националните служби за спешно реагиране от контактните точки до ресурсите на съответната служба за оказване на помощ, съответно за своите главни и областни дирекции и за центровете за спешна медицинска помощ.[[265]](#footnote-265)

Събираната и предавана от ЕЕНСП 112 към РКЦ на ЦСМП информация е достатъчна по обем, но затрудненията при установяване на информационна свързаност дават основание да се счита, че системата на спешния номер 112 следва да бъде доразвита с оглед разработване на интерфейс, осигуряващ възможност за осъществяване на информационна свързаност и обмен на информация в реално време с информационната система на ЦСМП.

Това мнение се споделя и от повечето от ЦСМП в одитната извадка. От ЦСМП Софийска област считат, че системата на спешния номер 112 следва да бъде доразвита, за да се гарантира точността на информацията, подавана към лекарите от спешната помощ.

От ЦСМП-Благоевград изразяват необходимост от разкриване на кол центрове на тел.112 във всички областни градове. По този начин ще се спестява време за предаване на повикванията към РКЦ и ще се елиминира разминаването в подаваните адреси по населени места.

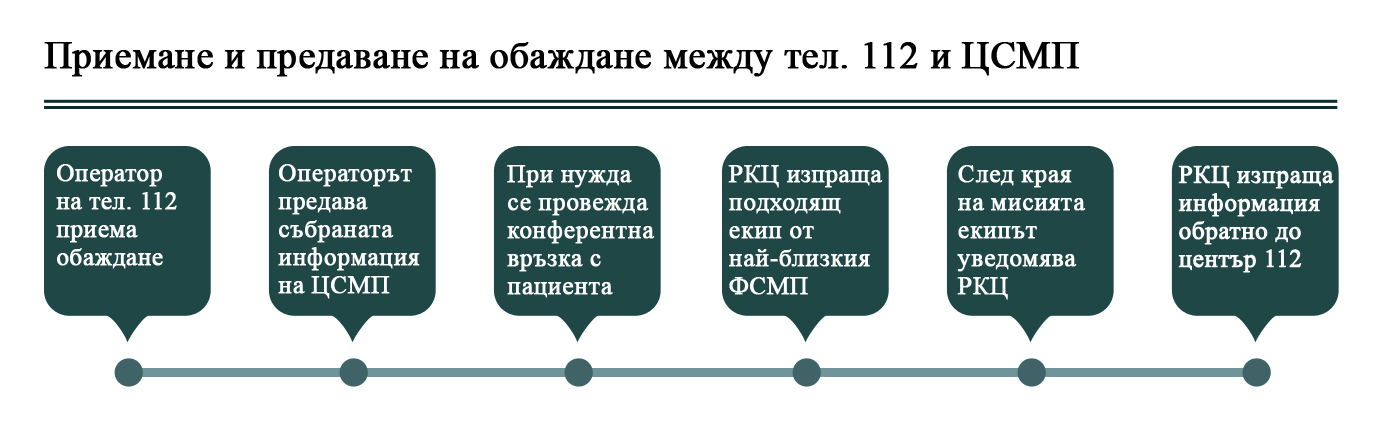
Становището на ЦСМП-Варна е, че са натрупани нерешени проблеми, които налагат спешни мерки за доразвиване, надграждане и свързаност между двете системи. Необходимо е автоматично визуализиране на информацията от електронния картон, попълван от Районния център 112 на информационната система на спешната помощ.[[266]](#footnote-266)

**в)**По време на одита е приета Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г. В Плана за действие към концепцията по Приоритет 1: Подобряване на структурата и материално-техническата обезпеченост на интегрираната система за спешна помощ, Подприоритет 1.2. Мерки за подобряване на инфраструктурата, в т.ч. материално-техническата осигуреност на системата за спешна медицинска помощ, е предвидена мярка за осигуряване на информационна свързаност между информационните системи на ЦСМП и ЕЕНСП 112. Действията, които е предвидено да се предприемат със съвместните усилия на Министерството на здравеопазването и Министерството на вътрешните работи в периода 2014-2016 г., следва да осигурят пълна информационна свързаност между информационните системи на спешната медицинска помощ и Националната система с единен европейски номер 112 чрез пренос на глас и данни. Също така следва да се възстанови пълната функционалност на КИС на ЦСМП с възможности за получаване на информация и генериране на данни за инцидента в реално време. Основният ефект от тази мярка се очаква да бъде скъсяване на времето за обработване на повикванията и възлагането им на най-близко разположения спешен екип чрез изпращане на информационно съобщение.[[267]](#footnote-267)

**1.1.3.5.** Съществен фактор, който оказва влияние върху ефективното изпълнение на дейността по спешна медицинска помощ е координацията и взаимодействието между различните институции, извън тези към Министерството на здравеопазването.

**а)**Основният нормативен акт, уреждащ координацията на взаимодействието между институциите, извън Министерството на здравеопазването, при изпълнението на дейността е Закона за Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112. Взаимодействието и координацията на дейностите между ЦСМП и други държавни органи и институции са регулирани и в: Правилника за организацията и дейността на центровете за приемане на спешни повиквания към ЕЕНСП 112; Наредба № І-183 за условията и реда за взаимодействието между контролните органи на Министерството на вътрешните работи и лечебните заведения при оказване на помощ на пострадали при пътнотранспортни произшествия; Методично указание за действията на екипите на ЦСМП София-град, Министерство на вътрешните работи и Столична община за осигуряване на бързо придвижване на автомобилите на спешна медицинска помощ.[[268]](#footnote-268)

**б)**Подадените към Районен център 112 повиквания се приемат от оператор, който събира за най-кратко време максимално точна и подробна информация относно инцидента.[[269]](#footnote-269) Операторът, въз основа на събраната информация, класира инцидента по кодове, определени с класификатор на спешните повиквания. Класификаторът се утвърждава от министъра на вътрешните работи след съгласуване със службите за спешно реагиране.[[270]](#footnote-270) Операторът записва информацията за инцидента в пълен обем в електронния картон на инцидента. При последващи обаждания за същия инцидент без допълнителна информация те се свързват с вече създадения запис на инцидента.[[271]](#footnote-271)

Центровете за спешна медицинска помощ и Националният медицински координационен център (НМКЦ) осигуряват приемането на информация за инцидентите чрез работни станции за връзка с комуникационно-информационна система на Националната система за спешни повиквания.[[272]](#footnote-272)

**в)**На ниво ЦСМП са издадени множество вътрешни нормативни актове, които регулират основно задълженията и действията, които следва да се предприемат от страна на РКЦ.

При постъпване на повикване от ЕЕН 112 се сигнализира с визуален и звуков сигнал на компютърната система. Информацията от ЕЕН 112 се предава по електронен път на работна станция в РКЦ като електронен документ „регистриране на инцидент”, в който има данни за пострадалото лице, естеството и местоположението на повикването. След приемането на повикването дежурните в РКЦ преценяват сложността на случая и го насочват за изпълнение към съответния свободен екип на филиала за спешна медицинска помощ (ФСМП). При необходимост се осъществява конферентна връзка между ЕЕНСП 112 и диспечера от РКЦ. Създава се мисия на повикването и съответен екип за изпълнението й (реанимационен, лекарски или долекарски в зависимост от вида на повикването). След приключване изпълнението на повикването екипите дават обратна информация на РКЦ. По електронен път от РКЦ се подава обратна информация към ЕЕНСП 112. Когато случаят се отнася до друг филиал, който е извън седалището на ЦСМП, операторът го предава на дежурния екип чрез IP телефоните от изградената мрежа на информационната система за спешна медицинска помощ.[[273]](#footnote-273)

**За одитирания период действа Национална система за спешни повиквания с ЕЕН 112, чрез която се предоставя обществена услуга за бърз и лесен достъп на гражданите до националните служби за спешно реагиране, включително до ЦСМП. Изградена е добра нормативна основа за взаимодействие и координация на дейностите между ЦСМП и другите държавни органи и институции.**

**При създаването си ЕЕН 112 се използва паралелно със съществуващия национален телефонен номер за спешна медицинска помощ 150, който впоследствие е закрит.**

**Изградена е и функционира мрежа на съвременна, цялостна и многокомпонентна интегрирана комуникационно-информационна система, която свързва центровете за спешна медицинска помощ и осигурява информационно тяхната дейност. Създадена е възможност за осъществяване на конферентна връзка за уточняване на важни факти, които не са отразени в електронния картон от оператора на тел. 112, но са необходими за вземане на решение по случая.**

**Постигната е сигурна гласова връзка между диспечерите в центровете 112 и операторите в РКЦ на ЦСМП, но е забавен процесът по осъществяване на информационна свързаност и обмен на информация в реално време. След автоматичното преминаване на телефон 150 към ЕЕНСП 112 са загубени някои от функционалностите на телефон 150 и се наблюдава технологично забавяне при предаване на повикването в РКЦ. Променена е директната комуникация между пациента и изпълнителя на спешната медицинска помощ, което също води до забавяне във времето за изпълнение.**

**Затрудненията при установяване на информационна свързаност дават основание да се счита, че системата на спешния номер 112 следва да бъде доразвита с оглед разработване на интерфейс, осигуряващ възможност за информационна свързаност и обмен на информация в реално време с информационната система на ЦСМП. Необходимо е връзката между търсещия системата за спешна медицинска помощ и координационната централа на ЦСМП да стане пряка, без посредници, които да генерират забавяне в приемането на съобщенията и насочването на медицински ресурс на мястото на инцидента.**

**По време на одита са предприети действия от страна на Министерството на здравеопазването, в съответствие с приетата Концепция за развитите на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г. В периода 2014-2016 г. е предвидено, със съвместните усилия на Министерството на здравеопазването и Министерството на вътрешните работи, да се осигури пълна информационна свързаност между информационните системи на спешната медицинска помощ и ЕЕНСП 112 и да се възстанови пълната функционалност на комуникационно-информационната система на ЦСМП. По този начин ще се намали времето за обработване на повикванията и възлагането им на най-близко разположен спешен екип.**

**1.2. Осъществяване на връзка в реално време между лекарите от спешната помощ и дежурните лекари в лечебното заведение. Възможности на комуникационно-информационната система за въвеждане на телемедицината в процеса на оказване на спешна медицинска помощ**

Осъществяването на връзка в реално време между лекарите от спешната помощ и дежурните лекари в лечебното заведение и въвеждането на телемедицината в процеса на оказване на спешна медицинска помощ ще подобри значително своевременността и качеството на оказваната спешна медицинска помощ.[[274]](#footnote-274)

**1.2.1. Свързаност между информационните системи на ЦСМП и на лечебните заведения**

**1.2.1.1.** Приемането, регистрирането и обработката на повикванията за оказване на спешна медицинска помощ се осъществява чрез автоматизираната комуникационно-информационна система на ЦСМП.

Комуникационно-информационната система на ЦСМП свързва над 200 точки на територията на цялата страна. Осигурената чрез тази собствена мрежа комуникационна среда позволява 3G пренос на данни от мобилните екипи или транспортните средства до сървърите на РКЦ и централния клъстер сървъри. Тези данни могат да бъдат генерирани от различни устройства – както от позициониращите устройства, които в момента функционират (GPS устройства, предаващи онлайн информация за местоположение, състояние на горивото, скорост на движение и др.), така и данни, генерирани от различни медицински апарати, притежаващи 3G модем.[[275]](#footnote-275)

**1.2.1.2.** В лечебните заведения функционират болнични информационни системи, изградени вследствие на проведени процедури по Закона за обществените поръчки от различни доставчици, като тези информационни системи не осъществяват външен обмен на информация.

За одитирания период всички лечебни заведения, които оказват спешна медицинска помощ и работят с ЦСМП, са задължени да предоставят телефони, чрез които да се осъществява непрекъсната денонощна връзка със спешното отделение и дежурния медицински персонал. Центровете за спешна медицинска помощ (Районните координационни централи) чрез тези телефонни връзки осъществяват комуникацията със спешните отделения за координиране на действията на мобилните медицински екипи.

**1.2.1.3.** Анализирани са становищата на 12 лечебни заведения на основата на одитна извадка относно връзката им с информационните системи на ЦСМП.

Информационните системи на лечебните заведения и ЦСМП не са интегрирани. Няма изградена директна връзка между лекарите от спешните приемни отделения на лечебните заведения и екипите на спешната медицинска помощ. Комуникацията между тях се осъществява по нерегламентирани правила, без наличен възможен достъп както на едната, така и на другата страна до съответната информационна система. Причината за това е главно в нееднаквото структуриране на информационните системи в лечебните заведения и ЦСМП, принадлежността им на различни държавни/общински структури, несходства във финансирането и други специфични различия. Най-често комуникацията се осъществява по телефон – стационарен и мобилен. Технически връзка се реализира чрез телефон 112. Когато спешното приемно отделение и ЦСМП са в една сграда се ползва вътрешната телефонна централа на лечебното заведение.[[276]](#footnote-276) В единични случаи се поддържа наета линия, което позволява директна връзка без необходимост от доставчик на фиксирани гласови услуги.[[277]](#footnote-277) Често не съществува никаква предварителна комуникация между спешното отделение и ЦСМП.[[278]](#footnote-278) Получаването на информация се осъществява също и чрез писмена кореспонденция, което затруднява колаборацията между ЦСМП и спешните приемни отделения на лечебните заведения.[[279]](#footnote-279)

**1.2.1.4.** Осъществяването на връзка в реално време между лекарите от спешната помощ и дежурните лекари в лечебното заведение, към което се насочва пациента, е възможна, но не се прилага системно в практиката според мнението на по-голямата част от лечебните заведения в извадката. Комуникацията в реално време между специалистите от лечебните заведения и тези от ЦСМП се извършва основно по телефона.[[280]](#footnote-280) Други лечебни заведения споделят мнението, че няма възможност за комуникация в реално време, поради изключително ниското качество на техническите средства за връзка с мобилните екипи на ЦСМП.[[281]](#footnote-281) От МБАЛ „Добрич” ЕАД считат, че на практика не съществува подобна връзка, поради изнесеност на ЦСМП извън територията на спешното отделение, което определя невъзможността специалистите да осъществяват пряка връзка в реално време с транспортиращия екип. Такава връзка би могла да даде възможност, по време на транспорт на спешен пациент, екипът на ЦСМП в реално време да получава високоспециализирана мобилна помощ за лечение на пациента. Това ще допринесе пациенти в тежко състояние да бъдат насочени още от мястото на инцидента към подходящо за тях лечебно заведение със съответното ниво на компетентност. Липсата на такава комуникация лишава пострадалия и забавя неговото постъпване в подходящо за състоянието му лечебно заведение.

Осъществяването на връзка в реално време между лекарите от спешната помощ и дежурните лекари в лечебното заведение, според част от лечебните заведения от одитната извадка, е само теоретично възможно, включително и използването на телемедицина.[[282]](#footnote-282) Скептицизмът на лечебните заведения се поражда от липсата на техническа готовност на ЦСМП и на лечебните заведения. За целта е необходимо да се изгради надеждна връзка между мобилните и стационарните екипи на ЦСМП и лечебните заведения, както и същите да бъдат оборудвани със съответната специализирана техника за осигуряване на директна онлайн връзка. Действията в тази насока биха били полезни за по-доброто здравно обслужване на пациентите, своевременна диагностика, а също така и своевременно и адекватно лечение.[[283]](#footnote-283)

**1.2.1.5.** Възможностите на телемедицината и комуникационната мрежа на ЦСМП са използвани пилотно в ЦСМП-Кърджали и ЦСМП-Русе при предаването на мониторирани данни от медицински устройства (ЕКГ, кислородно насищане, сърдечна честота, стойност на кръвно налягане) от медицинските екипи в линейки/филиали до дежурни лекари в спешно отделение или отделение по инвазивна кардиология на съответните областни болници. Тази практика продължава да се прилага, като това не изисква интеграция на използваните информационни системи, тъй като информацията се предава чрез районните координационни централи.[[284]](#footnote-284)

В края на 2014 г. от някои ЦСМП[[285]](#footnote-285) е закупена медицинска апаратура с възможност за осъществяване на отдалечено продължително проследяване и наблюдение на жизнени показатели на пациенти със спешни състояния. Апаратурата е предназначена за мониториране в закупени нови линейки. В рамките на работната група за промяна на относимите към дейността по спешна медицинска помощ нормативни актове следва да бъдат доразвити редът, условията и начинът на използване на апаратурата за отдалечено продължително проследяване и наблюдение на жизнени показатели на пациенти със спешни състояния.[[286]](#footnote-286)

В Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г. е предвидена мярка за интегриране на информационната система на ЦСМП с информационните системи на лечебните заведения в общата информационна система на здравеопазването. Така ще бъдат създадени условия за обмен на информация както между болничните информационни системи, така и с външни на тях информационни системи, вкл. и с тези на ЦСМП, НЗОК,[[287]](#footnote-287) НЦОЗА,[[288]](#footnote-288) НЕЛК[[289]](#footnote-289) и др. Ще се осигури стандартизирано предаване на данни, както и възможност за телемедицина, теленаблюдение и др.[[290]](#footnote-290)

**Не е възможно осъществяването на връзка в реално време между лекарите от спешната помощ и дежурните лекари в лечебното заведение, към което се насочва пациентът, поради липса на информационна свързаност между информационните системи на лечебните заведения и тези на спешната медицинска помощ.**

**Не са създадени възможности за масово въвеждане и използване на телемедицината в процеса на оказване на спешна медицинска помощ, но пилотно е приложено предаване на данни за състоянието на пациенти от екипи на спешната помощ до спешни отделения в областни болници. Предприети са действия, които следва да доведат до въвеждане на телемедицината при изпълнение на заложените мерки в Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г.**

**1.3. Изграждане на резервна комуникация за критични ситуации.**

Изграждането на надеждна радиовръзка, която да гарантира резервна комуникация, е съществено условие за ефективността на оказваната спешна медицинска помощ, особено в условията на бедствия, аварии и/или катастрофи.[[291]](#footnote-291)

**1.3.1. Резервна радиовръзка с мобилните екипи на ЦСМП. Радиокомуникационна система “Sagem“**

Като резервна радиовръзка с мобилните екипи на ЦСМП основно в случаи на аварии и бедствия, когато не са налични други видове мобилни комуникации, служи радиокомуникационна система от аналогов тип “Sagem”, изградена през 1999 г. Системата е морално и технически остаряла, което затруднява техническото й поддържане и е вероятно да не може да се използва през следващите години.

Въпреки осигурения обхват на системата от около 80 на сто от територията на страната, тя се използва изцяло или частично в 9 от 28-те ЦСМП. В останалите 19 ЦСМП тази комуникационна система не се използва, като в редица случаи оборудването е демонтирано от автомобилите и РКЦ. Основно средство за комуникация в системата за спешна медицинска помощ се явяват GSM връзките чрез мобилните оператори.

Независимо от посоченото Министерството на здравеопазването ежегодно извършва разходи за ползване на обектите, където са разположени радиоантените на системата (договорът за съвместно ползване на помещения, съоръжения и кули на фирма НУРТС България възлиза на около 100 000 лв. без ДДС годишно), както и за техническа поддръжка на терминалите на системата в центровете за спешна медицинска помощ (за сметка на бюджетите на съответните ЦСМП). Изразходваните средства са неефективни разходи за бюджета на министерството.[[292]](#footnote-292)

Радиокомуникационна система “Sagem“ се ползва изцяло или частично като резервна комуникация в 5 от 7-те ЦСМП от одитната извадка. За критични ситуации в ЦСМП – София-град няма изградена резервна комуникация. В ЦСМП-Софийска област като такава се използва GSM свързаност. В останалите ЦСМП системата се поддържа на сравнително добро ниво и се използва изцяло или частично. Преимущества на системата са, че връзката се осъществява веднага, докато през GSM мрежата се налага в много от случаите изчакване на свободен оператор.[[293]](#footnote-293) Също така комуникацията е независима, има възможност за връзка с определен екип, както и режим за връзка с „всички” /симплекс режим/ и осигурява независимост от публичните GSM оператори.[[294]](#footnote-294)

Според ЦСМП от одитната извадка, както и Министерството на здравеопазването, системата е стара, морално и физически износена, често се получават аварии, което, заедно с трудното намиране на резервни части, усложнява нейното поддържане и я прави несигурна. Нивото на комуникациите не задоволява напълно нуждите на центровете – няма пълно покритие на връзката, особено в планински и отдалечени от ретранслаторите места.

Посочените недостатъци на системата, както и скъпото й поддържане налагат изграждане на нова, по-съвременна резервна комуникация.[[295]](#footnote-295),[[296]](#footnote-296)

**1.3.2. Комуникация TETRA**

Комуникацията TETRA (Terrestrial Trunked Radio) е име на световен стандарт за кодирана, цифрова, мобилна, клетъчна, радиокомуникационна система, специализирана за професионални потребители, разработена от Европейския стандартизационен институт (ETSI). TETRA технологията е създадена за работа при екстремни/кризисни ситуации и позволява високо надеждна защита на предаваната информация. Тя се различава от аналоговите мобилни мрежи, както и от GSM мрежите по степента на сигурност, надеждността и бързината на установяването на връзка между абонатите, която по стандарт е под 0,3 секунди. TETRA комуникационните услуги гарантират надеждност и устойчивост при природни бедствия и терористични актове, както и независимост от обществените мобилни мрежи. Използването на алгоритми за засекретяване на пренасяната информация на практика обезпечава защита на данните, в т.ч. лични данни и здравна информация за пациентите. Всеки TETRA терминал комбинира в едно крайно устройство мобилен телефон, радиостанция и GPS терминал.[[297]](#footnote-297),[[298]](#footnote-298)

**1.3.2.1.** В Целите на администрацията на Министерството на здравеопазването за 2012 г., в съответствие с Програмата на правителството на европейското развитие на България, е заложена дейност по „Изграждане и въвеждане на TETRA комуникационна система съвместно с Министерството на вътрешните работи“. В отчета за изпълнението на целите за 2012 г. индикаторът за самооценка е „Напълно постигната цел“. Отчетено е, че пилотно е въведена TETRA комуникацията на територията на ЦСМП-Ямбол. За 2013 г. при заложена същата цел е отчетено изграждане и въвеждане на TETRA комуникационна система, без да са посочени конкретни резултати. За 2014 г. е предвидено изграждане и въвеждане на TETRA комуникационна система съвместно с Министерството на вътрешните работи в областите Бургас и Хасково.[[299]](#footnote-299)

**1.3.2.2.** В резултат на доброто взаимодействие с МВР, в ЦСМП-Ямбол експериментално е монтирано оборудване за ползване на ТЕТRА мрежата, като всички мобилни екипи са оборудвани с мобилни TETRA терминални устройства.

Ползването на съоръженията и инфраструктурата на клетъчната радиосистема TETRA, изградени от МВР, е уредено с подписано на 03.10.2014 г. споразумение за сътрудничество между Министерството на здравеопазването и Министерството на вътрешните работи по изграждане и използване на цифровата клетъчна радио-комуникационна система на МВР по TETRA стандарт. През м. януари 2015 г., на основание на споразумението, е подписан протокол за въвеждане в редовна експлоатация на експериментално монтираното оборудване в ЦСМП-Ямбол.[[300]](#footnote-300)

В Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г., приета по време на одита,[[301]](#footnote-301) е предвидено до 2020 г. да се усъвършенства комуникационната система на ЦСМП и нейното интегриране към комуникационната система TETRA на МВР. Това ще увеличи сигурността и степента на защита на комуникациите и ще даде възможност за ефективна работа при бедствия, аварии и катастрофи.[[302]](#footnote-302)

**Не е изградена модерна и надеждна радиовръзка за нуждите на ЦСМП, която да гарантира резервна комуникация за ползване в критични ситуации, което създава рискове за ефективното оказване на спешна медицинска помощ. Наличната резервна радиокомуникационна система е морално и физически остаряла, не се ползва от повечето ЦСМП и води до неефективни разходи за нейната поддръжка. Като средство за комуникация се ползват GSM мрежите, които не осигуряват независима, надеждна и устойчива връзка при пълно покритие в критични ситуации. За одитирания период са предприемани действия относно въвеждането на модерна комуникация TETRA, но все още не са постигнати задоволителни резултати.**

**2. Преценка на естеството и спешността на повикванията**

**2.1. Критерии за определяне на естеството и спешността на повикването. Изисквания за квалификацията на екипите, съобразно естеството на повикването**

Наличието на приети критерии за определяне на естеството и спешността на повикването е предпоставка за обективно разграничаване на спешните от неспешните повиквания и създава условия за намаляване на времето от приемането до възлагането на повикването за изпълнение.

**2.1.1.** Спешната медицинска помощ включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма.[[303]](#footnote-303)

Случаите, които са обект на спешната медицинска помощ са регламентирани в Наредба № 25/04.11.1999 г.: всички болни и пострадали, намиращи се в състояние, пряко застрашаващо живота им; болни и пострадали, потърсили сами помощ в спешните отделения или сектори на центровете за спешна медицинска помощ; лица с данни за психично разстройство, които представляват опасност за себе си или околните; жени със започващо раждане или аборт; деца до една година, за които е потърсена медицинска помощ; болни и пострадали, при които не може да се прецени характерът и тежестта на заболяването.[[304]](#footnote-304)

В съвременната медицинска наука и практика като „спешно“ се определя всяко нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, което ако не бъде диагностицирано и лекувано незабавно, води до смърт или тежки, необратими морфологични и функционални увреждания на жизненоважни органи и системи.[[305]](#footnote-305)

Дадени са две определения на понятието „спешен пациент“. Общественото определение за „спешен“е всеки пациент, който счита себе си за такъв и е уведомил за това ЦСМП, който със специализиран, случаен или собствен транспорт или "на крака" е влязъл през входа на спешното приемно отделение. Медицинското определение включва всеки пациент, при който е налице нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, за което, ако незабавно не бъдат предприети медицински дейности, може да доведе до смърт или до необратими морфологични и функционални увреждания на жизненоважни органи и системи. Съвкупното прилагане на двата принципа за определяне на понятието за спешен пациент предполага, че всяко лице, отговарящо на общественото определение за „спешен пациент“, следва да се счита за такъв до момента, в който по обективен начин се докаже, че не са изпълнени медицинските критерии за наличие на „спешно състояние“.[[306]](#footnote-306),[[307]](#footnote-307)

**2.1.2.**Медицинските специалисти в РКЦ преценяват естеството и спешността на повикването съобразно професионалната си квалификация и опит под координацията и контрола на завеждащия смяна.[[308]](#footnote-308) Преценката за приоритизирането на повикването и това на какъв екип да бъде възложено изпълнението му се основава на квалификацията и компетентността на завеждащия смяна, както и на получената от повикването информация за оплакванията/симптомите на пациента. След приключването на обработката на спешното обаждане, операторите, под координацията и контрола на завеждащия смяна, възлагат изпълнението му на най-близо разположения до местопроизшествието и с подходяща квалификация екип за спешна медицинска помощ.

Дейностите по обслужването на пациенти със спешни заболявания са специфични и съдържат елементи на много медицински специалности и области на клиничната медицина (вътрешни болести, педиатрия, хирургия, неврология, ортопедия и травматология, акушерство и гинекология и др.), което прави дейността на лекаря интердисциплинарна.[[309]](#footnote-309)

Съставът на екипите, работещи в ЦСМП, както и квалификацията на членовете на екипите са определени с Наредба № 45/26.08.2010 г. на министъра на здравеопазването за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина” и в Правилник за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, издаден от Министерството на здравеопазването.[[310]](#footnote-310)

**2.1.3.** В нормативната уредба не са дефинирани и утвърдени обективни критерии за квалифициране на обаждането като спешно и неспешно. Процесът се състои в събирането на данни от пациента (анамнеза). Преценката на медицинските специалисти се основава на техните теоретични знания, практическа подготовка, мислене, опит, квалификация и интуиция. Липсата на ясни критерии води до затруднения в класифицирането на пациенти, нуждаещи се от неотложна медицинска помощ и такива, които злоупотребяват със системата – здравно неосигурени, случаи на лъжливи повиквания, даване на симптоматика, която предполага спешност без състоянието на пациента да е такова, самотни възрастни хора с хронични заболявания, пациенти с онкологични заболявания без изразена динамика.[[311]](#footnote-311)

**2.1.4.** Добра практика в европейските държави е прилагането на протоколи за „триаж“ на пациентите в РКЦ. От извършено проучване в 27 страни, в 19 се използват протоколи за „триаж“ в РКЦ, от които в 12 са национално утвърдени, а в 13 се води компютъризиран запис.[[312]](#footnote-312)

Всички ЦСМП от одитната извадка подкрепят становището, че липсата на критерии и протоколи за „триаж“ е кардинален проблем за дейността на спешната помощ. Ако се въведат точни и ясни алгоритми на приемане и изпълнение на подадените сигнали, ще се постигне ефективно приоритизиране на спешните пациенти и ще се повиши качеството на оказваната спешна медицинска помощ. За това е необходимо ясно да се определи обектът на спешната помощ. Нормативното приложение на алгоритмите ще осигури и защита на персонала при вземане на решение за консултация по телефон, квалифициране на обаждането като спешно или неспешно и при насочване на пациента към други изпълнители на медицинска помощ. При преценката на спешността следва да се отчита, че невинаги информацията, получена по телефона е достатъчно достоверна, като влияние оказват нивото на образование, здравната култура, моментното състояние, въздействието на други външни фактори и добронамереността на търсещия помощ.

Липсата на единни критерии и протоколи за „триаж“ на пациентите някои ЦСМП компенсират чрез приети инструкции/правила или други вътрешни нормативни документи, въз основа на които се извършва преценката за спешността на определени състояния. Поради честите пътни инциденти на територията на област Благоевград, от ЦСМП-Благоевград е разработен Алгоритъм за осигуряване на безопасност на екипа и пострадалите при пътно-транспортни произшествия. От ЦСМП-Варна са разработени въпросници за уточняване на състоянието на пациентите.[[313]](#footnote-313),[[314]](#footnote-314)

**2.1.4.** Фактор, който оказва негативно влияние върху правилното и бързо сортиране на подадените сигнали са грешките, които се допускат от операторите на тел. 112.

Становището на всички ЦСМП от одитната извадка сочи, че служителите в единния номер невинаги могат да разграничават кои повиквания са наистина спешни. Основна причина, която създава предпоставка за грешки в система 112 е липсата на медицинско лице в дежурния състав. Времето за приемане на данни от пациенти и пострадали лица се удължава, поради факта, че след получаването на сигнал за спешно медицинско поведение, се осъществява т. нар. конферентна връзка между пациент, оператор на тел. 112 и медицински специалист в РКЦ на съответния ЦСМП. За по-правилна преценка при изпълнение на спешна мисия се задават допълнителни насочващи въпроси, които са от компетенцията на медицинско лице. Процесът на двустепенно приемане и обработка на сигнала създава предпоставки за забавяне на изпълнението, което се приема за закъснение от пациентите. Операторите на тел. 112 реагират адекватно при пътно-транспортни произшествия, аварии и бедствия. Грешки се допускат при приемане на адресите – непълни и неточни, съвпадение на наименования на улици и квартали в различни градове и области, както и неточно подадени местонахождения на инцидентите.[[315]](#footnote-315),[[316]](#footnote-316)

**2.1.5.** През 2011 г., след автоматичното преминаване на националния номер 150 към ЕЕНСП 112, се увеличават проблемите при обработването и изпълнението на спешните повиквания. В тази връзка Министерството на здравеопазването инициира среща с представители на Министерството на вътрешните работи, на която са обсъдени въпроси, свързани с реализацията на процеса на автоматичното прехвърляне на спешните повиквания от националния номер 150 към ЕЕН 112. Във връзка с необходимостта оценката на повикванията да се извършва от медицински специалисти на ЦСМП, Министерството на здравеопазването предоставя на Министерството на вътрешните работи списък, в който са определени случаите, които се приемат директно и тези, за които се осъществява конферентна връзка между операторите на тел. 112 и ЦСМП за преценка на медицински специалист. Разпоредено е на ЦСМП да създадат подходяща организация и система за регистрация на директно предадените повиквания, както и да изготвят доклади за предприетите мерки. Актуализирани са и вътрешните правила за работата на РКЦ на ЦСМП.[[317]](#footnote-317)

**2.1.6.** В приетата по време на одита Концепция за развитието на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г. се предвижда да се въведат: стандартни протоколи за „телефонен триаж” на пациента в диспечерския център; автоматизирана система за триаж на повикванията за спешни медицински случаи, както и да се регламентират взаимоотношенията между тел. 112 и диспечерските центрове на ЦСМП при предаването на спешните медицински повиквания. В тази връзка ще се изготвят протоколи за прием на спешни повиквания, ще се обучат работещите в диспечерските центрове, ще се разработят и въведат стандартни протоколи за работа между тел. 112 и РКЦ. Очакванията от въвеждането на тези мерки са постигане на обективно диференциране на спешните от неспешните повиквания, скъсяване на времето за приемане на спешните повиквания, както и обслужване на спешното повикване от екип с подходяща квалификация.[[318]](#footnote-318)

**В дежурните екипи на тел. 112 няма медицински лица или нормативно приети критерии за разграничаване на спешните от неспешните повиквания. Независимо от предприетите действия от Министерството на здравеопазването във взаимодействие с Министерството на вътрешните работи са създадени предпоставки за допускане на грешки при предаването на повикванията към ЦСМП.**

**Естеството и спешността на постъпилите в ЦСМП повиквания се преценяват от медицинските специалисти в районните координационни централи под координацията и контрола на завеждащия смяна. Не са приети критерии за определяне на естеството и спешността на повикванията. Въвеждането на стандартни протоколи за поведение ще създаде условия за обективно определяне на степента на спешност на повикванията, както и за намаляване на времето от приемането на повикването до възлагането му за изпълнение.**

**3. Медицинска помощ на пациентите в спешно състояние**

Изпълнението на изискванията за своевременност на възлагането на съобщението и отправянето на екипа към адреса, както и наличието на приети критерии за времето на оказване на спешната медицинска помощ и тяхното спазване, са от съществено значение за ефективното оказване на спешната медицинска помощ.[[319]](#footnote-319)

**3.1.** Изискванията за своевременност на оказваната спешна медицинска помощ, свързани с възлагането на съобщението и на отправянето на екипа към адреса, са определени в Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ[[320]](#footnote-320) и в Медицински стандарт „Спешна медицина“, утвърден с Наредба № 45 от 26.08.2010 г. на министъра на здравеопазването:[[321]](#footnote-321)

- не по-късно от една минута след приключване обработката на повикване за пациент със спешно състояние РКЦ възлага изпълнението му на най-близо разположения до местопроизшествието свободен екип за спешна медицинска помощ;

- не по-късно от една минута след приемане на възложеното повикване екипът е длъжен да се отправи към предадения им от РКЦ адрес и да пристигне за възможно най-кратко време, използвайки най-целесъобразния маршрут.

За да бъде изпълнено първото изискване е необходимо да бъдат налице кумулативно две условия – екипът да е свободен и да е близко разположен до мястото на инцидента, като водещо е условието екипът да е свободен от мисия. В случаите, когато броят на повикванията за определено време надвишава този на свободните екипи, се налага предаване на задачата от РКЦ на първия освободен екип. Такова несъответствие между свободните екипи и броя на приетите повиквания се регистрира при висока заболеваемост или травматизъм (епидемична обстановка, бедствено положение, инцидент с масови пострадали) или при трайна недостатъчност на екипи на смяна, поради незаетост на утвърдените щатове. В тези случаи екипът в РКЦ, на базата на постъпилите оплаквания и своята професионална медицинска компетентност, се стреми да подреди по приоритет постъпилите повиквания, като може дори да отложи вече назначена мисия, за да освободи екип и да му възложи повикване с по-висок приоритет (напр. деца в кърмаческа възраст, лица с категорични анамнестични данни за сърдечен инцидент, тежки животозастрашаващи травми и др.). Тези случаи се регистрират в ежемесечно изготвяното от центровете за спешна медицинска помощ сведение за дейността и подлежат на анализ с оглед предприемането на възможни мерки за снижаване на техния брой.[[322]](#footnote-322)

**3.2.** Анализът на причините за забавяне на предаването на адресите в ЦСМП от одитната извадка сочи, че обичайно закъснението е свързано с липсата на свободен екип. Когато даден случай е преценен от дежурните в РКЦ като спешен и състоянието на пациента е животозастрашаващо, се прави връзка с най-близък до адреса екип и същият се пренасочва. Други причини могат да бъдат: нарастване на повикванията, технологично забавяне при въвеждане на информацията, пропуск на оператор и недовършен процес на взаимосвързаност между информационните системи. В някои случаи закъснението се дължи на обстоятелството, че във филиалите има само по един дежурен екип, който при условие, че не е приключил изпълнението на предходното повикване не може да поеме изпълнението на нов адрес. Пренасочването на екип от съседен филиал невинаги е целесъобразно поради голяма отдалеченост или други причини. Друго основание може да бъде ангажираността на медицинския екип с транспортиране на пациент до лечебно заведение с по-високо ниво на компетентност.[[323]](#footnote-323)

**3.3.** В Наредба № 7 за спешната медицинска помощ,[[324]](#footnote-324) която е в сила до м. ноември 1999 г., е заложено нормативно изискване за времето за придвижване на екипа от момента на поставяне на задачата до момента на пристигане до пациента. За оказване на спешна помощ времето следва да не е повече от 20 мин., а за неотложна помощ – не повече от 30 мин. при обслужван район с радиус до 30 км. След отмяната на наредбата не са приети нови критерии.

В действащите нормативни документи, регламентиращи дейността по спешна медицинска помощ, не е определен показател за време на достигане на медицинските екипи за спешна медицинска помощ до мястото на инцидента. Това време (в широкото му значение) е многофакторно обусловено, като един от факторите е в пряка зависимост от материално-техническата и кадрова обезпеченост на ЦСМП. Останалите фактори са свързани със сектори, които са извън системата на здравеопазване (развитие, качество и сезонна поддръжка на пътната инфраструктура; управление на трафика в урбанизираните гъстонаселени места; климатични условия и др.).[[325]](#footnote-325)

Съгласно експертните мнения, оказването на спешната медицинска помощ в рамките на 15-20 мин. е най-ефективно.[[326]](#footnote-326) В Националната здравна стратегия 2014-2020 г. по политиката, свързана с модернизиране на дейността на системата за спешна извънболнична медицинска помощ, очакванията за своевременно обслужване са до 30 мин. в повече от 90 на сто от пациентите.[[327]](#footnote-327)

Центровете за спешна медицинска помощ обслужват повиквания, свързани както с животозастрашаващи състояния, така и със състояния, които попадат в обхвата на т.нар. обществено определение за спешност (медицински стандарт „Спешна медицина”). Времето за достъп на екипа до пациент със животозастрашаващо състояние е един от специфичните показатели за ефективност и качество на спешната медицинска помощ. Той е резултативна величина от регистрирания брой обслужени повиквания за пациенти с установени животозастрашаващи състояния, както и при реакция в случаи на катастрофи, бедствия и др. инциденти, свързани с голям брой пострадали.[[328]](#footnote-328)

**3.4.** Центровете за спешна медицинска помощ ежемесечно попълват и изпращат в Министерството на здравеопазването „Сведение за дейността на ЦСМП“, което включва данните от всички филиали на съответния център. Сведението съдържа отчетни данни по различни показатели за дейността и се представя и на годишна основа.[[329]](#footnote-329) Отчитат се и повикванията, забавени от оператор и такива, които са забавени от медицинския екип. Нормативно определени критерии за определяне и разграничаване на двата вида забавяне не са приети.

Извършен е анализ на обобщените годишни данни за дейността на центровете, свързан с броя на отчетените от тях забавени повиквания.

**3.4.1.** За одитирания период от 28-те ЦСМП са изпълнени 3 506 291 повиквания. От тях като забавени са отчетени общо 159 680 или 4,55 на сто от изпълнените повиквания. Относителният дял на забавените повиквания за периода от 2010 г. до 2014 г. остава нисък (между 4,07 за 2011 г. и 5,16 за 2013 г.). Най-много забавени повиквания има през 2013 г., когато те са 39 358, а най-малко – през 2011 г., когато общо забавените повиквания са 30 793. Преобладаващата част от закъсненията са отчетени по вина на оператора – 156 648 или 4,47 на сто. Незначителна е частта на забавените от медицинските екипи повиквания – общо 3 032 за одитирания период или 0,09 на сто. Няма ясни разграничителни критерии, по които да се класифицира по чия вина се забавя изпълнението на повикванията.[[330]](#footnote-330)

**3.4.2.** Забавени повиквания отчитат по-малко от половината от центровете с тенденция на незначително увеличаване на броя им към края на одитирания период. Докато през 2010 г. от 11 центъра са отчетени забавени повиквания, през 2014 г. те са 13. Над 90 на сто от забавените повиквания през 2010 г. и 2011 г. са реализирани от 3 ЦСМП – София-град (27 637 бр. или 23,35 на сто, съответно 20 878 бр. или 17,76 на сто), Варна (6 142 бр. или 13,06 на сто, съответно 6 629 или 15,73 на сто) и Плевен (1 725 бр. или 5,43 на сто, съответно 1 219 или 4,16 на сто). В следващите 3 години от одитирания период[[331]](#footnote-331) към посочените 3 центъра, за които тенденцията се запазва, се прибавят ЦСМП Софийска област и ЦСМП-Ловеч, при които има съществено увеличение на забавените повиквания спрямо 2010 г. и 2011 г. В ЦСМП Софийска област забавените повиквания от 42 през 2010 г. нарастват на 1 925 през 2013 г. или над 45 пъти, като относителния им дял спрямо изпълнените повиквания нараства от 0,16 на 8,61 на сто за същия период. ЦСМП-Ловеч също бележи значителен ръст на забавените повиквания – от 167 през 2010 г. те нарастват на 1 380 през 2012 г. или над 8 пъти, като през 2013 г. намаляват до 1 048.[[332]](#footnote-332)

**3.4.3.** В 3от 7-те ЦСМП от одитната извадка за одитирания период са отчетени забавени повиквания – посочените в предходната точка ЦСМП София-град и ЦСМП-Варна, както и ЦСМП Софийска област. Центровете за спешна медицинска помощ в Пловдив, Благоевград, Добрич и Кюстендил не отчитат забавени повиквания.

В ЦСМП София-град забавените повиквания се дължат изцяло на филиала в гр. София. Те представляват съществен дял от всички изпълнени повиквания в гр. София – между 16,92 на сто за 2012 г. и 24 на сто за 2010 г.

От филиала в гр. Варна се отчетени около 70 на сто от забавените повиквания на ЦСМП-Варна, като относителният им дял от всички изпълнени повиквания варира между 14,03 на сто за 2010 г. и 19,39 на сто за 2012 г. За целия одитиран период той остава висок във всички филиали на центъра с тенденция на нарастване – от 13,06 през 2010 г. на 19,65 на сто през 2014 г.

В ЦСМП-Софийска област през 2010 г. и 2011 г. отчитат незначителен брой забавени повиквания – 42 и 52, което представлява съответно 0,16 и 0,26 на сто от изпълнените повиквания. Значително влошаване на ситуацията в центъра се наблюдава в следващите 3 години, когато броят, съответно относителният дял на забавените повиквания се увеличава и достига до 931 за първите 6 месеца на 2014 г. или 8,30 на сто от всички изпълнени повиквания. Най-много забавени повиквания за посочения период трайно отчитат филиалите в Ихтиман, Костинброд и Костенец.[[333]](#footnote-333)

**3.4.4.** Ясното регламентиране на обекта и обхвата на спешната медицинска помощ ще даде законно основание за разграничаванена спешни от неотложни състояния и следва да доведе до намаляване на случаите, при които екипът закъснява при оказване на спешна медицинска помощ. Това е мнението на всичките 7 ЦСМП от одитната извадка. За постигането на тази цел е необходимо да се приеме система за повикванията, както и налагането на ефективни финансови санкции за некоректни пациенти и лъжливи повиквания. От ЦСМП считат, че изпълнението на повикванията много рядко се забавя по вина на медицинските екипи. Премахването на несвойствени дейности като вторични прегледи и обслужване на хронично болни пациенти и лица, нуждаещи се от социални грижи, транспорт на взета кръв за изследване на алкохолно съдържание на водачи на моторни превозни средства също би намалило забавянето при изпълнение на повикванията.[[334]](#footnote-334),[[335]](#footnote-335)

**3.5.** За анализ на своевременността на оказваната спешна медицинска помощ е извършена проверка на извадка от фишове от 7-те ЦСМП, включени в одитната извадка. Обобщена е информацията от общо 3 770 фиша за оказване на спешна медицинска помощ в периода 01.01.2010 – 30.06.2014 г., избрани по произволни дати през всички сезони на годината, включително и национални празници. От тях: 617 бр. от ЦСМП София-град, 658 бр. от ЦСМП-Пловдив, 714 бр. от ЦСМП-Варна, 477 бр. от ЦСМП Софийска област, 402 бр. от ЦСМП- Благоевград, 523 бр. от ЦСМП-Кюстендил и 379 бр. от ЦСМП-Добрич.

**3.5.1.** Информацията от фишовете дава възможност да се проследи времето, за което центровете обслужват повиквания за спешна помощ. Анализът включва три времеви стойности: а) времето за обработка на обаждането и изпращане на линейка, б) времето на пътуване на линейката до адреса и в) кумулативното време за обслужване на едно повикване от приемането на обаждането до пристигане на линейката при пациента.

Прегледът на фишовете сочи, че реквизитите за час на получаване на повикването, час на потегляне на линейката и час на пристигане на адреса не се попълват регулярно. Най-пълни са фишовете на центровете Варна и Пловдив – съответно 96 на сто и 83 на сто от фишовете съдържат информация за кумулативното време от приемането на обаждането до пристигането на линейката на адреса. Екипите от останалите 5 ЦСМП попълват тази информация в по-малко от една четвърт от фишовете (24 на сто Софийска област, 22 на сто Благоевград, 12 на сто София-град, 9 на сто Кюстендил и 1 на сто Добрич). От общо разгледаните 3 770 фиша информация за кумулативното време от приемането на обаждането до пристигането на адреса е налична в 1 564 фиша.

По-често е попълнено единствено времето на пътуване на линейката до адреса – в 2 287 от всички 3 770 фиша, като най-пълни са фишовете на ЦСМП-Варна, Пловдив и София-град, а най-много пропуски са отчетени в тези на ЦСМП-Добрич и Кюстендил. Липсата на достатъчно фишове с попълнена информация от ЦСМП-Добрич не позволява анализ на времето за обработка на спешни обаждания в центъра. Едва 5 от разгледаните 379 фиша съдържат попълнени всички реквизити за време. [[336]](#footnote-336)

**3.5.2.** Времето, за което линейката пристига до пациента включва времето за обработка на обаждането, възлагането на повикването и пътуването на линейката.

Обработката на повикванията включва времето от приемане на обаждането от диспечер до изпращане на линейката към адреса. Анализ на модата (най-често срещаната величина) на тези времеви стойности показва, че във всички центрове от одитната извадка времето за обработка на повикванията е до 2 мин. в преобладаващата част от проверените фишове. Най-бързо се обработват повикванията в ЦСМП-Пловдив и Кюстендил. Диспечерите в тези центрове изпращат линейка до 2 мин. след регистриране на обаждането съответно в 95 и 93 на сто от проверените случаи.

В ЦСМП София-град е най-голям делът на повикванията, при които изпращането на линейката се е забавя повече от 2 мин. (36 на сто от прегледаните фишове). Следват центровете Софийска област и Варна, където в съответно 20 и 18 на сто от случаите, медицинският екип потегля повече от 2 мин. след постъпване на обаждането.

Информацията от фишовете не позволява да се направи преценка за причините за забавянето при изпращане на линейка – липса на свободен екип към момента, забавяне на диспечера или др. В един единствен фиш от ФСМП-Драгоман, център Софийска област, екипът отбелязва, че закъснява поради изпълнение на друго повикване.[[337]](#footnote-337)

**3.5.3.** Другият важен компонент за своевременното достигане на линейката до пациента е времето на пътуването. Най-продължително пътуват до адрес линейките на центровете Софийска област и София. В 16 на сто от проверените фишове от ЦСМП Софийска област линейката пътува повече от 20 мин. до пациента. За ЦСМП София-град този процент е 12 на сто. Натовареният трафик в столицата и голямото разстояние между населените места в Софийска област влияят негативно върху времето на пътуване на линейките от тези два центъра. Близо една десета от обслужваното от ЦСМП Софийска област население се намира в селища, разположени на повече от 20 мин. път – предимно нискокачествен и трудно проходим – от най-близкия филиал.[[338]](#footnote-338),[[339]](#footnote-339)

При останалите пет проверени ЦСМП линейките пътуват повече от 20 мин. до пациента в по-малко от 10 на сто от изпълнените повиквания, като този показател е най-нисък в ЦСМП-Варна – 3 на сто.

Най-бързо пристигат медицинските екипи в ЦСМП-Благоевград. Линейките на центъра достигат пациента в рамките на 10 мин. от потеглянето в 87 на сто от случаите. За сравнение, в ЦСМП София-град този процент е 40 на сто.[[340]](#footnote-340)

**3.5.4.** Съществуват няколко метода за измерване и анализ на времето, необходимо на ЦСМП за обслужване на получените повиквания. Един от възможните показатели е този за средно време, необходимо за достигане на адрес от часа на обаждането. Според Американската асоциация за спешна помощ (ААСП) тази статистика не е подходяща, тъй като се влияе твърде много от крайните стойности, т.е. случаите на изключително забавяне или необикновено бързо обслужване[[341]](#footnote-341). Така е възможно основната част от повикванията реално да бъдат обслужени за време далеч под или над средното за центъра, ако в извадката са попаднали повече извънредни случаи. По мнение на ААСП най-достоверен е методът на дробното изчисление, при който се проследява до колко минути даден център обработва 90 на сто от всички повиквания (ниво 90 на сто).[[342]](#footnote-342)

Приложеното дробно изчисление на времето за обслужване на повиквания от ЦСМП от одитната извадка показва, че най-бързо организираният център е този в Пловдив, където 90 на сто от всички случаи се обслужват до 15 мин. от обаждането. След Пловдив се подреждат ЦСМП-Благоевград, където в 90 на сто от случаите линейката пристига до 20 мин., ЦСМП-Варна (до 23 мин.) и ЦСМП-Кюстендил (до 25 мин.). Центровете София-град и Софийска област достигат до ниво 90 на сто след 30-тата минута, а от ЦСМП Добрич фишовете с попълнени реквизити за време от получаване на обаждането до пристигане на адрес са недостатъчни за дробно изчисление. [[343]](#footnote-343)

Според статистиката за ниво 50 на сто, половината от повикванията в ЦСМП Благоевград се обслужват до 5 мин. Това е значително по-бързо от останалите ЦСМП в одитната извадка, като най-близо е ЦСМП-Кюстендил, където половината от обажданията се обработват до 8 мин.

При прилагане на показателя средно време за обслужване на едно повикване, най-бързо организираният център от ЦСМП в одитната извадка е този в Благоевград, където линейката пристига на адрес средно за 9 мин. от обаждането на пациента. Следват центровете Пловдив (10 мин.), Варна (12 мин.), Кюстендил (13 мин.), София (18 мин.) и Софийска област (21 мин.).[[344]](#footnote-344)

Информацията за ЦСМП-Благоевград не включва данни от филиала в Благоевград, тъй като екипите не са попълнили регулярно реквизитите за час на обаждане и час на пристигане на адрес. Получената статистиката се базира на попълнените фишове от другите филиали в центъра – Банско, Разлог, Сатовча, Якоруда, Сандански, Гоце Делчев, Симитли, Петрич и Кресна. Извадката и анализът са допълнително ограничени от големия брой фишове с непопълнени реквизити за време от всички центрове, с изключение на Пловдив и Варна. Има случаи при ЦСМП-Варна, при които часът на получаване на обаждане, посочен в електронния фиш не съвпада с този, отбелязан в хартиения фиш.[[345]](#footnote-345)

**3.6.** Проведената анкета сред пациенти, обслужени от ЦСМП през 2014 г., показва, че най-често времето за пристигане на медицинския екип е между 10 и 15 мин., като закъснение от повече от 20 мин. отбелязват 15 на сто от анкетираните.[[346]](#footnote-346) В 95 на сто от случаите връзката с оператор на спешен телефонен номер е установена бързо и безпроблемно. Затруднения при комуникацията с диспечера отчитат 15 на сто от анкетираните. В един от случаите диспечерът отказва своевременно да изпрати медицински екип, докато друг обаждащ се смята, че въпросите, зададени от диспечера са твърде подробни. Един от пациентите признава, че въпреки по-високата цена ползва единствено частни услуги за оказване на спешна медицинска помощ поради по-своевременното пристигане на екипите.[[347]](#footnote-347)

Преобладаващата част от анкетираните изразяват задоволство от работата, отношението и комуникацията с медицинския екип, като 70 на сто оценяват цялостната организацията в обслужващия център като добра и биха се чувствали спокойни, ако същият екип обслужва техен близък. Оплакванията са предимно свързани със състоянието на санитарните автомобили и оборудването на медицинските екипи. Една четвърт от анкетираните изразяват недоволство от условията в линейката и медицинското оборудване. В един от случаите на транспортиране до болница пациентът съобщава за счупено легло в линейката и липса на стол за член на медицинския екип или придружител.[[348]](#footnote-348)

**3.7.**Проучени са практиките в някои страни, свързани с приетите критерии за своевременно обслужване на спешни пациенти. Според проучване на холандската неправителствена организация за спешна помощ Ambulancezorg за заложените критерии за своевременно пристигане на линейките в Европа показва, че повечето държави използват котен принцип,[[349]](#footnote-349) при който се проследява до колко минути даден център изпълнява определен процент, или кота, от постъпилите повиквания.

В Турция е прието 90 на сто от повикванията в градовете да се обслужват до 10 мин., а в провинциалните райони 90 на сто от повикванията следва да се обработват до 30 мин.

В Австрия вътрешните правила на Австрийския червен кръст, който организира оказването на спешна помощ в страната, определят 95 на сто от всички случаи да се обслужват до 15 мин.

В Англия обажданията са разделени по категории в зависимост от спешността на пациента. Обаждания от категория А за пациенти с животозастрашаващи състояния следва да бъдат обслужени до 8 мин. в 75 на сто от тези повиквания. За обаждания от категория Б, които са за сериозни, но не и опасни за живота състояния, линейката трябва да се отзове до 19 мин. от повикването в 95 на сто от случаите.

В Естония кодовете за спешност на обажданията са четири:

* (А) Алфа – неспешно състояние, пациентът не се нуждае от незабавна помощ, линейката трябва да го посети до 2 часа
* (В) Браво – неспешно състояние или обаждащият се няма точна информация за състоянието на пациента. Линейката трябва да пристигне незабавно, в случай че в момента няма повиквания от следващите два кода.
* (С) Чарли – потенциално животозастрашаващо състояние. Екипът трябва да е на място до 4 мин.[[350]](#footnote-350)

В приетата по време на одита Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г. е предвидено въвеждането на стандартни протоколи за „телефонен триаж“ на пациента в диспечерския център, както и на автоматизирана система за триаж на повикванията за спешни медицински случаи. Изпълнението на посочените мерки следва да доведе до диференциране на спешните от неспешните повиквания, скъсяване на времето за приемането на спешното повикване, както и обслужването на спешното повикване да се извършва от екип с подходяща квалификация.[[351]](#footnote-351)

**С Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ и в Медицинския стандарт „Спешна медицина” са утвърдени изискванията за своевременност на възлагането на съобщението и на отправянето на медицинския екип към адреса, от който е направено повикването за оказване на спешна медицинска помощ.**

**В действащата нормативна уредба липсва показател за време на достигане на медицинските екипи за спешна медицинска помощ до мястото на инцидента, като по експертна преценка най-ефективна е помощта, оказана в рамките на 15-20 мин. от възлагането на задачата на медицинския екип.** **Липсва ясно регламентиране на обекта и обхвата на спешната медицинска помощ, което затруднява разграничаване на спешните от неотложните състояния.**

**Незначителна част от повикванията за одитирания период са отчетени от ЦСМП като забавени, като изключение правят центровете в София-град и Варна, където забавените повиквания трайно съставляват съществен относителен дял от всички изпълнени повиквания. Не е осъществен ефективен контрол относно попълването на всички реквизити във фишовете за оказана спешна медицинска помощ от екипите на ЦСМП, което затруднява** **точното проследяване на времето за изпълнение на повиквания от центровете. Независимо, че липсата на нормативно определен критерий за квалифицирането на едно повикване като забавено поставя под съмнение достоверността на отчетените от центровете данни, анализът сочи наличието на проблеми в своевременното оказване на спешната медицинска помощ в част от ЦСМП.**

**Практиката в други страни показва разделяне на повикванията в зависимост от спешността – на животозастрашаващи и неотложни и в зависимост от разстоянието – в градовете и в провинциалните райони. На базата на това разделение са заложени критерии за своевременност на пристигане на медицинските екипи, като най-разпространен е принципът, при който определен дял от повикванията трябва да се обслужи до определено време.**

**4. Качество на спешната медицинска помощ**

**4.1. Диагностично-терапевтични алгоритми и протоколи за поведение при различните спешни състояния. Правила за добра медицинска практика**

За осигуряване на качеството на предоставената спешна медицинска помощ лечебно-диагностичните дейности следва да се подчиняват на утвърдени диагностично-терапевтични алгоритми и правилата за добра медицинска практика.[[352]](#footnote-352),[[353]](#footnote-353),[[354]](#footnote-354)

4.1.1. В рамките на Проект BG051РО001-6.02.02 ПУЛСС (Практически увод в лечението на спешните състояния) и изготвените материали в подкрепа на процеса на обучение на персонала на спешната медицинска помощ, по поръчка на Министерството на здравеопазването, са разработени и отпечатани „Сборник от детайлни протоколи (алгоритми) за клинично поведение в спешната медицина“ и джобен формат „Наръчник от протоколи за клинично поведение в спешната медицина“. Тези материали са изготвени от авторски колектив от специалисти в съответните области под редакцията на националните консултанти, като са предоставени на обучаващите се. Алгоритмите не са утвърдени, в разрез с изискването на Медицински стандарт „Спешна медицина“.[[355]](#footnote-355),[[356]](#footnote-356) Становището на Mинистерството на здравеопазването е „Сборникът от детайлни протоколи (алгоритми) за клинично поведение в спешната медицина“ и „Наръчникът от протоколи за клинично поведение в спешната медицина“ да бъдат утвърдени като клинични ръководства след приключването на последните курсове за обучение през 2015 г.[[357]](#footnote-357)

**4.1.2.** Становището на ЦСМП от одитната извадка относно разработените алгоритми за поведение по проекта ПУЛСС е, че същите допринасят за подобряване на качеството на оказваната медицинска помощ. Всеки алгоритъм за работа, който е ефективен в практиката подобрява дейността – повишава бързината за вземане на адекватни решения и дава ясни насоки за действие в условия на спешност. Алгоритмите за поведение са в основата на поведението на медицинските екипи при оказване на спешна медицинска помощ. Същите са разработени от водещи специалисти в спешната помощ, базирани на световния опит и новости в съвременната медицина. Счита се, че за времето от създаване на системата за спешна помощ в страната, това е най-сериозният опит за конкретизиране на поведението при различни спешни състояния. Прилагането им спомага както за подобряване на диагностичния процес и медикацията, така и за намаляване на полипрагмазията при отделни пациенти. Променят се и се конкретизират както начинът на снемане на анамнези, така също и лечението на спешните пациенти. Алгоритмите са полезни с това, че ясно и точно регламентират критерии за оценка и последователност на провеждани мероприятия при най-често срещани спешни състояния.[[358]](#footnote-358)

**4.1.3.** Джобният формат на разработените диагностично-терапевтични алгоритми е предоставен на всички медицински специалисти. Той е удобен за използване по време на обслужване на пациентите, нуждаещи се от спешна медицинска помощ, тъй като дава възможност за бърза справка при необходимост. Проведеното практическо обучение в УМБАЛСМ „Пирогов“ спомага за създаване на увереност на екипите при оказване на спешна медицинска помощ. Всички медицински специалисти са снабдени със Сборник и Наръчник от протоколи за клинично поведение в спешната медицина.[[359]](#footnote-359)

**4.1.4.** Съгласно изискванията на Закона за здравето,[[360]](#footnote-360) качеството на медицинската помощ се основава на медицински стандарти, утвърдени по реда на Закона за лечебните заведения,[[361]](#footnote-361) и Правилата за добра медицинска практика, приети и утвърдени в съответствие със Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина.[[362]](#footnote-362)

Правилата за добра медицинска практика се приемат от Българския лекарски съюз (БЛС) и Българския зъболекарски съюз, които ги предлагат за утвърждаване от министъра на здравеопазването. Те упражняват контрол по тяхното спазване. Това е и една от основните задачи за научните дружества, която включва общи действия на съсловните организации и медицинските специалисти, промоция на добрата медицинска практика и изготвяне на професионални стандарти и ръководства, които непрекъснато да бъдат обновявани.

Общите правила за добра медицинска практика са приети на Събор на БЛС през декември 2012 г. и са утвърдени от министъра на здравеопазването със Заповед № РД 28-256/25.11.2013 г. Във въведението на правилата е записано, че многообразието на практиките и лекарите налагат изготвянето, освен на общи, така и на специфични правила по отделните медицински специалности.

Поради обстоятелството, че специфичните дейности по обслужване на пациенти със спешни състояния съдържат елементи на много медицински специалности и области на клиничната медицина, дейността по медицинското обслужване на спешния пациент е интердисциплинарна. Това прави относими към правилата за дейността в областта на спешната медицинска помощ всички медицински стандарти по отделните медицински специалности, утвърдени по реда на чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, в частта им, относно поведение при спешни състояния.[[363]](#footnote-363)

Становището на БЛС е, че с обвързващо нормативно действие са само Общите правила за добра медицинска практика на лекарите в Република България. Първичният контрол за спазване на правилата е делегиран на БЛС. Той създава и следва да мониторира спазването на професионалните алгоритми за поведение, каквато е световната практика при саморегулиращите се професии. В този смисъл са разпоредбите на Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина.[[364]](#footnote-364) В изпълнение на разпоредбите на закона, от БЛС са предприети действия за създаването на Национални експертни бордове, едно от основните задължения на които е разработването на Правила за добра медицинска практика по специалности. Предстоящо е Бордът по спешна медицина да разработи и предложи за утвърждаване специфични правила в областта на спешната медицина. Българският лекарски съюз, в рамките на действащата нормативна уредба и чрез Етичните комисии на районните колегии на БЛС, следи за спазването на професионално-медицинските, морално-етичните и деонтологичните въпроси, свързани с упражняването на медицинската професия.[[365]](#footnote-365)

От центровете, включени в одитната извадка, единствено от ЦСМП-Благоевград са приети собствени Правила за добра медицинска практика на медицинските специалисти в ЦСМП-Благоевград, основани на етичните принципи от Хелзинкската декларация, Европейската харта за правата на пациентите, Хартата за правата на пациентите и други международно признати документи за автономност, полезност, безвредност и справедливост, както и на Вътрешни правила, регламентиращи етичното поведение на служителите в ЦСМП-Благоевград.[[366]](#footnote-366)

**Разработени са диагностично-терапевтични алгоритми за клинично поведение в спешната медицина, но същите не са утвърдени, като не е спазено изискването на Медицински стандарт „Спешна медицина“. Алгоритмите за поведение са в основата на дейността на медицинските екипи и допринасят за подобряване на качеството на оказваната медицинска помощ.**

**От Българския лекарски съюз са приети Общи правила за добра медицинска практика, които са утвърдени със заповед на министъра на здравеопазването. Тъй като дейността по медицинското обслужване на спешните пациенти е интердисциплинарна тези правила са относими и към правилата за дейността в областта на спешната медицинска помощ. Не са приемани отделни правила по медицинската специалност „спешна медицина“.**

**4.2. Система за оценка на качеството на предоставената спешна медицинска помощ**

Изградената и действаща система за качество на оказаната спешна медицинска помощ е важно условие за предоставянето на ефективна и ефикасна услуга, както и за осигуряване на единен подход за оценка на степента на нейното качество.[[367]](#footnote-367)

**4.2.1.** Качеството на медицинската помощ се основава на медицински стандарти, утвърдени по реда на Закона за лечебните заведения.[[368]](#footnote-368)

В съответствие с изискването на Закона за лечебните заведения, министърът на здравеопазването издава Наредба № 45 от 26 август 2010 г. за утвърждаване на Медицински стандарт „Спешна медицина“. Наредбата задължава всички лечебни заведения да осъществяват дейността си при спазването на изискванията на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента.

Изработването и внедряването на Медицинския стандарт „Спешна медицина“ в медицинската практика е от изключителна важност за осигуряването на адекватна спешна медицинска помощ, за поддържане, повишаване и контрол на качеството на тази помощ и за осигуряване на непрекъснатост, единност и унифицираност на лечебно-диагностичния процес при спешните пациенти.[[369]](#footnote-369) Стандартът регламентира обема на осъществяваните в ЦСМП дейности, тяхната структура, минималния брой и вида на необходимите медицински екипи за осигуряване на дейността, както и изискванията към санитарните автомобили.

Основните показатели за качеството на извършваната дейност са описани в Глава 4 на медицинския стандарт – Качество на извършваната дейност по специалността „Спешна медицина“. Заложени са критерии за достъп до медицинска помощ, своевременност на оказваната медицинска помощ, релевантност (уместност и съответствие), сигурност/безопасност, ефективност и ефикасност на тази помощ, продуктивност/икономичност, участие на потребителя на услугата (потребителски фокус и удовлетвореност). За измерване на критериите са формулирани няколко групи показатели: статистически показатели за лечебната дейност, свързани с броя на приетите пациенти, броя на спешните хоспитализации, продължителността на лечението, смъртността и др.; възникване на усложнения поради неспазване правилата за добра медицинска практика, определена в ръководствата/алгоритмите за работа; оценка от пациенти чрез анкетни карти, честота на писмени оплаквания към НЗОК и МЗ, отзвук в медии; професионална квалификация и контрол върху нея; ефикасност и ефективност на диагностичната дейност; ефикасност и ефективност на лечението; изход (резултати) от лечението; честота и тежест на усложнения от диагностични и терапевтични процедури; анализиране и обсъждане на резултатите от структурите по спешна медицина на всеки три месеца. По отделните показатели не са определени количествени и/или качествени измерители.[[370]](#footnote-370)

**4.2.2.** С приемането на Наредба № 18/20.06.2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения[[371]](#footnote-371) качеството на лечебната дейност се оценява по критерии и показатели, съдържащи условията, на които трябва да отговарят структурата и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване, квалификацията на персонала, както и стандартите за качество на медицинските услуги по отношение на:

а) цялостната медицинска дейност на кандидатстващото за акредитация лечебно заведение;

б) отделни медицински и други дейности в кандидатстващото за акредитация лечебно заведение;

в) обучението на студенти и/или специализанти в кандидатстващото за акредитация лечебно заведение.[[372]](#footnote-372)

Оценяването на цялостната медицинска дейност съобразно предмета на дейност на лечебното заведение се извършва по програми за акредитация.[[373]](#footnote-373) Програмата за акредитация на ЦСМП, приета през 2011 г.,[[374]](#footnote-374) включва две направления за оценка: за оценяване на условията и средствата, с които се оказват здравни услуги и за оценяване на дейностите, чрез които се оказват здравните услуги. По всяко направление са приети критерии с оценъчни показатели към тях. Акредитацията на лечебните заведения, включително и на ЦСМП, е доброволна.

Със Закона за лечебните заведение е въведен регламент, че критериите и показателите за акредитация съдържат условията, на които трябва да отговарят структурата и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване, квалификацията на персонала, както и стандартите за качество на медицинските услуги.[[375]](#footnote-375)

**4.2.3.** Центровете за спешна медицинска помощ, включени в одитната извадка, не са акредитирани за извършваната от тях медицинска дейност. Единствено от ЦСМП-Варна са предприети действия в тази насока, като през м. ноември 2014 г. е осъществен курс за обучение на двама експерти за оценка и акредитация на лечебни заведения в Националния център за обществено здраве и анализи. Центровете в Благоевград и Кюстендил не планират действия за доброволна акредитация, докато останалите изчакват извършването на промени в Наредба № 18/20.06.2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, след което ще планират конкретни действия за акредитация на медицинската си дейност. Становището, изразено от ЦСМП в одитната извадка, с изключение на ЦСМП Софийска област е, че акредитацията следва да доведе до отстраняване на нередности и лоши практики, свързана е с оценка на елементите на качеството на медицинската помощ и в този контекст ще допринесе за подобряване на ефективността на оказваната спешна медицинска помощ.[[376]](#footnote-376)

**4.2.4.** С Плана за действие за изпълнението на Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г.[[377]](#footnote-377) са предвидени мерки за актуализиране на критериите и методиката за акредитация на ЦСМП и лечебните заведения за болнична помощ с разкрити спешни структури. В резултат на това следва да бъдат повишени изискванията към лечебните заведения, които са бази за обучение на студенти и специализанти.

От Министерството на здравеопазването е изготвен и оповестен на интернет страницата на ведомството[[378]](#footnote-378) проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения. С проекта се предлага центровете за спешна медицинска помощ да подлежат на задължителна акредитация. С въвеждането на задължителна акредитация на посочените лечебни заведения се цели повишаване на качеството на предоставяните от тях здравни услуги и информираността на медицинските специалисти и гражданите за организацията на дейността в лечебното заведение, наличието на необходимото оборудване и квалификация на персонала, базовите възможности за обучение на студенти и специализанти, както и спазването на стандартите за качество на медицинските услуги.[[379]](#footnote-379)

**4.2.5.** Анализът на действията, свързани с качеството на спешната медицинска помощ, предприемани от ЦСМП от одитната извадка сочи различен подход при извършване на оценка на качеството на предоставената от тях спешна медицинска помощ.

**а)** Гарантирането на качеството на предоставената спешна медицинска помощ в ЦСМП-Благоевград е основано на спазването на Правилника за устройството и дейността и вътрешния трудов ред на ЦСМП-Благоевград, Правилата за добра медицинска практика и терапевтичните алгоритми и техническите фишове. Извършват се и вътрешни проверки по филиалите относно спазване на правилника, попълването на медицинската документация, наличността и срока на годност на медикаментите и консумативите, изправността на медицинската апаратура и спазването на хигиенните норми, както и спазването на правата на пациентите. Изготвят се годишни доклади от постоянна комисия за периодични вътрешни проверки по филиалите.

**б)** Системата за контрол на качеството на предоставената спешна медицинска помощ в ЦСМП-Варна включва ежемесечни доклади от извършени проверки на фишовете за спешна медицинска помощ от отговорните лекари на филиалите на центъра и периодичен контрол на дейността на филиалите от ръководството на центъра по определени показатели. Оценка на качеството на предоставената спешна медицинска помощ се извършва и при постъпване на жалби/оплаквания.

**в)** Периодични проверки на дейността на филиалите от комисия, чрез проверка на попълнените фишове за оказване на спешна медицинска помощ, изписаните медикаменти и амбулаторните журнали, се извършва и в ЦСМП-Добрич. По данните от фишовете за медицинско обслужване, постъпилите жалби и оплаквания и периодичните проверки за клинично поведение по определени заболявания се преценява качеството на оказаната спешна медицинска помощ в ЦСМП-Кюстендил.

**г)** За качеството на оказваната спешна медицинска помощ в ЦСМП-Пловдив се съди по медицинската документация и наличието/отсъствието на жалби. Системата за оценка не е достатъчна и не може да даде пълна и точна представа за качеството, тъй като не включва оценка за резултатите от дейността.

**д)** В ЦСМП Софийска област на всеки три месеца се прави подробен медикостатистически анализ на дейността на центъра и резултатите се обсъждат на колегиуми. Няма дефинирани критерии за качество на оказаната спешна медицинска помощ на национално ниво и реално съпоставима оценка не е възможна.[[380]](#footnote-380),[[381]](#footnote-381)

**Нормативно са формулирани критерии и показатели за качеството на извършваната дейност по специалността „Спешна медицина“, но по отделните показатели не са определени количествени и/или качествени измерители. Не са приети задължителни нормативни изисквания за извършване на системна оценка на качеството на основата на постигнатите резултати.**

**В центровете за спешна медицинска помощ от одитната извадка не е изградена действаща единна система за контрол на качеството на предоставената спешна медицинска помощ. Не са въведени система за оценка на качеството и писмени правила за нейното извършване. През одитирания период не са предприети действия за доброволна акредитация на ЦСМП за осъществяваната от тях медицинска дейност. Министерството на здравеопазването е в процес на осъществяване на промени в Закона за лечебните заведения, включително и за задължителна акредитация на ЦСМП, които следва да доведат до създаването на единни критерии за оценка на качеството и да повишат ефективността на спешната медицинска помощ.**

**Не е изградена действаща единна система за контрол на качеството на предоставената спешна медицинска помощ като предпоставка за оказване на своевременна и качествена спешна медицинска помощ.**

**4.3. Контрол за изпълнение на необходимите лечебно-диагностични дейности, въведени с Медицински стандарт „Спешна медицина“**

Осъществяването на ефективен контрол за адекватното изпълнение на необходимите лечебно-диагностични дейности, въведени с Медицински стандарт „Спешна медицина“ е съществен фактор за осигуряване на достъпна и качествена спешна медицинска помощ и защита правата на пациента.[[382]](#footnote-382)

**4.3.1.** Изпълнителната агенция „Медицински одит“ (ИАМО) осъществява контрол върху медицинското обслужване на гражданите. Тя има право да проверява (планово и извънредно) дейността на всички физически и юридически лица, за които има данни, че осъществяват дейност в нарушение на Закона за здравето и на Закона за лечебните заведения. Условията и редът за провеждане на проверките са определени от министърa на здравеопазването с Наредба № 14 от 20.04.2010 г. за условията и реда за извършване на проверки на лечебните заведения от Изпълнителна агенция „Медицински одит”.[[383]](#footnote-383) При осъществяване на своите правомощия служителите от ИАМО имат право да изискват от проверяваните лечебни заведения всички необходими данни, документи, сведения, справки и писмени обяснения, свързани с контролираната дейност, включително и право на свободен достъп до медицинската документация, водена от лечебните заведения.

Проверките по жалби/оплаквания за ниско качество на оказаната спешна медицинска помощ се извършват от комисия в състав, определен със заповед на изпълнителния директор на агенцията, в която се определят и предметът, периодът на извършване на проверката, както и други обстоятелства, свързани с провеждането й. В състава на комисията могат да бъдат определени и служители от Министерството на здравеопазването и Регионалните здравни инспекции (РЗИ), предложени от министъра на здравеопазването или от директора на съответната РЗИ; национални консултанти, външни експерти и медицински специалисти, които не работят в агенцията. При осъществяване на контролна дейност ИАМО може да възлага на национални консултанти, външни експерти и медицински специалисти да изготвят писмени становища по конкретен казус или по медицинска документация.

В изпълнение на своите правомощия, свързани с предмета на одита, ИАМО извършва проверки за съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения с изискванията на Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и нормативните актове по тяхното прилагане, проверява спазването на правата на пациентите в лечебните заведения, спазването на утвърдените медицински стандарти в лечебните заведения, осъществява контрол върху качеството на медицинското обслужване в съответствие с утвърдените медицински стандарти и извършва проверки по молби на граждани и юридически лица, свързани с медицинското обслужване.[[384]](#footnote-384)

**4.3.1.1.** За одитирания период от ИАМО е осъществен контрол върху качественото и своевременното оказване на спешна медицинска помощ на пациентите, като са извършвани медицински одити по плана за контролната дейност на агенцията, както и извънредни проверки при постъпили жалби, по искане на прокуратурата, Министерството на здравеопазването или на други организации.

В съответствие с правомощията си от ИАМО са извършени общо 77 проверки в ЦСМП за одитирания период. С най-висок относителен дял са проверките в резултат на жалби на пациенти по повод неудовлетвореност от оказаната на тях или на техни близки спешна медицинска помощ. По жалби са извършени 48 проверки или 62 на сто от всички извършени за одитирания период проверки. Тематични са 6 от проверките, в които обичайно обект на проверка са съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в ЦСМП с разпоредбите на Наредба № 25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ и на Наредба № 45 от 26.08.2010 г. за утвърждаване на Медицински стандарт „Спешна медицина“. Проверява се и качеството на медицинското обслужване, диагностиката и лечението в съответствие с Медицински стандарт „Спешна медицина“. При 11 от проверките (14 на сто), едновременно с тематичната, е извършена и проверка по подадена жалба. Единични проверки са извършвани по писма на Министерството на здравеопазването, прокуратурата или други организации. В общо 5 случая за одитирания период от Изпълнителната агенция „Медицински одит“ са извършени проверки по повод на самосезиране.[[385]](#footnote-385)

**4.3.1.2.** От контролните органи на Изпълнителната агенция „Медицински одит“ са установени пропуски или нарушения в 37 от общо извършените за одитирания период 77 проверки или в 48 на сто от случаите. Повече от половината от нарушенията са извършени от ЦСМП София-град (при 14 проверки или 38 на сто) и ЦСМП Софийска област (при 6 проверки или 16 на сто).[[386]](#footnote-386)

**а)** През 2010 г. при 4 от 5-те проверки не са установени пропуски в медицинското поведение и лечебно диагностичния процес от страна на екипите на проверените ЦСМП. Неоснователни са твърденията на жалбоподатели за забавяне и недостатъчност на действията при оказване на спешна медицинска помощ. При една от проверките след закъснение на екипа от около 90 мин. повикването е отказано от близките на пациента. Причина за забавянето е големият брой на повикванията в интервала, в който е получено конкретното обаждане, голяма част от които с декларирана симптоматика, изискваща изпълнение в по-спешен порядък. В същото време щатното разписание на центъра е недоокомплектовано поради недостиг на персонал.[[387]](#footnote-387)

**б)** При 6 от 11 или в 55 на сто от проверките, извършени от контролните органи през 2011 г., са установени пропуски или нарушения, като половината от тях са допуснати от ЦСМП София-град. При някои от проверките са установени повече от едно нарушение. Правото на пациента да получи достатъчна по обем и качествена медицинска помощ е нарушено, липсва координация между лечебните заведения или е забавено изпълнението на повикването при 3 от проверките, с което не са спазени регламентирани със Закона за здравето изисквания.

Непопълнена медицинска документация или пропуски при попълването й са налични при две от проверките – в ЦСМП-Сливен и ЦСМП Софийска област, с което не са спазени изискванията на Наредба № 25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ. Липсват в пълен обем утвърдени алгоритми за работа при спешни състояния, изисквани от Медицински стандарт „Спешна медицина“, в ЦСМП София-град. Санитарният автомобил, изпълняващ повикване от ЦСМП София-град не е оборудван с дефибрилатор и кислородна инсталация, хигиенното му състояние не отговаря на предназначението му, в нарушение на Медицински стандарт „Спешна медицина“. Недостиг на мобилни медицински екипи е установен в ЦСМП-Разград.[[388]](#footnote-388)

**в)** Пропуски и нарушения са установени при 43 на сто или в 10 от извършените през 2012 г. 23 проверки.

Най-често нарушенията са свързани с правото на пациента да получи своевременна, достатъчна по обем и качествена медицинска помощ. Не са извършени основни медицински дейности по първоначалния преглед на пациента, като не е потърсена възможност за консултация със специалист. Не е направена електрокардиограма и диференциална диагноза на сърдечно болен с оплаквания от болки в двете гръдни половини и задух при минимално усилие. Не е извършена пълна оценка на състоянието на пациента, довело до недооценяване на травматичната увреда и взимане на погрешно решение за лечение в болничното заведение със съответното ниво на компетентност. Не е спазен лечебно диагностичният алгоритъм в частта за извършване на физикално изследване и съставяне на диференциално-диагностичен план.

Установено забавяне в изпълнението на повикването има в два случая в ЦСМП София-град. В единия от тях забавянето е по обективни причини, поради липса на достатъчен брой екипи и висока натовареност в работата на ЦСМП, докато в другия случай вината е на районната координационна централа.

Не са попълнени „Фиш за спешна медицинска помощ“ и/или „Декларация за информирано съгласие за извършване на транспорт на спешен пациент при две от проверките.

От ЦСМП-Варна, филиал Девня, не са спазени правилата за транспортиране на пациенти със спешни състояния до/между лечебните заведения във връзка с издадени от Министерството на здравеопазването указания.

Изброена е хронологията на предприетите действия спрямо пациент, който е починал, но няма заключение за правилността на действията на дежурния екип при проверка, извършена от ЦСМП-Софийска област, филиал Пирдоп.[[389]](#footnote-389)

**г)** През 2013 г. са извършени 30 проверки, при 16 от които или в 53 на сто от тях са установени пропуски или нарушения.

В 9 от проверките или в 56 на сто от тези, в които са установени пропуски, същите са свързани с нарушаване на правото на пациентите да получават своевременна, качествена и достъпна спешна медицинска помощ.

Забавяния при оказването на спешна медицинска помощ са установени при три проверки в ЦСМП София-град, като в една от тях са проверени 4 жалби за закъснение. Във всички случаи от районната координационна централа е направена преценка за естеството и спешността на повикването. В част от случаите е последвал отказ на пациента или родителите му от медицинска помощ. При извършени тематични проверки като основни причини за забавянията в центъра са посочени недостатъчният брой медицински екипи, високата им натовареност и големият брой на повикванията без спешен характер.[[390]](#footnote-390)

**д)** За периода от 01.01.2014 г. до 30.06.2014 г. са извършени проверки в 8 ЦСМП, при 4 от които или 50 на сто от тях, са установени нарушения (две в София-град и едно в Софийска област). Правото на пациентите на своевременна, качествена и достъпна спешна медицинска помощ е нарушено в две от проверките, недооборудвани санитарни автомобили има в два случая, в друга от проверките медицинската помощ на пациента е оказана със забавяне спрямо възприетия стандарт, което се дължи на ангажиране на дежурния медицински екип с друг спешен случай.[[391]](#footnote-391)

В резултат на извършените проверки за одитирания период са дадени общо 45 препоръки за отстраняване на констатираните пропуски и за подобряване на дейността, значителна част от които са свързани с указания за спазване на нормативната уредба. Издадени са и общо 20 акта за установяване на административни нарушения, 7 от които са в ЦСМП Софийска област. Наблюдава се тенденция на увеличаване на броя на съставените актове за одитирания период. По два от актовете след направено възражение от ЦСМП-Сливен, производството е прекратено. Нарушенията са свързани основно с неспазване на задължителни изисквания, регламентирани с Наредба № 25/04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ, Наредба № 45 от 26.08.2010 г. за утвърждаване на МС „Спешна медицина“ и Закона за здравето.[[392]](#footnote-392)

**4.3.2.**Контролът за адекватното изпълнение на необходимите лечебно-диагностични дейности при спазване на изискванията, въведени с Медицинския стандарт „Спешна медицина“ в ЦСМП от одитната извадка се осъществява на основата на издадени от директорите на центровете вътрешни нормативни актове, процедури, заповеди и др. Извършват се и проверки по подадените от пациентите жалби, свързани с качеството на оказаната спешна медицинска помощ.

**4.3.2.1.** С цел ефективно изпълнение на лечебно-диагностичните дейности в ЦСМП София-град, от директора е утвърдена процедура за определяне на реда за подбор на кандидатите за назначаване на работа. Новопостъпилите лекари преминават задължителен едномесечен курс на обучение по спешна медицина за овладяване на всички реанимационни похвати в УМБАЛ „Св. Анна“. Относно ключовите елементи на диагностично–лечебната дейност, контролът по приложение № 3 към чл. 18, ал 1, т.1 и приложение № 4 на Наредба № 25/04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ се осъществява от завеждащите работна смяна, като се представят съответните рапорти за цялата медицинска дейност след приключване на всяко дежурство. Периодично се докладва писмено, чрез докладни записки, анализи и становища, от завеждащия работна смяна до началник отдел „Медицински дейности“, с оглед стриктно отчитане за адекватно изпълнение на оказаната медицинска помощ. Цялостният контрол върху дейността се осъществява от директора и заместник-директора на ЦСМП-София.[[393]](#footnote-393)

**4.3.2.2.**От директора на ЦСМП-Благоевград ежегодно са издавани заповеди, с които са създадени постоянни комисии за периодично извършване на вътрешни проверки на филиалите. В резултат на проверките са съставяни протоколи и обобщени годишни доклади за основните констатации от тях до директора на центъра. Проверки във филиалите се извършват и в ЦСМП-Добрич, при които се преценява съответствието между поставената работна диагноза и предприетото лечение чрез изписаните медикаменти при конкретни пациенти, на които е оказана спешна медицинска помощ. В ЦСМП-Кюстендил контролът по изпълнение на Медицински стандарт „Спешна медицина“ се изпълнява ежедневно от отговорниците на филиали, като проблемите се обсъждат и решават ежемесечно на заседания на Дирекционния съвет към центъра.[[394]](#footnote-394),[[395]](#footnote-395)

**4.3.2.3.**Всяко лице, потърсило спешна медицинска помощ, има право да подаде жалба до директора на ЦСМП при неудовлетвореност от медицинското обслужване. За някои от жалбите се произнасят комисиите на Регионалната здравна инспекция и ИА „Медицински одит“. Жалби/оплаквания за ниско качество на оказваната медицинска помощ постъпват и чрез регионалните здравни инспекции, Министерството на здравеопазването, Българския лекарски съюз и други организации.

**4.3.2.4.** В ЦСМП от одитната извадка са приети вътрешни нормативни документи за извършване на проверка на обстоятелствата и основателността на жалбите с оглед предприемане на мерки за недопускане на нарушения. От директора на ЦСМП- Благоевград са утвърдени Правилник и Правила за работа на комисията по разглеждане на жалби или съдебни искове от граждани и/или институции към медицинските служители на ЦСМП-Благоевград. Етична комисия в ЦСМП-Варна се произнася със становище и предложение за административно наказание при установени нарушения, което на основание Кодекса на труда се налага от директора на центъра. Постоянна Комисия по жалбите функционира в ЦСМП София-град, докато в центровете в Благоевград, Добрич, Кюстендил, Пловдив и Софийска област се издават заповеди за проверка по всеки конкретен случай.[[396]](#footnote-396)

**4.3.2.5.** Основните поводи за подаване на жалби от пациентите са: отказано обслужване, неудовлетвореност на пациента от медицинското обслужване, отказ за хоспитализация, неправилна преценка на естеството и спешността на състоянието и непредприемане на необходимите действия за осъществяване на спешна хоспитализация, некоректно отношение към пациенти и закъснение на медицинския екип.

При постъпване на жалба, от директора се назначава комисия, която да проучи посочените в жалбата обстоятелства, събират се писмени обяснения и медицинска документация и при необходимост се изискват аудиозаписи от регионалните центрове 112. Комисията представя становище или доклад, на основата на който директорът на центъра налага при необходимост дисциплинарно наказание и отговаря на жалбоподателя.[[397]](#footnote-397)

Извършен е анализ на данните, предоставени от ЦСМП, включени в одитната извадка. Несъществен е броят на подадените срещу ЦСМП жалби за одитирания период. Общият брой на жалбите за периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г.[[398]](#footnote-398) е 238, което съпоставено с броя на изпълнените повиквания съставлява незначителен относителен дял.[[399]](#footnote-399) Становището на проверяващите достоверността на жалбите комисии в по-голямата част от случаите е, че същите са неоснователни.[[400]](#footnote-400) Когато комисията установява, че жалбата е основателна, от директора се налага административно наказание на провинилите се медицински/немедицински специалисти.[[401]](#footnote-401)

**Изпълнителната агенция „Медицински одит“ осъществява системен контрол върху качеството и своевременността на оказаната спешна медицинска помощ на пациентите. В голямата си част проверките са извършени в резултат на жалби на пациенти по повод неудовлетвореност от оказаната на тях или на техни близки спешна медицинска помощ. В близо половината от тях са установени нарушения, свързани основно с неспазване на правото на пациента да получи своевременна, достатъчна по обем и качествена медицинска помощ. С най-висок риск за забавяне и оказване на недостатъчна по обем и качество спешна медицинска помощ са центровете в София-град и Софийска област, където в над 50 на сто от проверките са установени пропуски или нарушения. Забавяне при изпълнението на повикванията има най-вече в ЦСМП София-град по обективни причини, свързани с липса на достатъчен брой екипи и високата натовареност в работата на центъра. Най-сериозни са нарушенията, установени в ЦСМП Софийска област, където при образувано административно-наказателно производство са съставени най-много актове за установяване на административни нарушения.**

**За одитирания период се наблюдава тенденция на повишаване на броя на проверките по жалби на пациенти, както и на този на проверките и съставените актове за установяване на административни нарушения. Нарастват случаите на неудовлетвореност на пациентите от оказаната им спешна медицинска помощ, което е негативен индикатор за нейното качество.**

**От ЦСМП също се осъществява контрол върху адекватното изпълнение на необходимите лечебно-диагностични дейности и изискванията, въведени с Медицинския стандарт „Спешна медицина“. Приети са вътрешни нормативни актове за регламентиране на извършвания контрол. Броят на подадените в ЦСМП жалби от пациенти за неудовлетвореност от оказаната спешна медицинска помощ съставляват незначителен дял спрямо броя на изпълнените повиквания.**

**4.4. Резултати от дейността на ЦСМП за одитирания период. Степен на удовлетвореност на пациентите от оказаната им спешна медицинска помощ**

Подобряването на показателите, по които се отчитат резултатите от дейността на ЦСМП, както и на степента на удовлетвореност на пациентите, са съществени индикатори за ефективността и ефикасността на оказаната спешна медицинска помощ.[[402]](#footnote-402)

**4.4.1.** Центровете за спешна медицинска помощ изпращат в Министерството на здравеопазването ежемесечни отчети (справка по образец) за извършената дейност. Директорите на центровете за спешна медицинска помощ предоставят ежегоден анализ на дейността на центъра, съдържащ натурални и икономически показатели. Не са приемани единни критерии за оценка на дейността по оказване на спешна медицинска помощ извън тези, заложени в сведението за отчитане на дейността на ЦСМП.

Оценка на резултатите от дейността по оказване на спешна медицинска помощ в ЦСМП от одитната извадка се извършва ежемесечно като обобщение и анализ на ежедневните рапорти за дейността на всяка работна смяна от завеждащия смяната и при отчитане и анализ на натовареността на екипите, включително и тази на филиалите към центъра. Въз основа на тези данни, се попълва ежемесечно и ежегодно „Сведение за дейността на ЦСМП“, утвърдено от директора на ЦСМП. Всяка година се изготвя анализ на състоянието на Спешната медицинска помощ.

Единствено в ЦСМП-Благоевград е приета Програма за управление на ЦСМП-Благоевград, изготвена на основание Наредба № 18/2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебни заведения.[[403]](#footnote-403) В Програмата за управление са определени основните насоки за оказване на спешна медицинска помощ от медицинските екипи на центъра. Към нея са изготвени показатели за ежегодна оценка на резултатите от медицинската дейност на екипите и потребностите от обучение на персонала. За преобладаващата част от показателите е дадена качествена оценка за изпълнение. От директора на центъра са утвърдени и Правила за добра медицинска практика в ЦСМП-Благоевград, спазването на които е един от основните критерии за оценка, както и броят на подадените жалби от обслужени от центъра граждани.[[404]](#footnote-404)

**4.4.2.** На основата на обобщени данни от сведенията за дейността на ЦСМП за одитирания период са анализирани основни показатели, по които се отчита оказаната от центровете спешна медицинска помощ.

Изпълнените повиквания, съгласно образеца на Сведение за дейността на ЦСМП,[[405]](#footnote-405) се класифицират като повиквания за спешна медицинска помощ, за медицинска помощ и повиквания за транспорт.

**а)** Брой изпълнени повиквания

За одитирания период са изпълнени общо 3 510 092 повиквания, като най-висок е техният брой през 2010 г. - 837 156. През 2011 г. изпълнените повиквания са 759 392, което е съществено намаление спрямо предходната година и се дължи на значително по-ниския брой на изпълнените повиквания за транспорт. След като през 2011 г. транспортирането на пациенти на хемодиализа отпада от задълженията на ЦСМП, броят на повикванията за транспорт намалява от 127 700 на 62 106 или два пъти, което оказва влияние и на общия брой изпълнени повиквания. През 2012 г.[[406]](#footnote-406) и 2013 г.[[407]](#footnote-407) броят на изпълнените повиквания не се различава съществено, като през втората година същият намалява незначително с около едно на сто.

Като се изключи броят на изпълнените повиквания за транспорт, при които не се оказва пряко медицинска помощ, между 87 и 90 на сто от останалите повиквания са класифицирани като повиквания за оказване на спешна медицинска помощ и между 10 и 13 на сто – за неотложна медицинска помощ.

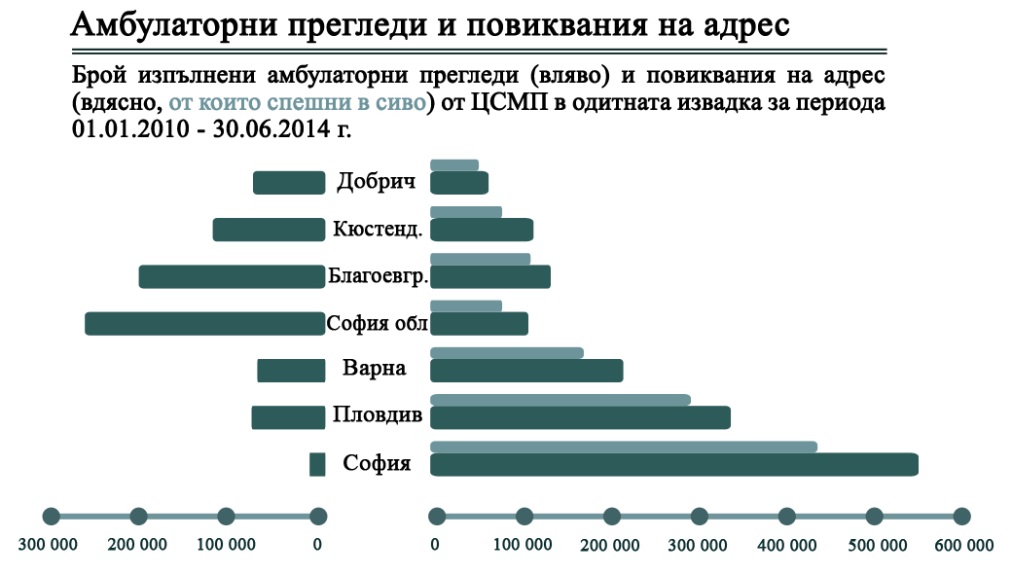
В първите три години от одитирания период, от 2010 г. до 2012 г. включително, повикванията за спешна медицинска помощ съставляват 90 на сто от общия брой на повикванията за оказване на медицинска помощ, като през следващите две години те намаляват до 87 на сто за 2013 г. и 88 на сто за 2014 г., за сметка на увеличение на повикванията за неотложна медицинска помощ.

С най-много изпълнени повиквания за целия одитиран период между центровете, включени в одитната извадка, както и за цялата система на спешната помощ е ЦСМП София-град – между 118 338 бр. за 2010 г. и 129 311 бр. за 2013 г., като се наблюдава същата тенденция на намаляване на броя на спешните, за сметка на неотложните повиквания, както при цялата система на спешната медицинска помощ. Следващият по брой, но със значително по-малко повиквания, е ЦСМП-Пловдив (между 69 507 за 2012 г. и 93 070 за 2010 г.). Голямата разлика в изпълнените повиквания между двете посочени години се дължи на много високия брой отчетени повиквания за транспорт през 2010 г. – 21 866, при средно около 3 000 за следващите години. Характерното за центъра в Пловдив е, че за целия одитиран период се отчита относително постоянен нисък процент на получени и съответно изпълнени повиквания за неотложна медицинска помощ – между 2 и 3 на сто от общо получените в центъра повиквания.

С най-нисък брой изпълнени повиквания от ЦСМП е центърът в Търговище, който отчита средно за годините от одитирания период между 6 896 (за 2013 г.) и 12 814 (за 2010 г.) повиквания. От центровете в одитната извадка най-малко изпълнени повиквания отчита ЦСМП-Добрич – между 15 240 (за 2010 г.) и 17 031 (за 2012 г.). Броят на изпълнените повиквания, в т.ч. за спешна, неотложна медицинска помощ или транспорт сам по себе си не е показателен за ефективността и качеството на оказваната медицинска помощ, тъй като върху него оказват влияние множество други фактори – брой и гъстота на населението, релеф, заболеваемост, възрастова структура на населението и др.

По отношение на относителния дял на изпълнените спешни повиквания, съпоставен с този на неотложните повиквания, влияние оказва липсата на нормативно приета еднозначна дефиниция за спешно и неотложно състояние и съответно начина на класифициране на повикванията като спешни или неотложни.[[408]](#footnote-408)

**б)** Брой извършени амбулаторни прегледи

Едновременно с броя на изпълнените повиквания, постоянно висок остава и този на извършените амбулаторни прегледи от медицинските екипи на ЦСМП, които в голямата си част не отговарят на критериите за спешно състояние.

За одитирания период са изпълнени общо 2 667 401 амбулаторни прегледа, като броят през отделните години варира в рамките на отклонение от 1-2 на сто. Изключение прави 2010 г., когато броят на извършените амбулаторни прегледи е с 10-12 на сто повече спрямо останалите години на одитирания период.

Общо за одитирания период броят на амбулаторните прегледи достига 82 на сто от броя на изпълнените от медицинските екипи повиквания на адрес. Най-висок е процентът на амбулаторните прегледи през 2010 г., когато той е 92 на сто спрямо изпълнените повиквания, а най-нисък през първото шестмесечие на 2014 г. – 77 на сто.

Наблюдават се големи амплитуди на този показател в различните ЦСМП. Незначителен е броят на амбулаторните прегледи, извършени от ЦСМП София-град, където няма стационарни екипи – около 3-4 на сто в сравнение с изпълнените повиквания от медицинските екипи. Извършените амбулаторни прегледи от ЦСМП-Софийска област за целия одитиран период в пъти надвишават броя на изпълнените от медицинските екипи повиквания, като през 2010 г. достигат до 377 на сто – при 18 298 изпълнени повиквания, броят на амбулаторните прегледи е 68 969. През останалите години на периода надвишението е значително над 200 на сто.[[409]](#footnote-409) Центровете в Кърджали[[410]](#footnote-410) и Ловеч[[411]](#footnote-411) също са с над 200 на сто превишение за отделни години от одитирания период, като за останалите години превишението е над 150 на сто. Броят на амбулаторните прегледи съществено надвишава 150 на сто тези на изпълнените повиквания на адрес за всички години от одитирания период и в ЦСМП-Благоевград и ЦСМП-Велико Търново. Превишение с над 100 на сто се наблюдава в ЦСМП в градовете Кюстендил, Монтана и Разград. В 15 от 28-те центрове броят на амбулаторните прегледи е по-висок от този на изпълнените повиквания за спешна и неотложна медицинска помощ с различен процент.[[412]](#footnote-412)

**в)** Брой хоспитализации

Показателят за броя на хоспитализации е индикатор на тежестта на възникналото заболяване на пациента, като относителният брой на хоспитализираните лица спрямо този на изпълнените повиквания показва честотата на необходимостта лечението на пациента да продължи в лечебно заведение за болнична помощ.

Таблица № 11

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показател | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. | 2013 г. | 01.01.-06.2014 г. | Общо за периода |
| Брой изпълнени повиквания за спешна и неотложна медицинска помощ | 709 456 | 697 286 | 740 489 | 731 857 | 362 669 | **3 241 757** |
| Брой хоспитализации | 179 487 | 174 829 | 179 910 | 175 302 | 89 375 | **798 903** |
| брой хоспитализации/брой повиквания - % | 25,3 | 25,0 | 24,3 | 23,9 | 24,6 | **24,6** |

Източник: ЦСМП

При среден относителен дял на хоспитализациите спрямо броя на изпълнените повиквания за медицинска помощ в ЦСМП от 24,6 на сто за одитирания период, през отделните години този дял варира между 23,9 и 25,3 на сто, което е в рамките на 2 на сто.

От ЦСМП, включени в одитната извадка, около и над средното ниво са центровете в София, Пловдив и Варна. В ЦСМП Софийска област през 2010 г. и 2011 г. пациентите са хоспитализирани при повече от половината от изпълнените повиквания за медицинска помощ. Само 5-6 на сто са хоспитализираните лица спрямо броя на изпълнените повиквания за спешна и неотложна медицинска помощ за одитирания период в ЦСМП-Добрич. Под средното ниво са и хоспитализациите в центровете в Кюстендил и Благоевград. Причините за броя и нивото на хоспитализациите могат да бъдат много и различни при отделните ЦСМП и да бъдат повлияни от различни фактори. В годишните анализи, които съставят ЦСМП, тези причини не са оповестени.[[413]](#footnote-413)

**г)** Брой починали пациенти

Таблица № 12

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показател | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. | 2013 г. | 01.01.-06.14 г. | Общо за периода |
| Брой починали преди пристигането на екип | 13 864 | 14 568 | 15 141 | 15 050 | 7 996 | 66 619 |
| % спрямо общия брой на починалите | 91,0 | 91,7 | 91,7 | 91,8 | 91,5 | 91,5 |
| Брой починали при обслужване | 755 | 737 | 816 | 783 | 363 | 3 454 |
| % спрямо общия брой на починалите | 4,9 | 4,6 | 5,0 | 4,8 | 4,2 | 4,7 |
| Брой починали във филиала на ЦСМП | 319 | 276 | 251 | 237 | 135 | 1 218 |
| % спрямо общия брой на починалите | 2,1 | 1,7 | 1,5 | 1,4 | 1,5 | 1,7 |
| Брой починали при транспорт | 312 | 312 | 307 | 328 | 242 | 1 501 |
| % спрямо общия брой на починалите | 2 | 2,0 | 1,8 | 2,0 | 2,8 | 2,1 |
| Брой починали – общо за съответната година | **15 250** | **15 893** | **16 515** | **16 398** | **8 736** | **72 792** |

Източник: ЦСМП

Общият брой на починалите пациенти за одитирания период възлиза на 72 792 души, като над 90 на сто от тях са починали преди пристигането на екипа за спешна медицинска помощ. Възможните причини за това биха могли да бъдат закъснение на линейката, несвоевременно потърсена спешна медицинска помощ, тежест на случая и др. По време на обслужване от медицинските екипи са починали общо 3 454 души, във филиалите на ЦСМП – 1 218, а по време на транспорт 1 501 пациенти. Броят на починалите лица показва несъществени разлики за годините от одитирания период. През 2011 г. и 2012 г. се наблюдава увеличение на общия брой на починалите спрямо предходната година, което се дължи основно на нарастване на броя на починалите преди пристигането на екипа за спешна медицинска помощ, при запазване на сравнително постоянни стойности на относителния им дял спрямо общия брой на починалите. Всяка следваща спрямо предходната година намалява несъществено броят и относителният дял на починалите във филиалите на ЦСМП. Не се наблюдават тенденции или съществени отклонения при броя на починалите по време на обслужване и по време на транспорт.[[414]](#footnote-414)

**д)** Среден разход за едно повикване/амбулаторен преглед

Средната стойност на разходите, които се извършват за изпълнение на едно повикване/амбулаторен преглед представлява основен показател за ефикасността на спешната медицинска помощ. Поради липса на детайлна методика за формирането на стойността на едно изпълнено повикване/амбулаторен преглед, анализът е извършен на основата на данните от сведенията за дейността на ЦСМП и отчетите за извършените разходи през[[415]](#footnote-415) съответния период.[[416]](#footnote-416)

Таблица № 13

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| година | Изпълнени повиквания – бр. общо | Амбулаторни прегледи – бр. | Общо – бр.  повиквания/  амб.прегледи | Издръжка – отчет хил. лв. | Среден разход за 1 бр. услуга |
| 2010 | 837 156 | 650 866 | 1 488 022 | 82 092 | 55,16 |
| 2011 | 759 392 | 579 545 | 1 338 937 | 84 479 | 63,09 |
| 2012 | 772 961 | 582 979 | 1 355 940 | 90 354 | 66,63 |
| 2013 | 763 028 | 576 123 | 1 339 151 | 94 028 | 70,21 |
| 01-06.2014 | 377 555 | 277 888 | 655 443 | 48 311 | 73,70 |
|  | **3 510 092** | **2 667 401** | **6 177 493** | **399 263** | **64,63** |

Средният разход за изпълнение на едно повикване/амбулаторен преглед за цялата система на спешната помощ нараства всяка следваща спрямо предходната година от одитирания период.

Източник: ЦСМП

Докато през 2010 г. той е средно за ЦСМП 55,17 лв., през първото полугодие на 2014 г. същият се увеличава на 73,71 лв. или нарастването е с 34 на сто. За разлика от това при обема на извършената дейност измерен чрез броя на изпълнените повиквания/амбулаторни прегледи не е очертана тенденция. В някои от годините на одитирания период броят на изпълнените повиквания/амбулаторни прегледи намалява, а в други нарастването е незначително.[[417]](#footnote-417),[[418]](#footnote-418)

През 2011 г., поради отпадане от дейността на ЦСМП на изпълнението на повикванията за транспорт на пациенти на диализа, броят на изпълнените повиквания намалява с над 10 на сто, като през следващите години този брой се увеличава незначително. Поради посоченото, в 25 или 90 на сто от всички ЦСМП средният разход за изпълнение на едно повикване/амбулаторен преглед през 2011 г. е по-висок в сравнение с предходната 2010 година. С най-висок ръст на средния разход за единица услуга през 2011 г. спрямо предходната година са ЦСМП в Софийска област (134 на сто), Смолян (131 на сто), Търговище (128 на сто) и Стара Загора (124 на сто).

През всичките години на одитирания период стойностите на показателя нарастват всяка следваща спрямо предходната година в 16 от 28 ЦСМП.[[419]](#footnote-419)

Най-високи стойности на средния разход за едно повикване/амбулаторен преглед за одитирания период показват ЦСМП-Смолян за 2012 г. (113,75 лв.) и 2014 г. (122,86 лв.) и ЦСМП-Видин – за 2010 г. (89,19 лв.), 2011 г. (98,78 лв.) и 2013 г. (113,75 лв.) като превишението спрямо средния разход за системата за съответната година във всички случаи е над 150 на сто. Още по-голяма е амплитудата между най-високата и най-ниската стойност на средния разход за едно повикване/амбулаторен преглед, като същата варира между 217 на сто за 2010 г. и 287 на сто за 2013 г. Сравнението за целия одитиран период сочи, че най-високият среден разход за едно повикване/амбулаторен преглед превишава най-ниския такъв с над 300 на сто.[[420]](#footnote-420)

С най-ниска стойност на средните разходи за едно повикване/амбулаторен преглед за одитирания период е ЦСМП-Хасково. От центъра е реализирана най-ниската абсолютна стойност за единица услуга – 39,70 лв. през 2013 г. В останалите години от одитирания период центърът също постига най-добрите за системата резултати по този показател (2010 г. – 41,06 лв.; 2011 г. – 44,21 лв.; 2012 г. – 41,40 лв.; 2014 г. – 43,14 лв.), като нарастването за целия период е 5 на сто при 34 на сто за системата на ЦСМП. Като се има предвид, че темповете на нарастване на броя на изпълнените повиквания/амбулаторните прегледи в ЦСМП-Хасково е значително по-висок от тези на повишаване на бюджетната издръжка при непроменен брой на медицинските екипи и натовареност над средната за системата за одитирания период следва, че дейността на центъра е по-ефикасна в сравнение с останалите ЦСМП.[[421]](#footnote-421)

През 2011 г. и 2012 г., половината от ЦСМП са постигнали среден разход за едно повикване/амбулаторен преглед, по-нисък от този за системата като цяло, през 2010 г. – 10, а през 2013 и 2014 г. – по 11 центъра. Независимо от това нарастването на средния разход за едно повикване/амбулаторен преглед за всички ЦСМП спрямо предходната година е значително (14 на сто през 2011 г., 6 на сто през 2012 г. и 5 на сто през 2013 г. и 2014 г.). Аналогично се повишава и издръжката на ЦСМП при намаляване или незначително нарастване на броя на изпълнените повиквания/амбулаторните прегледи.

Като центрове с по-добри резултати относно ефикасността на оказаната медицинска помощ, измерена чрез показателя среден разход за едно повикване/амбулаторен преглед, сравнителният анализ сочи тези в Хасково, Благоевград, Кюстендил, Велико Търново и Бургас. Те са постигнали по-нисък от средния разход за едно повикване/амбулаторен преглед за системата като цяло през всичките 5 години от одитирания период. През 4 от годините с разход по-нисък от средния по същия показател са центровете в София, Ловеч, Пазарджик и Перник. Системно с по-високи от средните разходи за едно повикване/амбулаторен преглед са центровете в Разград, Варна, Плевен, Габрово и Силистра.[[422]](#footnote-422)

**е)** Други показатели

При оказването на спешна медицинска помощ на пациентите от съществено значение са извършените медицински процедури. Като показатели се наблюдават броят на реанимациите, направените електрокардиограми (ЕКГ) и хирургическите манипулации.

Най-често срещаната медицинска процедура, прилагана на пациентите е електрокардиограмата. За одитирания период от ЦСМП са извършени общо 962 603 ЕКГ, 477 829 хирургически манипулации и 27 411 реанимации.

Таблица № 14

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Година/  Показател | Брой изпълнени повиквания за спешна и неотложна медицинска помощ | ЕКГ  брой | % | Хирург. манипу  лации  брой | % | Реани  мации  брой | % |
| 2010 г. | 709 456 | 212 443 | 30 | 118 662 | 17 | 9 419 | 1 |
| 2011 г. | 697 286 | 206 763 | 30 | 107 176 | 15 | 8 512 | 1 |
| 2012 г. | 740 489 | 218 277 | 29 | 102 501 | 14 | 3 972 | 1 |
| 2013 г. | 731 857 | 223 678 | 31 | 103 477 | 14 | 3 544 | 0,5 |
| 01.01.-06.2014 г. | 362 669 | 101 442 | 28 | 46 013 | 13 | 1 964 | 0,5 |
| Общо за периода | **3 241 757** | **962 603** | **30** | **477 829** | **15** | **27 411** | **1** |

Източник: ЦСМП

Относителният дял и на трите разглеждани процедури е сравнително постоянен за целия одитиран период. При средно 30 на сто от повикванията за спешна или неотложна медицинска помощ на пациента е правена ЕКГ, като за различните години този дял варира от 28 (2014 г.) до 31 на сто (2013 г.). Хирургически манипулации са извършвани в 15 на сто от изпълнените повиквания, като е очертана тенденция на несъществено намаляване на този процент през годините на периода (17 на сто за 2010 г. и 13 на сто за 2014 г.). Относително постоянен е и делът на изпълнените реанимации – между 0,5 и 1 на сто.[[423]](#footnote-423)

**4.4.3.** От Министерството на здравеопазването не е инициирано изследване на национално ниво на степента на удовлетвореност на получилите спешна медицинска помощ.

В 6 от 7 ЦСМП, включени в одитната извадка, също не е измервана степента на удовлетвореност на пациентите. Оценка за това се прави индиректно чрез анализ на броя подадени жалби и оплаквания в ЦСМП-Благоевград и ЦСМП-Кюстендил. В ЦСМП-Варна епизодично е осъществявана обратна връзка по телефона с обслужени пациенти относно качеството на обслужване. От центровете във Варна и Пловдив считат, че провеждането на анкета в условията на спешност е трудно приложимо.

С оглед подобряване на качеството на медицинската услуга в ЦСМП София-град от директора е издадена заповед за създаване на комисия за анкетиране на гражданите при възникнало недоволство. Приет е и образец на анкетна карта за информация, свързана със степента на удовлетворение от екипите на спешната помощ. Няма данни за проведени анкети и конкретни резултати от извършени анкетирания. Ежегодно в ЦСМП София-град се получават благодарствени писма за добро обслужване от медицинските екипи на центъра.[[424]](#footnote-424)

**Резултатите от дейността на ЦСМП се отчитат и анализират ежемесечно и ежегодно по показателите, включени в Сведение за дейността на ЦСМП, но не са приети методика или единни критерии за оценка на резултатите.**

**От Министерството на здравеопазването и ЦСМП от одитната извадка не е инициирано изследване на национално ниво на степента на удовлетвореност на пациентите от оказаната им спешна медицинска помощ като критерий за оценка на качеството.**

**Оценка за мнението на пациентите е правена индиректно чрез анализ на броя на подадените жалби и оплаквания или епизодично е осъществявана обратна връзка с обслужени пациенти относно качеството на обслужването.**

**Броят на изпълнените повиквания като основен показател за дейността на ЦСМП остава постоянно висок за одитирания период, като се наблюдава увеличение на повикванията, свързани с оказване на неотложна медицинска помощ, както и постоянно висок брой на амбулаторните прегледи, което е показател за проблеми в останалите звена на системата за медицинско обслужване на населението.**

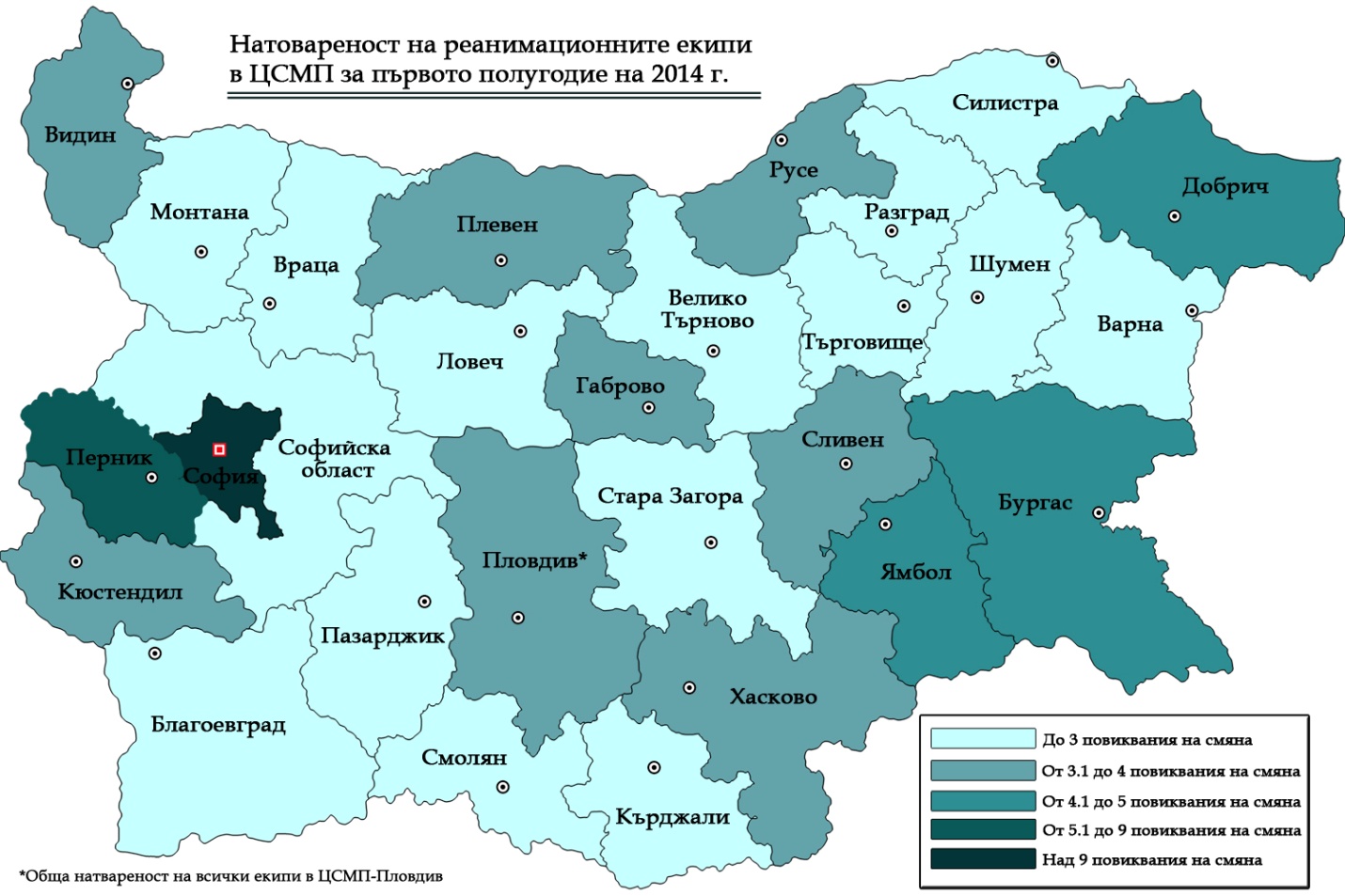
**Едновременно с това е очертана трайна тенденция на нарастване на издръжката и на средния разход за изпълнение на едно повикване/амбулаторен преглед, което не е равномерно за отделните ЦСМП. Не се наблюдава подобряване на показателите за изпълнение на дейността спрямо 2007-2008 г., когато е извършен предходният одит на спешната медицинска помощ.**

**Независимо от липсата на единни критерии за оценка на резултатите от дейността, както и влиянието на множество и различни фактори върху тези резултати, налице са достатъчно индикатори за недостатъчна ефективност и ефикасност на оказваната на пациентите спешна медицинска помощ.**

**4.4.4. Натовареност на екипите за оказване на спешна медицинска помощ**

Осигуряването на равномерна натовареност на екипите за оказване на спешна медицинска помощ е условие за качеството на тяхната работа.

**4.4.4.1.** Натовареността на екипите, които оказват спешна и неотложна медицинска помощ е различна в отделните ЦСМП. Тя е обусловена от много и в някои случаи различни конкретни фактори – брой, гъстота и възрастова структура на населението, заболеваемост, разстояния, маршрути, релеф на региона, наситеност със здравни заведения, особености на регионалните здравни мрежи, наличие или недостиг на медицински специалисти в центъра, влияние на туристическия сезон и др. Например, през летния сезон във ФСМП-Варна натовареността е между 3 и 5 пъти по-голяма от тази в останалите филиали на ЦСМП-Варна. В ЦСМП София-град целогодишно филиалът в гр. София е многократно по-натоварен от останалите филиали на центъра – Банкя, Нови Искър и Ботунец.[[425]](#footnote-425)

**4.4.4.2.** Най-често средната натовареност в ЦСМП варира между 2 и 4 повиквания на едно дежурство. Най-много изпълнени повиквания от един екип има в ЦСМП София-град, които са сравнително постоянна величина за целия одитиран период – над 8-9 повиквания. През последните две години на разглеждания период се наблюдава тенденция за увеличаване на натовареността на реанимационните екипи до 9,6 за 2014 г. и 9,7 за 2013 г., за сметка на лек спад на натовареността на лекарските екипи. Долекарските екипи също бележат много висока натовареност – 9,6 през 2013 г. и 9,7 през 2014 г. Ситуацията е влошена в сравнение с 2007 – 2008 г., когато е извършен предходният одит на Сметната палата. Средната натовареност на реанимационните екипи е 7,4 и 7 съответно за 2007 г. и 2008 г. При долекарските екипи числата са 7,8 за 2007 г. и 8,1 за 2008 г. 

Освен в ЦСМП София-град с висока натовареност са реанимационните екипи в ЦСМП-Перник – между 6 и 6,4 изпълнени повиквания на смяна за одитирания период. С много по-ниска натовареност от тях, но над средната натовареност – около и над 4 повиквания за всички години от одитирания период, са екипите в ЦСМП в градовете Добрич, Видин и Габрово. Най-ниска е натовареността на реанимационните екипи в ЦСМП-Ловеч през 2013 г. – 1,3 и в ЦСМП Софийска област през 2012 г. – 1,5 изпълнени повиквания на смяна.[[426]](#footnote-426)

**4.4.4.3.** Като изключим ЦСМП София-град, равномерно и над средното натоварване за целия период бележат лекарските екипи в ЦСМП-Хасково – между 3,8 за 2010 г. и 4,4 за 2014 г., при непрекъснато увеличение на натовареността през всяка следваща спрямо предходната година, и в ЦСМП-Варна – между 3,3 за 2011 г. и 3,8 за 2012 г. Най-ниска за целия период е натовареността на лекарските екипи в ЦСМП-Русе – 1-1,1 изпълнени повиквания, както и за отделни години ЦСМП в Ямбол – 0,6 за 2012 г. и в Търговище – 0,7 и 0,8 съответно за 2014 г. и 2013 г.

Долекарските екипи са с по-ниска натовареност в сравнение с реанимационните и лекарските екипи, с изключение на ЦСМП София-град. За всички години от одитирания период с натовареност под 2 изпълнени повиквания на смяна са екипите в ЦСМП – Кърджали, Ловеч, Видин и Разград.[[427]](#footnote-427)

За ЦСМП-Пловдив липсват данни по видове екипи, но там средната натовареност, изчислена на основата на общия брой на екипите е сравнително по-висока от по-голямата част от ЦСМП и варира между 3,3[[428]](#footnote-428) и 4,4[[429]](#footnote-429) изпълнени повиквания на смяна.[[430]](#footnote-430)

**4.4.4.4.** Един от съществените фактори, който оказва влияние върху натовареността на медицинските екипи от ЦСМП е броят на населението, което се обслужва от един екип.

Най-висок е средният брой жители, обслужвани от един екип в ЦСМП София-град – между 60 074 за 2013 г. и 65 532 жители за 2010 г. Като към това се прибавят и останалите фактори, които кумулативно се натрупват в гр. София като засилен трафик, неблагоприятна възрастова структура на населението, нарастващ брой на населението, което няма постоянно местожителство, но ползва медицински услуги в града и др. следва, че медицинските екипи на ЦСМП София-град работят при най-тежки условия.

На следващо място, с над два пъти и половина по-нисък брой на обслужваното население от един екип, е ЦСМП-Пловдив – 23 600 души. Близо до Пловдив е Варна със средно между 20 425 души за 2010 г. и 22 960 за 2014 г. и Бургас, където средният брой жители, обслужвани от един екип варира от 19 372 за 2010 г. и 20 805 за 2012 г.

Най-нисък е броят на обслужваното население от един медицински екип в ЦСМП-Ловеч (под 12 000 за одитирания период) и ЦСМП-Кърджали (под 13 000 за одитирания период).

Като утежняващ фактор в част от ЦСМП следва да се отчете разпръснатостта на населените места и голямото разстояние, което изминава линейката, за да доведе пациента до подходящо за състоянието му лечебно заведение, в което да му бъде оказана адекватна медицинска помощ.[[431]](#footnote-431)

**Не е осигурена равномерна натовареност на екипите за оказване на спешна медицинска помощ в различните ЦСМП. Устойчива тенденция за висока натовареност, която се засилва в края на одитирания период се наблюдава единствено в ЦСМП София-град. При останалите центрове натовареността е в рамките на средните за системата стойности. Високата натовареност на медицинските екипи е съществен рисков фактор за ефективността на оказваната спешна медицинска помощ, като едновременно с това следва да се отчита и комплексното влияние на фактори като брой и гъстотата на населението, заболеваемост, отстояние от подходящо за състоянието на пациента лечебно заведение, маршрути, релеф на съответния регион и др.**

**4.5. Координация между ЦСМП и другите лечебни заведения при хоспитализация на пациенти със спешни състояния**

Подобряване на взаимодействието на ЦСМП с лечебните заведения за болнична помощ при обслужването на пациенти със спешни състояния е една от целите на Министерството на здравеопазването, вследствие на което се очаква да се подобри качеството на оказваната спешна медицинска помощ.[[432]](#footnote-432)

**4.5.1.** **Правила/процедури/споразумения на национално ниво или на ниво ЦСМП за осъществяване на координация между ЦСМП и другите лечебни заведения при оказване на спешна медицинска помощ. Осъществяване на връзка между екипите на ЦСМП и лечебните заведения**

**4.5.1.1.** Основните правила/начини за приема на пациенти в лечебните заведения за болнична помощ, вкл. и при спешни състояния, организацията на работа в болниците и медицинският транспорт при спешни състояния от/между лечебни заведения са регламентирани в Закона за здравето, Закона за лечебните заведения, Наредба № 25 от 04.11. 1999 г. за оказване на спешна помощ, Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, Наредба № 49 от 18.10.2010 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, Медицински стандарт „Спешна медицина“, утвърден с Наредба № 45 от 26.08.2010г. на министъра на здравеопазването, както и в правилниците за устройството и дейността на ЦСМП.[[433]](#footnote-433)

Условията и редът, съгласно които се транспортират пациентите със спешни състояния, както и редът за хоспитализация са определени в Закона за здравето.[[434]](#footnote-434) Лечебните заведения осъществяват дейността си при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента.[[435]](#footnote-435) Те са задължени да осигуряват непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности съгласно разрешението за дейност, включително и на медицинска помощ при спешни състояния.[[436]](#footnote-436) Спешна медицинска помощ се оказва от всички лечебни заведения, регистрирани по реда и условията, посочени в Закона за лечебните заведения, в необходимия обем за всяко лице, нуждаещо се от такава, независимо от неговото гражданство, местожителство и здравноосигурителен статут. С оглед гарантиране на достъпа до спешна помощ е определено задължение за многопрофилните лечебни заведения за болнична помощ - търговски дружества със смесена държавна и общинска собственост в капитала да имат спешно отделение с легла за диагностично изясняване до 24 часа.[[437]](#footnote-437) Освен лечебните заведения, разкрили спешни отделения, всяко друго лечебно заведение за болнична помощ е длъжно да оказва необходимата спешна медицинска помощ на всяко лице, нуждаещо се от такава, независимо от това дали пациентът е потърсил лечебното заведение сам, с помощта на екип на ЦСМП или на други лица и органи.[[438]](#footnote-438)

**4.5.1.2.** За регламентиране на взаимоотношенията между ЦСМП и другите лечебни заведения не са сключвани изрични споразумения или други документи за координация и взаимодействие при оказване на спешна медицинска помощ.

В част от ЦСМП от одитната извадка са приети правила/инструкции, но същите не засягат взаимодействието с другите лечебни заведения, а действията на съответното ЦСМП. От директора на ЦСМП София-град са утвърдени Правила за взаимодействие и координация между ЦСМП-София и лечебните заведения от регионалната и националната здравна мрежа и Инструкция за работата на служителите от републиканска консултация в ЦСМП-София и документооборота при осъществяване на междуболничен транспорт. В ЦСМП-Благоевград са приети Вътрешни правила за ефективно координиране и контрол на медицинската дейност на ЦСМП-Благоевград. Вътрешни правила за транспорт на пациенти със спешни състояния до/между лечебни заведения са утвърдени в ЦСМП-Варна.[[439]](#footnote-439)

При взаимодействието си с ЦСМП, лечебните заведения, включени в одитната извадка, следват указанията на регионалните здравни инспекции, издавани на основание на писмата и заповедите на министъра на здравеопазването. Не са приемани детайлни правила/процедури за разделение на обема дейности, които следва да се извършват от екипа на лечебното заведение и този на ЦСМП.[[440]](#footnote-440)

От лечебните заведения, включени в одитната извадка, единствено от МБАЛ „Пловдив“ АД са приети Правила за координация и взаимодействие с други лечебни заведения, но същите не са съвместни, а са подписани едностранно от болничното заведение. От МБАЛ „Добрич“ ЕАД считат, че в Медицинския стандарт „Спешна медицина“ по същество се регламентира поведението на ЦСМП с лечебните заведения, но сравнително общо, без ясно и точно разделение на техните правомощия както по отношение на медицинската дейност, така и като юридическа обосновка, което налага, при бъдещи промени в структурите на спешната помощ, координацията да се регламентира детайлно в закона.[[441]](#footnote-441)

**4.5.1.3.** В отделните лечебни заведения съществуват болнични информационни системи, които са изградени вследствие на проведени процедури за възлагане на обществени поръчки от различни доставчици, но тези информационни системи не осъществяват външен обмен на информация. Причината за това е главно в различното структуриране на информационните системи в лечебните заведения и ЦСМП, принадлежността им на различни държавни/общински структури, несходствата във финансирането и други специфични различия.

В рамките на създаването на обща информационна система на здравеопазването следва да бъдат създадени условия за обмен на информация както между болничните информационни системи, така и с външни на тях информационни системи, включително и с тази на ЦСМП, НЗОК, НЦОЗА, НЕЛК и др.[[442]](#footnote-442)

Всяка болница е задължена да предостави телефони, чрез които да се осъществява непрекъсната денонощна връзка със спешното отделение и дежурния медицински персонал. Чрез тези телефонни връзки ЦСМП (Районните координационни централи) осъществяват комуникацията със спешните отделения за координиране на действията на мобилните медицински екипи.[[443]](#footnote-443)

**4.5.1.4.** Осъществяването на връзка в реално време между лекарите от ЦСМП и дежурните лекари в лечебното заведение, към което се насочва пациентът, е възможно, но не се прилага системно в практиката според мнението на по-голямата част от лечебните заведения, включени в одитната извадка. Комуникацията в реално време между специалистите от лечебните заведения и тези от ЦСМП се извършва основно по телефона.[[444]](#footnote-444) Други лечебни заведения споделят мнението, че няма възможност за комуникация в реално време, поради изключително ниското качество на техническите средства за връзка с мобилните екипи на ЦСМП.[[445]](#footnote-445) От МБАЛ „Добрич” ЕАД считат, че на практика не съществува подобна връзка, поради изнесеност на ЦСМП извън територията на спешното отделение, което определя невъзможността специалистите да осъществяват пряка връзка в реално време с транспортиращия екип. Такава връзка ще дава възможност по време на транспорт на спешен пациент екипът на ЦСМП в реално време да получава високоспециализирана мобилна помощ за диагностика и лечение на пациента. Това би дало възможност на пациенти в тежко състояние да бъдат насочени още от мястото на инцидента към подходящо за тях лечебно заведение със съответното ниво на компетентност. Липсата на такава комуникация лишава пострадалия и забавя неговото постъпване в подходящо за него лечебно заведение.

Осъществяването на връзка в реално време между лекарите от спешната помощ и дежурните лекари в лечебното заведение, според част от лечебните заведения от одитната извадка, е теоретично възможно, включително и използването на телемедицина.[[446]](#footnote-446) Скептицизмът на лечебните заведения се поражда от липсата на техническа готовност на ЦСМП и лечебните заведения. За целта е необходимо да се изгради надеждна връзка между мобилните и стационарните екипи на ЦСМП и лечебните заведения, както и същите да бъдат оборудвани със съответните технически средства. Действията в тази насока биха били полезни за по-доброто здравно обслужване на пациентите, своевременна диагностика, а също така и своевременно и адекватно лечение.[[447]](#footnote-447)

**4.5.1.5.** Освен по мобилни телефони комуникацията с лечебните заведения често се осъществява и чрез РКЦ операторите и/или стационарните екипи във филиалите за спешна медицинска помощ. От ЦСМП София-град в началото на всяко дежурство се събира актуална информация от съответните отделения на болничните заведения и спешните приемни отделения за наличните свободни легла. Дежурните в РКЦ дават нужната информация на екипите. От ЦСМП-Кюстендил всички спешни случаи се транспортират до най-близкото лечебно заведение за болнична помощ без същото да бъде предварително уведомявано. В случаите, когато съответното лечебно заведение не разполага със специалисти по определени специалности, екип на ЦСМП транспортира болния до най-близкото друго лечебно заведение с подходяща компетенция. В РКЦ на ЦСМП се поддържа актуална информация за капацитета на отделните лечебни заведения на територията на областта и извън нея. Уточняване на състоянието на определен пациент и възможността да бъде приет в дадено лечебно заведение се осъществява по телефона.[[448]](#footnote-448)

**4.5.2. Разделение на функциите между екипа на ЦСМП и този на спешното приемно отделение на лечебното заведение.** **Отказ от хоспитализация на пациенти, транспортирани от екип на ЦСМП до лечебно заведение**

**4.5.2.1.** Функциите, които се изпълняват от екипа на ЦСМП и тези на спешното приемно отделение на лечебното заведение са разграничени в Медицински стандарт „Спешна медицина”. За всички длъжности са съставени длъжностни характеристики, в които подробно са описани задълженията на съответното длъжностно лице. Задълженията на медицинските екипи на ЦСМП включват обслужването на спешни пациенти от мястото на инцидента/адреса и по време на транспорт до приемане в спешното приемно отделение на лечебното заведение. Транспортираните от медицинските екипи на ЦСМП пациенти се предават на дежурните екипи на спешното приемно отделение на лечебното заведение с попълнена медицинска документация и устно представяне на състоянието на пациента. Описват се всички проведени диагностични и лечебни мероприятия във Фиш за оказана спешна медицинска помощ, втори екземпляр на който следва болния.[[449]](#footnote-449) Независимо от посоченото, при взаимодействието между екипите за спешна помощ на ЦСМП и приемащите лечебни заведения системно възникват проблеми от различен характер. [[450]](#footnote-450)

**4.5.2.2.** Основните проблеми между ЦСМП и лечебните заведения в процеса на оказване на спешна медицинска помощ, по мнението на ЦСМП от одитната извадка, са свързани със забавяне освобождаването на екипа след представяне на пациента за хоспитализация, поради продължително изчакване за провеждане на изследвания и консултации с оглед диагностично уточняване и решение за хоспитализация. Възникват и конфликти най-често при отказ за хоспитализация, задържане на екипа с пациента на носилката до идването на болничен консултант, както и в някои случаи високомерно отношение по повод правилността на диагнозата, поставена от екипа на ЦСМП. В някои случаи екип от спешно отделение необосновано изисква екипът на ЦСМП да придружава пациент за провеждане на образни изследвания, хоспитализация в съответно отделение на болницата, изчакване на резултати и евентуално връщане на болния до дома. Като част от причините за проблемите се сочат различните организация, финансиране и заплащане на извършваната дейност, различния юридически статут на лечебните заведения, както и проблемът, свързан с все по-големия брой здравно неосигурени пациенти, обект на спешна медицинска помощ.[[451]](#footnote-451)

**4.5.2.3.** Най-сериозни са проблемите между ЦСМП и лечебните заведения, оказващи спешна медицинска помощ в София. В тази връзка директорът на центъра търси съдействие от директорите/изпълнителните директори на лечебните заведения, с които са срещани проблеми, оказващи влияние върху ефективността на оказваната спешна медицинска помощ на пациентите. Целта е оптимизиране на времетраенето на приемане, обработване и предаване на нуждаещите се от хоспитализация пациенти и адекватно изпълнение на стандартите по спешна медицина. През 2013 г. и 2014 г. с цел подобряване на взаимодействието между медицинските екипи на ЦСМП София-град е въведена практиката за периодично уведомяване на изпълнителните директори/директорите на лечебните заведения за възникнали проблеми при хоспитализацията на пациенти, докарани от екипи на спешната помощ.[[452]](#footnote-452)

**4.5.2.4.** За одитирания период в 6 от 7-те ЦСМП от одитната извадка има случаи на отказ от страна на лечебното заведение да приеме пациент, доведен от екип на ЦСМП. Причините за отказите са несвоевременно съобщаване за липса на свободни легла, липса на достатъчно основания за прием по спешност според мнение на болничния специалист в лечебното заведение, пациенти без документи за самоличност (по-често бездомници), неправилно насочен пациент, липса на консултант, здравно неосигурени пациенти или пациенти с много придружаващи заболявания, както и личностни особености на дежурен болничен специалист. Независимо, че системата за спешна медицинска помощ е задължена да обслужва всички спешни случаи, без оглед на гражданство, вероизповедания и осигурителен статут част от лечебните заведения, които са търговски дружества се отнасят различно към неосигурените пациенти и отказват прием. Това поведение е предпоставка за конфликти между медицинските екипи на ЦСМП и на лечебното заведение.

За подобни проблеми и затруднения на екипите на ЦСМП София-град, както и неправомерни откази на лечебни заведения да хоспитализират транспортирани спешни пациенти, сочат множеството рапорти до директора на центъра. От директора са предприети действия, като са уведомявани изпълнителните директори на съответните лечебни заведения за конкретните възникнали казуси и конфликти с молба за предприемане на действия. В редки случаи директорът на ЦСМП е уведомяван за предприети действия от страна на съответното лечебно заведение.[[453]](#footnote-453)

Случаите на отказ се описват във фишовете за спешна медицинска помощ, като се изисква подпис на болничния специалист, отказал хоспитализацията. Въпреки нормативно определеното изискване за мотивиран писмен отказ и подпис, не са редки случаите, при които приемащият дежурен лекар отказва да впише мотивацията и да положи подписа си.

Не се води специална статистика на случаите на отказ от хоспитализация, поради липсваща опция в информационната система на ЦСМП.[[454]](#footnote-454)

**4.5.2.5.** Анализът настановищата на лечебните заведения от одитната извадка потвърждава, че съществуват проблеми при тяхното взаимодействие с ЦСМП във връзка с оказване на спешна медицинска помощ на нуждаещи се пациенти. Само 4 от 12-те лечебни заведения считат, че не съществуват проблеми при съвместната им работа с екипите на ЦСМП.[[455]](#footnote-455)

Останалите 8 лечебни заведения сочат много и различни проблеми, които не съвпадат с проблемите, които ЦСМП са извели като съществени за тяхната работа.

От „МБАЛ-Благоевград” АД считат, че в определени случаи работните диагнози са неточно определени от екипа на ЦСМП при постъпване на пациента в спешното отделение на лечебното заведение.

Според мнението на МБАЛ „Света Анна - Варна” АД често екипите на ЦСМП механично се придържат към модела „load and go“,[[456]](#footnote-456) като транспортират пациента в най-близкото лечебно заведение, което не е подходящо за конкретния случай и впоследствие се налага нов транспорт до друго лечебно заведение, което оказва влияние върху своевременното и ефективно оказване на медицинската помощ.

Основен проблем, който затруднява дейността и ефективната работа на ЦСМП-Варна и спешното отделение на МБАЛ „Света Марина” ЕАД е липсата на изградена информационна система, която непрекъснато и надеждно да прави възможно установяването на връзка между центъра и болницата, както и отсъствието на връзка в реално време със съответните специалисти, посредством телемедицина. По този начин предаването на данни и информация за състоянието на пациента ще бъде много по-бързо, ефективно и целесъобразно. Това от своя страна ще допринесе за своевременното му и адекватно диагностициране, назначаване на необходимите изследвания и консулти със съответните специалисти.

Липсата на точни и ясни правила и регламенти при осъществяване на дейността на екипите на ЦСМП създава респективно сериозни проблеми в спешното отделение на МБАЛ „Добрич” ЕАД. Според лечебното заведение от ЦСМП се транспортират лица, които нямат нужда от спешна медицинска помощ и не отговарят на медицинските стандарти и показания за транспорт до лечебното заведение. Екипите на ЦСМП изпълняват несвойствено функции, поради липса на ефективни правила за осъществяване на спешна помощ в рамките на техните задължения. Повикването на тел. 112 следва да е строго регламентирано, като екипът трябва да има право при неустановяване на спешност на мястото на повикването да постанови заплащане на услугата. Необходимо е към ЦСМП да се създадат екипи от парамедици, които да поемат функцията на медицинските фелдшери. Пациентите, които са транспортирани до лечебното заведение със санитарен автомобил по закон следва да бъдат обслужвани приоритетно в противошоковите зали. Следва да се регламентира, че всеки пациент сам посетил спешното отделение по презумпция е с неотложен характер.

Липсата на колаборация между двете структури създава ежедневно напрежение между дежурните екипи, което оказва пряко влияние върху осъществяване на техните задължения както от едната, така и от другата страна.

От УМБАЛ „Света Анна” София АД считат, че основен проблем при оказване на медицинска помощ между екипите и пациентите е липсата на ясно определение за спешен пациент, който е обект на обслужване в спешно отделение. Този проблем е решен в спешното отделение на болницата чрез утвърждаване от изпълнителния директор на Правила за оценка и степенуване тежестта на състоянието на пациентите потърсили медицинска помощ в Спешното отделение. Счита се, че медицинската сортировка – триаж – на пациентите следва да бъде регламентирана на национално ниво.

При взаимодействието между екипите на ЦСМП и УМБАЛ „Света Екатерина” ЕАД – гр. София понякога възникват проблеми, свързани с необходимостта от изчакване на екипа на ЦСМП за времето на доказване или изключване на кардиологична/кардиохирургична диагноза.

От УМБАЛ „Александровска” ЕАД – гр. София очертават съществени проблеми за системата на спешната медицинска помощ, които създават рискове за оказването на своевременна и качествена спешна медицинска помощ: не се работи по общи правила за медицински мениджмънт на пациентите; не се прилагат общи алгоритми в медицинската практика, поради несъвършенството на Медицински стандарт „Спешна медицина“; липсва достатъчна квалификация на персонала; липсва пряка и адекватна комуникация с екипите на ЦСМП; липсват логистични правила за общо поведение на отделните части на системата за спешна медицинска помощ; липсват общи разписания и утвърдени стандартни оперативни процедури за бърза клинична оценка от лекар, както и триажни процедури за нелекарския персонал.[[457]](#footnote-457)

**4.5.2.6.** Във връзка с посоченото през одитирания период, от Министерството на здравеопазването нееднократно по различни поводи са изготвяни указания относно прилагане на нормативната уредба, свързана с транспорта и хоспитализацията на пациентите със спешни състояния, които са предоставяни за изпълнение на регионалните здравни инспекции, центровете за спешна медицинска помощ и останалите лечебни заведения. От ЦСМП са докладвани единични случаи на отказ от прием в спешно отделение или в специализирано болнично отделение на пациенти, за които е доказана необходимостта от спешно болнично лечение. В тази връзка са извършвани проверки от Изпълнителната агенция „Медицински одит“, част от тях съвместно с експерти от Министерството на здравеопазването или Регионалната здравна инспекция. Причина за пропуските е недостатъчният административен контрол на болничните ръководства, за което се предприемат съответните законоустановени мерки. Като мярка за предотвратяване на проблемите с хоспитализацията на пациентите са въведени критерии за насочване на пациентите с остър инфаркт на миокарда за инвазивна диагностика и лечение и са съставяни графици за осъществяване на инвазивна диагностика или интервенционално лечение на тези пациенти в определени лечебни заведения.[[458]](#footnote-458) С оглед осигуряване на равен достъп на пациентите до болнична помощ графиците са отменени,[[459]](#footnote-459) като е указано спазването на нормативните изисквания, според които пациентът трябва да бъде транспортиран до най-близкото или най-бързо достъпното лечебно заведение за болнична помощ, разполагащо с условия за лечение на дадено състояние при отчитане на основната причина за състоянието на пациента.[[460]](#footnote-460) Издавани са и указания, свързани с осъществяване на транспорт на пациенти със спешни състояния до/между лечебни заведения.[[461]](#footnote-461) С цел да се осигури бързо придвижване на автомобилите за спешна медицинска помощ на ЦСМП София-град, с Министерството на вътрешните работи и Столичната община е издадено съвместно методично указание, в което се урежда координацията на действията на екипите на ЦСМП София-град, Столичната дирекция „Полиция“ и общинските власти.[[462]](#footnote-462),[[463]](#footnote-463)

На основата на заповедите и указанията на Министерството на здравеопазването и регионалните центрове по здравеопазване, директорите на ЦСМП издават свои заповеди, с които се конкретизира изпълнението на указанията. [[464]](#footnote-464)

**Нормативната уредба относно координацията и взаимодействието при оказването на спешна медицинска помощ не е достатъчно изчерпателна. Не е въведена практика да се приемат вътрешни правила, процедури или други споразумения за взаимодействие и координация между ЦСМП и другите лечебни заведения. Липсва свързаност между информационните системи на ЦСМП и лечебните заведения, което затруднява координацията между тях. Не са приети детайлни правила/процедури за разделение на обема дейности, които следва да се извършват от екипа на лечебното заведение и този на ЦСМП. Съществуващите сериозни проблеми при координацията и взаимодействието между ЦСМП и лечебните заведения оказват негативно влияние върху своевременното и качествено оказване на спешна медицинска помощ на пациентите.**

**Не се осъществява ефективна координация и взаимодействие между ЦСМП и лечебни заведения при оказване на спешна медицинска помощ, когато се налага хоспитализация на пациента.**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**1.** Приети са множество стратегически документи на различни нормативни основания, в целите на които е заложено подобряване на дейността по оказване на спешна медицинска помощ. Не са постигнати очакванията за подобряване на качеството и ефективността на оказваната на пациентите спешна медицинска помощ в резултат на изпълнение на мерките и дейностите, заложени в документите.

**2.** Териториалното разпределение на структурите за спешна медицинска помощ – ЦСМП и филиали към тях са в съответствие с административното деление на страната. Налага се актуализиране и въвеждане в действие на Националната здравна карта, както и приемане на критерии и стандарти за териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ и преразпределение на районите на обслужване и местоположение на филиалите на ЦСМП.

**3.** В ЦСМП е изграден капацитет от медицински и други специалисти за оказване на спешна медицинска помощ на пациентите.

3.1. Броят и съставът на екипите от лекари и други медицински специалисти е в съответствие с минималните изисквания на Медицинския стандарт „Спешна медицина“, с изключение на ЦСМП София-град, където са заложени едва две трети от броя на необходимите екипи по минималните изисквания на стандарта, а фактически населението на района се обслужва от медицински екипи, които достигат едва наполовина тези изисквания.

Липсва пълна заетост и най-вече на кандидати за лекарските длъжности както в районните координационни централи (РКЦ), така и в състава на медицинските екипи, които оказват спешна помощ. Броят на лекарите трайно намалява в съчетание с постоянно високо текучество и увеличаване на свободните места.

3.2. Не са изпълнени изцяло изискванията за професионална компетентност на лекарите за практикуване на специалност „Спешна медицина“, като лекарите с призната специалност са по-малко от половината от всички работещи лекари.

Не е изпълнено и условието лекарите без специалност в срок до една година от постъпване на работа да предприемат действия по започване на специализация по спешна медицина или по друга клинична медицинска специалност. Недостатъчен е интересът на лекарите без специалност да специализират „Спешна медицина“ или друга клинична специалност.

Професионалната компетентност на значителна част от лекарите, работещи в ЦСМП не отговаря на нормативните изисквания, което създава сериозни рискове, свързани с оказването на качествена спешна медицинска помощ на пациентите.

3.3. Работните заплати в ЦСМП се определят в съответствие с действащата нормативна уредба. Определените с Колективния трудов договор начални месечни основни заплати са значително по-ниски от тези за останалите лечебни заведения, което е индикатор за недооценяване на труда, който полагат медицинските специалисти на ЦСМП.

Независимо от положените от Министерството на здравеопазването усилия за повишаване на заплатите на персонала от ЦСМП за одитирания период те остават неадекватни и недостатъчно мотивиращи за рисковите условия на труд, високото напрежение и професионалните изисквания към медицинските специалисти.

3.4. Процесът на обучение на работещите в ЦСМП не е основан на дългосрочно планиране за развитието на системата за спешна медицинска помощ, не е осигурено адекватно целево финансиране на свързаните с него дейности.

Министерството на здравеопазването, съгласно своите компетенции, предприема действия включително с използване на европейски средства за подкрепа на ЦСМП при осъществяване на обучението за поддържане на квалификацията и развитие на професионалната компетентност на специалистите.

**4.** Спазени са нормативните изисквания за планиране, разпределение, изпълнение и отчитане на бюджета на Министерството на здравеопазването в частта за спешна медицинска помощ.

Планирането на средствата за програма „Спешна медицинска помощ“ за одитирания период не е адекватно, независимо, че разходите по програмата заемат съществен дял от общите разходи по програмния бюджет на Министерството на здравеопазването. Всяка следваща спрямо предходната година се наблюдава значително увеличение на отчетените разходи, но въпреки това не е преодолян недостигът на средства за оказване на своевременна и качествена спешна медицинска помощ. Липсват правила за определяне на критерии за оценка на ефективността на разходите по програмата. Не е създаден механизъм за планиране на разходите на ЦСМП, който адекватно да отчита техните обективни потребности с оглед оказването на качествена и своевременна спешна медицинска помощ.

**5.** Дейността по оказване на спешна медицинска помощ е осигурена с транспортни средства, апаратура и сграден фонд в съответствие с нормативните изисквания.

Специализираният медицински транспорт и апаратурата, необходими за оказване на спешна медицинска помощ са морално и физически остарели, което създава рискове за оказване на адекватна медицинска помощ. При извършени проверки са установени случаи, при които оборудването не е пълно или не работи. Няма разработени програма и единни критерии за тяхното обновяване. За одитирания период не са разчетени достатъчно средства за обновяване на медицинския транспорт и апаратурата.

**6.** Осигурен е сграден фонд на ЦСМП за изпълнение на дейността по спешна медицинска помощ. Не са приети минимални изисквания, на които следва да отговарят сградите/помещенията по видове, площ и обзавеждане. Не е решен проблемът със собствеността на сградния фонд, с който разполагат ЦСМП, което създава сериозни пречки при тяхното поддържане и обновяване.

**7.** По отношение на информационното осигуряване на дейността за одитирания период действа Национална система за спешни повиквания с единен европейски номер 112 (ЕЕН 112), чрез която следва да се предоставя обществена услуга за бърз и лесен достъп на гражданите до националните служби за спешно реагиране, включително до ЦСМП.

Постигната е сигурна гласова връзка между диспечерите в центровете 112 и операторите в РКЦ на ЦСМП, но е забавен процесът по осъществяване на информационна свързаност и обмен на информация в реално време. Загубени са някои от функционалностите на информационната система на ЦСМП и се наблюдава технологично забавяне при предаване на повикването в РКЦ.

Системата на спешния номер 112 следва да бъде доразвита с оглед осигуряване на възможност за информационна свързаност и обмен на информация в реално време с информационната система на ЦСМП.

**8.** В дежурните екипи на тел. 112 няма медицински лица или нормативно приети критерии за разграничаване на спешните от неспешните повиквания. Независимо от предприетите действия от Министерството на здравеопазването във взаимодействие с Министерството на вътрешните работи са създадени предпоставки за допускане на грешки при предаването на повикванията към ЦСМП.

Естеството и спешността на постъпилите в ЦСМП повиквания се преценяват от медицинските специалисти в районните координационни централи. Не са приети критерии за определяне на естеството и спешността на повикванията или на стандартни протоколи за поведение с оглед обективно определяне на степента на спешност, както и намаляване на времето от приемането на повикването до възлагането му за изпълнение.

**9.** В действащaта нормативна уредба липсва показател за време на достигане на медицинските екипи за спешна медицинска помощ до мястото на инцидента, като по експертна преценка най-ефективна е помощта, оказана в рамките на 15-20 мин. от възлагането на задачата на медицинския екип. Липсва ясно регламентиране на обекта и обхвата на спешната медицинска помощ, което затруднява разграничаване на спешните от неотложните състояния.

**10.** В центровете за спешна медицинска помощ не е изградена действаща единна система за контрол на качеството на предоставената спешна медицинска помощ. През одитирания период не са предприети действия за доброволна акредитация на ЦСМП за осъществяваната от тях медицинска дейност. Министерството на здравеопазването е в процес на осъществяване на промени в Закона за лечебните заведения, включително и за задължителна акредитация на ЦСМП, които следва да доведат до създаването на единни критерии за оценка на качеството и да повишат ефективността на спешната медицинска помощ.

**10.1.** Нормативно са формулирани критерии и показатели за качеството на извършваната дейност по специалността „Спешна медицина“, но по отделните показатели не са определени количествени и/или качествени измерители. Не са приети задължителни нормативни изисквания за извършване на системна оценка на качеството на основата на постигнатите резултати.

**10.2.** Разработени са диагностично-терапевтични алгоритми за клинично поведение в спешната медицина, но същите не са утвърдени, в несъответствие с изискването на Медицински стандарт „Спешна медицина“. Алгоритмите за поведение са в основата на дейността на медицинските екипи и допринасят за подобряване на качеството на оказваната медицинска помощ.

**10.3.** Върху качеството и своевременността на оказаната спешна медицинска помощ на пациентите е осъществен системен контрол от Изпълнителната агенция „Медицински одит“. В близо половината от проверките, извършени от агенцията, са установени нарушения, свързани основно с неспазване на правото на пациента да получи своевременна, достатъчна по обем и качествена медицинска помощ. За одитирания период се наблюдава тенденция на повишаване на броя на проверките по жалби на пациенти, както и на този на съставените актове за установяване на административни нарушения. Нарастват случаите на неудовлетвореност на пациентите от оказаната им спешна медицинска помощ, което е негативен индикатор за нейното качество.

**11.** Резултатите от дейността по оказване на спешна медицинска помощ за одитирания период не са подобрени.

Броят на изпълнените повиквания като основен показател за дейността на ЦСМП остава постоянно висок за одитирания период, като се наблюдава увеличение на повикванията, свързани с оказване на неотложна медицинска помощ, както и постоянно висок брой на амбулаторните прегледи, което е индикатор за проблеми в останалите звена на системата за медицинско обслужване на населението.

Едновременно с това е очертана трайна тенденция на нарастване на издръжката и на средния разход за изпълнение на едно повикване/амбулаторен преглед. Не се наблюдава подобряване на показателите за изпълнение на дейността спрямо 2007-2008 г., когато от Сметната палата е извършен одит на спешната медицинска помощ.

Не е осигурена равномерна натовареност на екипите за оказване на спешна медицинска помощ в различните ЦСМП. Устойчива тенденция за висока натовареност, която се засилва в края на одитирания период се наблюдава единствено в ЦСМП София-град. При останалите центрове натовареността е в рамките на средните за системата стойности.

**12.** Не се осъществява ефективна координация и взаимодействие между ЦСМП и спешните отделения на лечебните заведения при оказване на спешна медицинска помощ, когато се налага хоспитализация на пациента.

Нормативната уредба относно координацията и взаимодействието при оказването на спешна медицинска помощ не е достатъчно изчерпателна. Липсва свързаност между информационните системи на ЦСМП и лечебните заведения, което затруднява координацията между тях. Не са приети детайлни правила/процедури за разделение на обема дейности, които следва да се извършват от екипа на лечебното заведение и този на ЦСМП. Съществуват сериозни проблеми при координацията и взаимодействието между ЦСМП и лечебните заведения, които оказват негативно влияние върху своевременното и качествено оказване на спешна медицинска помощ на пациентите.

**Дейността по оказване на достъпна, качествена и своевременна спешна медицинска помощ не е ефективна и ефикасна.**

**От Министерството на здравеопазването са предприемани действия, в резултат на които за одитирания период нараства значително бюджета за издръжка на дейността, увеличени са работните заплати на специалистите в системата, но същите остават неадекватни спрямо тези в останалите лечебни заведения. Като са използвани средства по оперативните програми е извършено обучение на всички видове специалисти, работещи в ЦСМП.**

**Въпреки посоченото, не е приета визия и стратегия в дългосрочен план за развитие на спешната помощ, което е основен фактор за наличие на сериозни проблеми във всички елементи на системата – структура, осигуреност с достатъчен, квалифициран и с висока професионална компетентност персонал, наличие на специализиран транспорт и апаратура, отговарящи на съвременните изисквания за качество, адекватно заплащане и издръжка на дейностите, система за оценка на качеството и резултатите от дейността, ефективна координация между ЦСМП и останалите звена в системата на здравеопазването.**

**По време на одита е приета Концепция за развитите на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г., която предвижда мерки и дейности, изпълнението на които следва да осигури предпоставки за преодоляването на сериозните проблеми в системата и подобряване на резултатите от дейността по оказване на спешна медицинска помощ.**

**ПРЕПОРЪКИ**

В резултат на извършения одит се дават следните препоръки на министъра на здравеопазването:

**1.** Да предприеме действия и нормативно да регламентира:

**1.1.** организация и ред за мониторинг на постигането на целите и отчитане изпълнението на мерките и дейностите, заложени в стратегическите документи, свързани с оказване на спешна медицинска помощ.[[465]](#footnote-465)

**1.2.** ефективен контрол върху процеса на планиране, изпълнение и отчитане на годишните цели на Министерството на здравеопазването.[[466]](#footnote-466)

**1.3.** критерии и стандарти за териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ и преразпределение на районите на обслужване и местоположение на филиалите на ЦСМП.[[467]](#footnote-467)

**1.4.** броя и вида на ползваните от ЦСМП специализирани транспортни средства.[[468]](#footnote-468)

**1.5.** приемане на критерии и ред за периодична актуализация на номенклатурата на лекарствените продукти и консумативи, ползвани в ЦСМП.[[469]](#footnote-469)

**1.6.** минималните изисквания, на които следва да отговарят сградите/помещенията на ЦСМП по видове, площ и обзавеждане.[[470]](#footnote-470)

**1.7.** стандартни протоколи за поведение на специалистите от РКЦ с оглед обективното определяне на степента на спешност на повикванията и регламентиране на взаимоотношенията между тел. 112 и РКЦ на ЦСМП при предаване на спешните повиквания.[[471]](#footnote-471)

**1.8.** ясно дефиниране на обхвата, вида и начина за оказване на медицинска помощ на пациентите при спешни състояния.[[472]](#footnote-472)

**1.9.** изграждането и управлението на единна система за оценка на качеството на предоставената спешна медицинска помощ и определяне на конкретни количествени и/или качествени измерители на показателите за качество на спешната медицинска помощ.[[473]](#footnote-473)

**1.10.** задълженията на различните участници в оказването на спешна медицинска помощ.[[474]](#footnote-474)

**2.**Да се предприемат действия за определяне на индикатори за изпълнение на целите, които да са количествено и/или качествено измерими.[[475]](#footnote-475)

**3.** Методологията за реда на съгласуване на структурата и длъжностните разписания на второстепенните разпоредители с бюджет към министъра на здравеопазването да се приведе в съответствие с Правилника за устройството на дейността на ЦСМП. Да се въведат контроли относно спазването на формата на поименните щатни разписания, като се изисква за всяко назначено лице да се посочва освен длъжността и структурата към която принадлежи.[[476]](#footnote-476)

**4.** Да се актуализират критериите за определяне на потребностите от медицински екипи по видове персонал.[[477]](#footnote-477)

**5.** Да се предприемат действия за въвеждане на ефективна система за развитие на човешките ресурси в ЦСМП.[[478]](#footnote-478)

**6.** Да се предприемат мерки за осигуряване на заплащане и стимули на работещите в ЦСМП, които да са адекватни на вложения труд.[[479]](#footnote-479)

**7.** Да се разработят и утвърдят Вътрешни правила за организация на бюджетния процес в съответствие с изискванията на Закона за публичните финанси.[[480]](#footnote-480)

**8.** Да се създаде механизъм за планиране на разходите на ЦСМП, който адекватно да отчита обективните потребности от средства на ЦСМП за оказване на качествена и своевременна спешна медицинска помощ.[[481]](#footnote-481)

**9.** Да се разработят правила и критерии за оценка на резултатите и ефективността на разходите, които да се използват при определяне на средствата, необходими за осъществяване на дейността на ЦСМП.[[482]](#footnote-482)

**10.** Да се разработят програма и единни критерии за обновяване на специализирания медицински транспорт и оборудването му.[[483]](#footnote-483)

**11.** Да се направи анализ и се предприемат мерки, свързани с проблеми относно собствеността на сградите, в които са разположени ЦСМП.[[484]](#footnote-484)

**12.** Да се предприемат действия за осигуряване на пълна информационна свързаност между информационната система на спешната медицинска помощ и единния европейски номер за спешни повиквания 112 и нейното интегриране към комуникационната система TETRA на МВР.[[485]](#footnote-485)

**13.** Да се утвърдят по съответния нормативен ред разработените диагностично-терапевтични алгоритми за осъществяване на лечебно-диагностичните дейности при оказване на спешна медицинска помощ.[[486]](#footnote-486)

**14.** Да се предприемат действия за ускоряване на изграждането на единна информационна система, която да позволи ефективен обмен на информацията, необходима за своевременно и качествено оказване на спешна медицинска помощ на пациентите.[[487]](#footnote-487)

На основание чл. 50, ал. 2 от Закона за Сметната палата, в срок до шест месеца от получаването на одитния доклад министърът на здравеопазването следва да предприеме мерки за изпълнение на препоръките и да уведоми писмено за това председателя на Сметната палата.

Настоящият одитен доклад е приет на основание чл. 48, ал. 1 от Закона за Сметната палата с Решение № 134 на Сметната палата от 10.09.2015 г. (Протокол № 22).

В подкрепа на констатациите са събрани 158 броя одитни доказателства, които заедно с работните документи, отразяващи отделните етапи на одитния процес, се намират в Сметната палата на адрес гр. София, ул. „Екзарх Йосиф” № 37.

**ОПИС НА ПРИЛОЖЕНИЯТА КЪМ ОДИТЕН ДОКЛАД № 0800100214**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ по ред** | **Приложение** | **Брой страници** |
| 1. | Одитни въпроси и критерии/индикатори за оценка на изпълнението – Одит на дейността по оказване на спешна медицинска помощ за периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г. | 10 |
| 2. | Критерии за своевременност, европейски практики | 1 |
| 3. | Мисия, визия и политики на одитирания обект | 2 |
| 4. | Развитие на спешната медицинска помощ съгласно стратегическите документи, приети на национално ниво | 5 |

**Приложение № 1**

**Одитни въпроси и критерии/индикатори за оценка на изпълнението -**

**Одит на дейността по оказване на спешна медицинска помощ за периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г.**

**Основен въпрос:** Ефективна и ефикасна ли е дейността по оказване на спешна медицинска помощ на пациентите?

**Област: „Стратегия, политики и концепция за постигане на целите на обекта на одит“**

**II-ро ниво – Първи специфичен въпрос:** Разработени и приети ли са и изпълняват ли се подходящи мисия, визия, политики и стратегия за развитието на дейността по оказване на спешна медицинска помощ на пациентите?

| **№**  **по ред** | **ВЪПРОС** | **КРИТЕРИЙ/ИЗТОЧНИК** | **ИНДИКАТОРИ** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Първи под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Приети ли са адекватни мисия, визия и политики, които да допринасят за постигане на целите на одитирания обект?** |  |  |
|  | **Под-подвъпроси IV-то ниво:** |  |  |
| 1. | Одитираният обект има ли приета мисия, визия и политики за развитие? | Приета мисия, визия и политики за развитие на одитирания обект. |  |
| 2. | Съществува ли обвързаност между мисията, визията и целите за постигане на политиките? | Наличие на обвързаност между мисията, визията и целите за постигане на политиките. |  |
|  | **Втори под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Адекватно ли е отразено развитието на спешната медицинска помощ в стратегическите документи, приети на национално ниво?** |  |  |
|  | **Под-подвъпроси IV-то ниво:** |  |  |
| 1. | Поети ли са ангажименти, свързани с развитието на спешната медицинска помощ в стратегическите документи, приети на национално ниво? | Поети ангажименти, свързани с развитието на спешната медицинска помощ в стратегическите документи, приети на национално ниво. |  |
| 2. | Изпълнението на поетите ангажименти в стратегическите документи допринасят ли за ефективното изпълнение на дейността по оказване на спешна медицинска помощ? | Степен на изпълнение на поетите ангажименти в стратегическите документи, свързани с развитието на спешната медицинска помощ, |  |
| 3. | Постигнато ли е съответствие между целите, свързани с развитието на спешната медицинска помощ, в приетите стратегически документи? | Наличие на съответствие между целите, свързани с развитието на спешната медицинска помощ, в приетите стратегически документи. |  |
|  | **Трети под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Изпълнението на дейността по оказването на спешната медицинска помощ извършва ли се на основата на разработена и приета стратегия/концепция?** |  |  |
|  | **Под-подвъпроси IV-то ниво:** |  |  |
| 1. | Приета ли е своевременно Национална здравна стратегия за развитието на здравеопазването? | Наличие на приета Национална здравна стратегия за развитие на здравеопазването в средносрочен аспект. |  |
| 2. | В Националната здравна стратегия заложени ли са подходящи цели и индикатори за изпълнението, свързани с дейността по оказване на спешната медицинска помощ? | Адекватност на целите и индикаторите за изпълнение на дейността, свързана с оказване на спешна медицинска помощ. |  |
| 3. | Разработена и приета ли е адекватна концепция за развитието на дейността по спешната медицинска помощ? | Разработена и приета подходяща концепция за развитието на дейността по спешната медицинска помощ.  . |  |
| 4. | Съставени и приети ли са пълни, подробни и адекватни годишни оперативни планове за изпълнение на дейностите по оказване на спешна медицинска помощ в националните здравни стратегии? | Пълнота, детайлност и адекватност на съставените и приети годишни оперативни планове за изпълнение на дейностите по оказване на спешна медицинска помощ. |  |
|  | **Четвърти под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Съставяни ли са подробни ежегодни отчети за изпълнението на стратегията/концепцията на основата на разработена и приета методика за оценка на изпълнението?** | Своевременно съставени годишни отчети за изпълнение на стратегията/концепцията. |  |
|  | **Пети под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Приемани и отчитани ли са годишни цели на Министерството на здравеопазването?** |  |  |
|  | **Под-подвъпроси IV-то ниво:** |  |  |
| 1. | Годишните цели на министерството приемани ли са своевременно? | Своевременно приети годишните цели на Министерството на здравеопазването. |  |
| 2. | Заложени ли са подходящи дейности за постигане на целите? | Адекватност на дейностите за постигане на целите. |  |
| 3. | Определени и отчитани ли са подходящи индикатори за измерване на изпълнението на целите? | Адекватност на определените и отчетени индикатори за измерване на изпълнението на целите. |  |
| 4. | Годишните цели на министерството съответстват ли на стратегическите цели/целите в съответния стратегически документ? | Съответствие между годишните цели на министерството и стратегическите цели/целите в стратегическите документи. |  |

**Област:** „Структура и управление на човешките ресурси за изпълнение на спешната медицинска помощ“

**II-ро ниво – Втори специфичен въпрос:** Осигурени ли са адекватни структури и човешки ресурси за ефективно изпълнение на дейността по спешна помощ?

| **№**  **по ред** | **ВЪПРОС** | **КРИТЕРИЙ/ИЗТОЧНИК** | **ИНДИКАТОРИ** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Въпроси III-то ниво:** |  |  |
| 1. | Броят и разположението на ЦСМП/ФСМП създава ли равнопоставеност на всички населени места по отношение на достъпа до адекватна медицинска помощ при спешни състояния? | Всеки център за спешна медицинска помощ състои ли се от определен брой филиали за спешна медицинска помощ, разкрити съобразно разстоянията, маршрутите и релефа на съответния регион и възможностите за спешно обслужване.[[488]](#footnote-488) | Брой филиали, брой населени места, разстояния до населените места, брой на населението, обслужвано от ЦСМП/ФСМП, релеф на местността. |
| 2. | Ефективен ли е подборът на персонала за комплектоване на необходимите екипи за СМП с кадри с подходящо образование и квалификация? | Образованието и квалификацията на ръководителите на ЦСМП адекватни ли са на изискванията за заемане на длъжността, включително назначени ли са от министъра на здравеопазването след провеждане на конкурс по реда на Кодекса на труда.[[489]](#footnote-489)  За заемане на определена длъжност въведени ли са задължителна минимална степен на завършено образование и професионален опит?[[490]](#footnote-490)  За осигуряване на дейността на Районната координационна централа в ЦСМП планирани и заети ли са длъжности по видове и брой съгласно изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“[[491]](#footnote-491)  Медицинските екипи от ФСМП планирани и заети ли са като количество и вид от в зависимост от броя, състава и гъстотата на населението, разположено на територията на ЦСМП[[492]](#footnote-492)?  Дейността по спешна медицина осъществява ли се от лекари с призната специалност по "Спешна медицина", които притежават съответните теоретични познания, практически опит и умения.[[493]](#footnote-493)? | Вътрешни правила за подбор и назначаване на персонала;  Документи за проведен конкурс за избор на директор на ЦСМП – обява, заповед за комисия, протокол за класиране.  Наличие на правила и процедура за подбор на персонала.  Щатно разписание на длъжностите;  Поименно щатно разписание;  Заети щатни бройки;  Незаети щатни бройки;  Текучество на персонала;  Темпове на изменение на показателите.  Състав и гъстотата на населението;  Брой медицински екипи към определен ЦСМП; Бройки по щат и заети щатни бройки.  Комплектованост на екипите;  Наличие на нормативи за брой на екипите в зависимост от броя, състава и гъстотата на населението, разположено на територията на ЦСМП.  Брой лекари без придобита медицинска специалност;  Брой лекари с придобита медицинска специалност по "Спешна медицина";  Брой лекари с придобита друга медицинска специалност;  Темпове на изменение на показателите. |
| 3. | Създадени ли са достатъчно морални и материални стимули за поощряване и мотивиране служителите от ЦСМП/ФСМП? | Извършено ли е адекватно определяне на работните заплати в ЦСМП?  Извършвани ли са периодични оценки и самооценки на служителите в ЦСМП/ФСМП, въз основа на степента, в която са постигнати изискванията към изпълнението на преките задължения, включително на възложените задачи, ако има такива. |  |

**Област „Материално-тeхническо и финансово осигуряване на дейността по спешна медицинска помощ“**

**II-ро ниво – Трети специфичен въпрос:** Финансовото и материално-техническото и осигуряване съдействат ли за успешното изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ?

| **№**  **по ред** | **ВЪПРОС** | **КРИТЕРИЙ/ИЗТОЧНИК** | **ИНДИКАТОРИ** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Първи под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Финансовото осигуряване съдейства ли за успешното изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ?** |  |  |
|  | **Първи под-подвъпрос IV-то ниво** |  |  |
|  | Разработени ли са реални бюджетни прогнози/бюджет – Програма„ Спешна медицинска помощ“? |  |  |
|  | **Под-подвъпроси V-то ниво:** |  |  |
| 1. | Приети ли са правила/друг документ за съставяне на бюджета и осъществен ли е контрол за тяхното спазване? | Приети правила/други документ от министъра на здравеопазванетио, с който е утвърден механизмът за съставяне на бюджета и осъществяването на контрол |  |
| 2. | Определени ли са отговорни лица, Програмен съвет и приет ли е график за изпълнение на процедурата по изготвяне на бюджетните прогнози/бюджет? | Определени отговорни лица, създаден Програмен съвет, съставен и приет график за изпълнение на процедурата по изготвяне на бюджетните прогнози/бюджет |  |
|  | **Втори Под-подвъпрос IV-то ниво:** |  |  |
|  | Утвърденият бюджет на МЗ и разпределените бюджетни сметки/бюджет отговарят ли на обективните потребности на ЦСМП? |  |  |
|  | **Под-подвъпроси V-то ниво:** |  |  |
| 1. | Средствата по отделните видове дейности/разходи съответстват ли на обективните потребности? | Осигурени средства по отделните видове дейности/разходи в съответствие с обективните потребности. | Целево планиране на средствата, необходими за дейността;  Относителен дял на средствата за СМП спрямо бюджета на МЗ по години. |
| 2. | Има ли критерии за оценка на резултатите и ефективността на разходите? | Наличие на критерии за оценка на резултатите и ефективността на разходите. | Наличие на вътрешен акт, с който да е определен механизмът за извършване на контрол и неговото спазване;  Изпълнение на показателите за основните разходи на ЦСМП. |
|  | **Трети под-подвъпрос IV-то ниво:** |  |  |
|  | Спазен ли е редът за субсидиране на дейността лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение? | Наличие на ред за субсидиране на дейността лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение | Ред за субсидиране на дейността лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ;  Извършени плащания на лечебните заведения. |
|  | **Четвърти под-подвъпрос** **IV-то ниво** |  |  |
|  | Предприемани ли са адекватни действия за осигуряване на допълнителни средства за СМП? | Предприети адекватни действия за осигуряване на допълнителни средства за СМП. | Източници на финансово осигуряване на дейността на СМП по оперативни програми и други източници. |
|  | **Втори под въпрос III-то ниво** |  |  |
|  | **Материално-техническото осигуряване съдейства ли за успешното изпълнение на дейността по предоставяне на спешна медицинска помощ?** |  |  |
|  | **Първи Под-подвъпроси IV-то ниво** |  |  |
|  | Наличният медицински транспорт подходящ ли е за ефективно изпълнение на дейността по СМП? | Наличие на медицински транспорт, подходящ за ефективно изпълнение на дейността по СМП. | Осигуреност на дейността с достатъчно транспортни средства – брой;  Състояние на наличните транспортни средства по години на производство и по пробег на автомобилите в км – брой. |
|  | **Под-подвъпроси V-то ниво** |  |  |
| 1. | Разработени ли са единни критерии и програма за обновяване на автомобилния транспорт и същите спазват ли се? | Разработени единни критерии за обновяване на автомобилния транспорт и контрола за тяхното спазване;  Наличие на програма за обновяване на автомобилния транспорт и нейното спазване. |  |
| 2. | Осигурени ли са средства за обновяване на медицински транспорт ? | Осигурени средства за обновяване на медицински транспорт.  Източник: Добра практика. Стратегически документи. | Размер на осигурените целеви средства за обновяване – хил. лв. |
|  | **Втори Под-подвъпрос IV-то ниво:** |  |  |
|  | Наличното оборудване  на специализираните автомобили спомага ли за ефективното осъществяване на дейността по СМП? | Наличие на адекватно оборудване на специализираните санитарни автомобили за осъществяване на дейността по СМП. | Наличие на изисквания за оборудване и апаратура на автомобилите за СМП  Спазване на изискванията за оборудване по видове апаратура – брой. |
|  | **Под-подвъпроси V-то ниво** |  |  |
| 1. | Осигурени ли са средства за обновяване на оборудването? | Осигурени целеви средства за обновяване на оборудването | Размер на осигурените целеви средства за оборудване по години – хил. лв. |
| 2. | Предприети ли са действия за определяне на единни критерии и програма за обновяване на оборудването? | Разработени/утвърдени единни критерии;  Наличие на програма за обновяване на оборудването. |  |
|  | **Трети под-подвъпрос IV-то ниво:** |  |  |
|  | Осигурени ли са средства за лекарствени продукти и разработени ли са критерии за актуализиране на номенклатурата от лекарствени продукти, и изпълняват ли се? | Осигурени средства за лекарствени продукти. Разработени критерии за актуализиране на номенклатурата от лекарствени продукти и контрол за тяхното изпълнение | Наличие на изисквания за лекарствените продукти и консумативите и тяхното спазване;  Наличие на критерии за актуализиране на номенклатурата от лекарствени продукти и осъществен контрол за тяхното изпълнение. |
|  | **Четвърти под-подвъпрос IV-то ниво:** |  |  |
|  | Осигурен ли е подходящ сграден фонд за осъществяване на дейността на ЦСМП и приети ли са минимални изисквания за сгради, помещения по видове, площ и обзавеждане? | Осигурен подходящ сграден фонд за осъществяване на дейността на ЦСМП;  Приети минимални изисквания за сгради, помещения по видове, площ и обзавеждане. | Брой сгради и помещения, ползвани от ЦСМП;  Вид на собствеността на ползваната сграда и помещения. |

**Област: „Оказване на спешна медицинска помощ“**

**II-ро ниво – Четвърти специфичен въпрос:** Осигурен ли е на пациентите достъп до своевременна и качествена спешна медицинска помощ?

| **№**  **по ред** | **ВЪПРОС** | **КРИТЕРИЙ/ИЗТОЧНИК** | **ИНДИКАТОРИ** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Първи под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Създадени ли са адекватни технически условия за приемане, регистриране, обработка и предаване на постъпилите повиквания и подадената от екипите информация ?** |  |  |
|  | **Под-подвъпроси IV-то ниво:** |  |  |
| 1. | Налице ли е пълна свързаност между информационните системи на спешната медицинска помощ и единния европейски номер 112 чрез на глас и данни? | Наличие на пълна свързаност между информационните системи на спешната медицинска помощ и единния европейски номер 112 чрез на глас и данни. |  |
| 2. | Автоматизирана ли е системата за обработване на повикванията за спешни случаи? | Степен на автоматизация на системата за обработване на повикванията за спешни случаи. |  |
| 3. | Възможно ли е осъществяването на връзка в реално време между лекарите от спешната помощ и дежурните лекари в лечебното заведение към което се насочва пациента? | Осъществяване на връзка в реално време между лекарите от спешната помощ и дежурните лекари в лечебното заведение към което се насочва пациента. |  |
| 4. | Информационно-комуникационната система създава ли възможности за въвеждане на телемедицината в процеса на оказване на спешна медицинска помощ? Предприети ли са конкретни действия за нейното въвеждане? | Наличие на възможности за въвеждане на телемедицината в процеса на оказване на спешна медицинска помощ. |  |
| 5. | Изградена ли е надеждна радиовръзка, която да гарантира резервна комуникация в критични ситуации? | Изградена надеждна радиовръзка, която да гарантира резервна комуникация в критични ситуации. |  |
|  | **Втори под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Осъществява ли се адекватна преценка на естеството и спешността на повикванията?** |  |  |
|  | **Под-подвъпроси IV-то ниво:** |  |  |
| 1. | Има ли приети критерии за определяне на естеството и спешността на повикването? | Наличие на приети критерии за определяне на естеството и спешността на повикването. |  |
| 2. | Създадени ли са изисквания за квалификацията на екипите, съобразно естеството на повикването? | Наличие на изисквания за квалификацията на екипите, съобразно естеството на повикването. |  |
|  | **Трети под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Оказва ли се своевременно медицинската помощ на пациентите в спешно състояние?** |  |  |
|  | **Под-подвъпроси IV-то ниво:** |  |  |
| 1. | Спазват ли се изискванията за своевременност на възлагането на съобщението и отправянето на екипа съм адреса за оказване на спешната медицинска помощ? | Спазени изисквания за своевременност на възлагането на съобщението и отправянето на екипа съм адреса за оказване на спешната медицинска помощ. | Брой случаи, при които възлагането на съобщението и отправянето на екипа съм адреса е извършено със закъснение; среден процент на случаите при които възлагането на съобщението и отправянето на екипа съм адреса е извършено със закъснение – за одитната извадка |
| 2. | Приети ли са критерии за времето на пристигане на спешния екип до адреса за оказване на спешната медицинска помощ? | Наличие на приети критерии за времето на пристигане на спешния екип до адреса за оказване на спешната медицинска помощ. | Брой случаи, при които екипът е пристигнал след повече от 20 мин.; среден процент на случаите при които екипът е пристигнал след повече от 20 мин. – общо и за одитната извадка. |
|  | **Четвърти под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Оказва ли се на пациентите в спешно състояние качествена медицинска помощ?** |  |  |
|  | **Под-подвъпроси IV-то ниво:** |  |  |
| 1. | Утвърдени ли са диагностично-терапевтични алгоритми и протоколи за поведение при различните спешни състояния и правила за добра медицинска практика, свързани с оказването на спешна медицинска помощ? | Разработени и утвърдени диагностично-терапевтични алгоритми и протоколи за поведение при различните спешни състояния и правила за добра медицинска практика, свързани с оказването на спешна медицинска помощ. |  |
| 2. | Изградена ли е и действа ли система за качество и извършвани ли са оценки на качеството на предоставената спешна медицинска помощ? | Изградена и действаща система за качество на предоставената спешна медицинска помощ. |  |
| 3. | Осъществява ли се контрол за адекватното изпълнение на необходимите лечебно-диагностични дейности, въведени с Медицински стандарт „Спешна медицина“? | Осъществен контрол за адекватното изпълнение на необходимите лечебно-диагностични дейности, въведени с Медицински стандарт „Спешна медицина“ | Брой извършени проверки; брой проверки с установени нарушения на качеството на оказаната спешна медицинска помощ. |
| 4. | Подобрени ли са резултатите от дейността за одитирания период? Измервана ли е степента на удовлетвореност на пациентите от оказаната им спешна медицинска помощ? | Степен на изпълнение на показателите за резултатите от дейността. Степен на удовлетвореност на пациентите. | Общ бр. повиквания; Общ бр. изпълнени повиквания; Общ бр. амбулаторни прегледи; Брой извършени реанимации, ЕКГ, хирургически интервенции; Брой починали; Среден разход за едно повикване; Брой проведени проучвания.  Темпове на изменение на показателите. |
| 5. | Осигурена ли е равномерна натовареност на екипите за оказване на спешна медицинска помощ? | Степен на натовареност на екипите за оказване на спешна медицинска помощ. | Средна натовареност на един екип; брой население на един екип.  Темпове на изменение на показателите. |
|  | **Пети под въпрос III-то ниво:** |  |  |
|  | **Осъществява ли се ефективна координация между ЦСМП и другите лечебни заведения при хоспитализация за пациенти със спешни състояния?** |  |  |
|  | **Под-подвъпроси IV-то ниво:** |  |  |
| 1. | Приети ли са правила/процедури/споразумения на национално ниво или на ниво ЦСМП за осъществяване на координация между ЦСМП и другите лечебни заведения при оказване на спешна медицинска помощ? | Приети правила/процедури/споразумения на национално ниво или на ниво ЦСМП за осъществяване на координация между ЦСМП и другите лечебни заведения при оказване на спешна медицинска помощ? |  |
| 2. | Адекватно ли са разделени функциите между екипа на ЦСМП и този на спешното приемно отделение на лечебното заведение, в което е закаран пациента? | Наличие на правила или друг документ, определящ конкретните функции на медицинските специалисти от ЦСМП и от приемащото лечебно заведение. |  |
| 3. | Установени ли са случаи на отказ от хоспитализация на пациенти, транспортирани от екип на ЦСМП до лечебно заведение? | Наличие на случаи на отказ от хоспитализация на пациенти, транспортирани от екип на ЦСМП до лечебно заведение. | Брой случаи на отказ от хоспитализация; Относителен дял на случаите на отказ спрямо броя на хоспитализираните лица. |

**Приложение 2**

Критерии за своевременност, европейски практики

Източник: Проучване на холандската неправителствена организация за спешна помощ Ambulancezorg: <http://tinyurl.com/opeqpza>

|  |  |
| --- | --- |
| Турция | * 90 на сто от повикванията в градовете – до 10 мин. * 90 на сто от повикванията в провинциалните райони – до 30 мин. |
| Австрия | * 95 на сто от всички случаи да се обслужват до 15 мин. |
| Англия | * 75 на сто от повиквания категория А (животозастрашаващи) – до 8 мин. * 95 на сто от повиквания категория Б (неотложни) – до 19 мин |
| Естония | * Обаждания от категория Алфа (неспешни) – до 2 часа * Обаждания от категория Браво (неспешно или неопределено състояние) незабавно, в случай че в момента няма повиквания от следващите две категории. * Обаждания от категория Чарли (потенциално животозастрашаващо състояние) – до 4 мин. * Обаждания от категория Делта (животозастрашаващо състояние) – до 1 мин. |
| Италия | * Обаждания от категория А1 (спешни) до 8 мин. * Обаждания от категория А2 (неотложни) до 20 мин. |
| Литва | * Повиквания за пациент с опасност за живота в градовете – до 10-15 мин   Повиквания за пациент с опасност за живота в провинциалните райони – до 20-25 мин.   * Повиквания за пациент с неспешно състояние в града – до 30 мин. * Повиквания за пациент с неспешно състояние в провинциалните райони – до 45 мин. |
| Холандия | * За пациенти с животозастрашаващи състояния (код А1) – до 15 мин. * За пациенти без животозастрашаващи състояния (код А2) – до 30 мин. |
| Полша | 3 кумулативни критерия:   * Мода на стойностите за всеки един месец – до 8 мин. в градовете и до 15 мин. в малките населени места * 75 на сто от повикванията в градовете – до 12 мин., в малките населени места – до 20 мин. * Най-дълго позволено време за обслужване – не повече от 15 мин. в градовете и 20 мин. в малките населени места |

**Приложение № 3**

**1. Мисия, визия и политики на одитирания обект.**

**1.1.** Мисията и визията за развитието на здравеопазването са приети с програмния формат на бюджета на Министерството на здравеопазването за съответната година. Същите не са променяни за одитирания период.

Мисията е формулирана като „Здравеопазване, отговарящо на здравните потребности на гражданите на Република България и Европейския съюз“.

Визията на министерството за развитите на здравеопазването, произтичаща от така формулираната мисия е „Здрава нация, уверена в своето бъдеще и ползваща достъпни и качествени услуги на здравната система“.[[494]](#footnote-494)

**1.2.** За постигане на мисията и визията за периода от 2010 г. до 2014 г. са формулирани три политики – „Промоция, превенция и контрол на общественото здравеопазване”, „Диагностика и лечение“ и „Лекарствени продукти и медицински изделия”.

Развитието на спешната медицинска помощ се осъществява в рамките на политиката „Диагностика и лечение“.

За изпълнение на всяка от политиките са приети стратегически и оперативни цели. Спешната медицинска помощ се развива в съответствие със стратегическата цел „Осигуряване на достъпна, равнопоставена и качествена медицинска помощ и услуги“.

За периода от 2010 г. до 2013 г. е формулирана оперативна цел „Осигуряване на безотказен достъп на населението до спешна медицинска помощ, като първостепенна грижа и задължение на държавата“.

За 2014 г. стратегическата цел „Осигуряване на достъпна, равнопоставена и качествена медицинска помощ и услуги“ е развита в три подцели – Създаване на съвременна и работеща нормативна база с оглед гарантиране качествена диагностика и лечение; Разработване на актуални стратегии и програми за развитие на здравната система и за осигуряване на средства по Европейските фондове; Гарантиране диагностиката и лечението на приоритетни групи от населението извън обхвата на здравното осигуряване.

Доразвита е и оперативната цел, свързана с развитието на спешната медицинска помощ – Осигуряване на българските граждани и лицата, пребиваващи на територията на Република България на своевременна, достъпна и качествена медицинска помощ при спешни състояния и бедствия, аварии и катастрофи. Като изисквания за предоставената спешна медицинска помощ, към достъпността, залегнала в оперативната цел за периода 2010-2013 г., са прибавени своевременността и качеството на медицинската помощ, които са основни индикатори за нейната ефективност.[[495]](#footnote-495)

**1.3.** Оптимизирането на спешната медицинска помощ за първи път е изведено като приоритет във визията на политиката „Диагностика и лечение“ през 2012 г.

Периодът 2013-2015 г. е обявен за ключов за реализацията на целите на Министерството на здравеопазването по отношение на подобряване на качеството и ефективността на спешната медицинска помощ като приоритет в неговата дейност. Предвидено е това да стане на основата на разработена Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България. Формулирана е самостоятелна визия за системата за спешна медицинска помощ – „поддържане и усъвършенстване на системата за спешна медицинска помощ, която да допринесе за намаляване на смъртността, инвалидността и подобряване на здравния статус на населението, да гарантира сигурност и достоен живот на българските граждани и косвено да допринесе за икономическия растеж на страната“.

Приоритетите за развитието на системата за спешна медицинска помощ са свързани със:

- Осигуряване на необходимите човешки ресурси за функциониране на системата чрез въвеждане на система за непрекъснато обучение и оценка на квалификацията и въвеждане на парамедици в екипите за спешна медицинска помощ.

- Оптимизиране на структурата и организацията на системата за спешна медицинска помощ (пристигне на адреса до 20 минути в 90 на сто от получените повиквания).

- Подобряване на координацията и взаимодействието на спешните екипи с останалите структури на здравната система и системата за спешни повиквания чрез развитие на комуникационно-информационната система, в т.ч. въвеждане на системи за обмен на данни в областта на телемедицината.

- Подобряване на материално-техническата база, обновяване на автомобилния парк, закупуване на съвременна медицинска апаратура.[[496]](#footnote-496)

**Приложение № 4**

**Развитие на спешната медицинска помощ съгласно стратегическите документи, приети на национално ниво.**

**1.** **В** **Програмата на правителството на европейското развитие на България,[[497]](#footnote-497)** в Приоритет „Подобряване на социалната сигурност на българските граждани. Създаване на благоприятна и здравословна среда на живот за гарантиране на личното и общественото здраве“, под-приоритет „Здравна политика“ са предвидени мерки по две от целите,[[498]](#footnote-498) които са свързани с подобряване на спешната медицинска помощ.

**1.1.** По цел **„Гарантиране достъпността на здравните дейности“,** мярка „Преструктуриране на болничната помощ“ е заложено обособяване във всеки от шестте еврорегиона по една високотехнологична болница и съпътстващи многопрофилни болници с капацитет за поемане на политравматизъм и спешни състояния, както и актуализиране на Националната здравна карта на Република България, съобразно капацитета в здравния и социалния сектор, включително на центровете и филиалите за спешна медицинска помощ.

Като предприети действия за изпълнение на мярката са отчетени: изработването и приемането на медицински стандарти за голяма част от специалностите, вкл. и Медицински стандарт „Спешна медицина“;извършенкомплексен анализ на цялата здравна система – общопрактикуващи лекари, специализирана извънболнична помощ, болнична помощ с нейните разновидности и спешна медицинска помощ; разработена и представена за обществено обсъждане Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България, в която е предвидено да се подобри достъпът на населението до своевременна и качествена спешна медицинска помощ. Осигурено е увеличение на трудовите възнаграждения на работещите в ЦСМП с 18 на сто от 01.06.2012 г.[[499]](#footnote-499) Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ в Република България не е приета и мерките, заложени в нея не са реализирани.[[500]](#footnote-500)

**1.2.** По цел **„Утвърждаване авторитета на българските лекари и другите здравни професионалисти“** са приети три мерки – Осъвременяване образованието и квалификацията на медицинския и друг персонал, Развитие на система за професионална квалификация на кадрите с висше образование (лекари и специалисти по здравни грижи) и Изграждане на система за професионална квалификация на кадри със средно образование (парамедици) в спешната медицинска помощ.

За изпълнение на мерките в отчетите на правителството е записано, че е реализиран проект ПУЛСС – Практически увод в лечението на спешните състояния по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,в рамките на който са изготвени анализи и бази данни за подкрепа процеса на обучение на персонала на спешната медицинска помощ; изготвени са протоколи/алгоритми за клинично поведение в спешната медицина; разработена е програма за обучение на лекари, медицински сестри и шофьори, осигуряваща надграждащи знания и умения на персонала на спешната медицинска помощ и е изградена електронна страница за надграждащо обучение по спешна медицина. Също така е приета Наредба № 1 от 08 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно;[[501]](#footnote-501) въведени са нови специалности в системата на здравеопазването, в т.ч. „Спешна медицинска помощ“. От м. декември 2011 г. професията „парамедик“ е включена в Списъка на професиите за професионално образование и обучение.[[502]](#footnote-502),[[503]](#footnote-503)

**2. Националната програма за реформи** е основен стратегически документ на национално ниво.[[504]](#footnote-504) Целите на програмата обхващат областите на различни секторни политики, разработени в изпълнение на Лисабонската стратегия (за периода до 2010 г.) и на Стратегия „Европа 2020“ (след 2010 г.). Програмата е актуализирана всяка година. С решения на Министерския съвет са приемани доклади за напредъка по изпълнението на заложените мерки и действия в нея.

**2.1.** В Националната програма за реформи за 2011 г.и за2012 г.[[505]](#footnote-505) по фактор за икономически растеж „Подобряване ефективността на публичните разходи и осигуряване на преразпределение на публичните разходи към дейности, повишаващи потенциала за растеж на икономиката“, са заложени реформи в здравеопазването. Две от мерките – „Усъвършенстване механизмите на заплащане и изискванията към работата на спешните портали в болниците“ и „Планиране на необходимостта от кадри и тяхната специализация, развиване на системите за квалификация и надграждащо и продължително обучение“ (за кадрите от спешната помощ) – касаят оказването на спешна медицинска помощ. Отчетено е, че е разработен модел за класификация и заплащане на лечебните заведения за болнична помощ за амбулаторни спешни пациенти.[[506]](#footnote-506) В процес на изпълнение е проект ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешните състояния. Обнародвано е изменение и допълнение на Наредба № 34/2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването относно придобиване на специалност от лекарите, работещи в ЦСМП. До края на 2012 г. е предвидено актуализиране на Медицински стандарт „Спешна медицина“. Стандартът е актуализиран със закъснение през 2014 г.,[[507]](#footnote-507) но заложените мерки са отчетени като изпълнени в докладите за напредъка по изпълнението им за съответния период.[[508]](#footnote-508),[[509]](#footnote-509),[[510]](#footnote-510)

**2.2.** Вследствие на специфичните препоръки, отправени към България, от страна на Европейската комисия от юли 2013 г.[[511]](#footnote-511) оптимизирането на системата за спешна медицинска помощ е включено в мерките на Националната програма за реформи за 2014 г.[[512]](#footnote-512)

В тази връзка е изготвена стратегия за развитие на спешната медицинска помощ 2014-2020 г., която е обсъдена с отрасловия съвет за тристранно сътрудничество в сектор здравеопазване. Изработен е план за действие за оборудване и строително-монтажни работи на 34 спешни отделения и стартиране на процедури по обществени поръчки. Планирано е преструктуриране на 209 спешни приемни отделения, 11 спешни болнични комплекса на първо и 16 на второ ниво, създаване на национален спешен болничен комплекс.

Стратегията/концепцията за развитие на спешната медицинска помощ 2014-2020 г. не е приета от Министерския съвет.[[513]](#footnote-513) Прекратени са обявените, в тази връзка, обществени поръчки за доставка на медицинска апаратура, медицинско оборудване и технологично обзавеждане в 35 центъра/филиала/лечебни заведения, както и за избор на изпълнител за доставка на 56 санитарни автомобила.[[514]](#footnote-514),[[515]](#footnote-515)

**3. Националната програма за развитие: България 2020**[[516]](#footnote-516) е водещ стратегически и програмен документ, който конкретизира целите на политиките за развитие на страната до 2020 г. Визията, целите и приоритетите на програмата са дефинирани на базата на изготвен за целта социално-икономически анализ, както и на получените становища в рамките на публичните дискусии на всеки един етап от изработването на документа.

На базата на формулираните визия и цели са идентифицирани осем приоритетни направления, отнасящи се както до формулирането и изпълнението на самостоятелни национални политики, така и до прилагането на общоевропейските политики. Изпълнението на всеки приоритет включва реализацията на набор от многосекторни политики, които са фокусирани върху повишаване на количеството и качеството на факторите на социално- икономически растеж в България.

В приоритет 3 „Подобряване на достъпа и повишаване на качеството на образованието и обучението и качествените характеристики на работната сила“, подприоритет 1.4. Повишаване качеството и ефективността на здравните услуги са идентифицирани две области на въздействие – Иновации за устойчива и ефективна здравна система и Подобряване качеството на здравното обслужване и осигуряване достъп на всеки гражданин до здравна помощ и услуги. Мярка, свързана с първата област на въздействие е Развитие на система за поддържане на квалификацията, продължаващо обучение и оценка на знанията и уменията на медицинските специалисти. За изпълнението на мярката следва да се разработи институционална рамка за квалификация, специализация и продължаващо обучение; въвеждане на форми и методи на учене през целия живот за формиране на знания, умения и компетентности, необходими за развитие на дългосрочните здравни грижи, спешната медицинска помощ и общата медицина.

Във връзка с втората област на въздействие са предвидени мерки за: Закупуване на апаратура за подобряване процеса на обслужване в спешни отделения; Промени в координацията на спешната медицинска помощ, както и Подпомагане на инфраструктурата на спешнатамедицинска помощ.

За изпълнението на Националната програма за развитие: България 2020 са приети Тригодишен план за действие в периода 2014-2016 г.[[517]](#footnote-517) и Тригодишен план за действие за изпълнението на Националната програма за развитие: България 2020 в периода 2015-2017 г.[[518]](#footnote-518) Липсва публично достъпна информация за съставени отчети за изпълнение на плановете за действие.[[519]](#footnote-519)

**4. Споразумението за партньорство[[520]](#footnote-520)** е документ, който определя целите и приоритетите на Република България при използването на средствата от Европейските структурни и инвестиционни фондове за програмния период 2014-2020 г., като очертава основните инвестиционни сфери и дейностите за постигане на устойчив, приобщаващ и интелигентен растеж. Споразумението за партньорство е ясен план за инвестиции и реформи, които следва да допринесат за устойчив икономически растеж и повишаване качеството на живот на българските граждани. Дейностите, предвидени в него, са основата за ефективното и качествено използване на Европейските структурни и инвестиционни фондове.

Документът е одобрен от Европейската комисия на 07.08.2014 г.[[521]](#footnote-521)

В рамките на под-приоритет Здравеопазване в споразумението е поставен фокус върху системата на здравеопазването, в контекста на подобряване на здравето, равен достъп до здравни услуги, подобряване ефективността на здравната система и прилагане на Директива 2011/24/EU.

За преодоляването на проблемите в сектора се предвижда да бъдат извършени ключови промени и бъдат подкрепени инвестиции в здравна инфраструктура с цел подобряване на условията за адекватна спешна медицинска помощ и продължително лечение, в съответствие с Националната здравна стратегия до 2020 г., Плана за действие към нея и Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ. Също така се предвижда да се подобри качеството на услугите чрез инвестиции в човешкия капитал – финансиране на обучения за придобиване на специалност и за продължаващото обучение на специалистите в тази област. Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ е приета с решение на Министерския съвет.[[522]](#footnote-522),[[523]](#footnote-523)

**5.** В изпълнение на правилата, залегнали в Пакта за стабилност и растеж, държавите-членки извън еврозоната изготвят конвергентни програми, а държавите-членки от еврозоната – програми за стабилност. **Конвергентната програма на Република България 2014-2017 г.[[524]](#footnote-524)** е стратегически документ, представящ основните елементи на националната фискална политика в средносрочен план. Програмата се изготвя ежегодно от Министерството на финансите и се представя за оценка на Европейската комисия най-късно до края на месец април, съгласно графика на т. нар. „Европейски семестър“ - инициатива за засилена координация на икономическите политики в ЕС. Конвергентната програма на Република България (2014-2017 г.) очертава основните политики за поддържане на икономическата и финансовата стабилност на страната с цел създаване на условия за икономически растеж.

Актуализираният бюджетен план за 2014 г. предвижда провеждането на реформи в здравния сектор като приоритет в програмата за 2014 г. Планирано е извършване на реформа вспешната медицинска помощ, свързана с подобряване на структурата на системата, подмяна на оборудването и увеличаване заплащането на персонала.

Не е налична публично достъпна информация за изпълнението на програмата за 2014 г.[[525]](#footnote-525)

**6.** Стратегическите документи на национално ниво следва да са взаимно свързани. Те отразяват стратегическата визия за развитие на отделните сектори в различни аспекти. В България съществува силно фрагментиране в областта на стратегическото планиране и голям брой стратегически документи. Създадени са около 550 стратегически документа, от които 210 на национално ниво.[[526]](#footnote-526) В тези документи, както и в Националната здравна стратегия, която е водещ документ за развитието на здравеопазването, обичайно не е предвидено да се извършва допълнителна периодична оценка на взаимното им съответствие, поради което не се съставят отчети за тяхното съответствие с Националната здравна стратегия.

През 2009 г. с Решение на Министерския съвет е приета Информационна система за отчитане изпълнението на Програмата на правителството и годишните цели на администрациите.[[527]](#footnote-527) Системата не е реално въведена в практиката. За да се постигнат целите в областта на мониторинга и оценката е необходимо въвеждането на централно одобрени практики и инструменти за мониторинг и оценка на дейността на звената в администрацията.[[528]](#footnote-528)

Министерството на здравеопазването периодично изготвя отчети за изпълнението на мерките, за които съвместно или самостоятелно е отговорно. Тези отчети са елемент на общия отчет на страната по изпълнението на стратегическия документ, който се приема от Министерски съвет. От 2014 г. министерството предвижда да се отчита периодично постигането на съответствие между условията в Споразумението за партньорство и заложените мерки в Националната здравна стратегия.

Процедурата по установяване на съответствие не е формализирана във вътрешен акт на министерството. На практика същата включва: създаване на работна група със заповед на министъра на здравеопазването; представяне на резултата от дейността на работната група; съгласувателна процедура с дирекциите в министерството; приемане от ръководството на министерството; съгласуване с други ведомства и внасяне в Министерски съвет; Решение на Министерски съвет за внасяне в Народното събрание.

Приемането на множество стратегически документи на различни нормативни основания изисква създаването на формална процедура за наблюдение на съответствието на целите, заложени във всеки от тях, както и за периодична отчетност на основата на стандартизирани процедури и документация.[[529]](#footnote-529)

Не е осъществен ефективен контрол при съставянето и приемането на докладите за напредъка/отчетите за съответния период, поради което част от мерките, записани в стратегическите документи са отчетени като изпълнени, но фактически не са изпълнени.

Не е създадена формална процедура за наблюдение на съответствието между целите, заложени в различните стратегически документи, включващи повече от една секторна политика, както и за съставяне на отчети по предварително зададени критерии и показатели.

**ОПИС**

**НА ОДИТНИТЕ ДОКАЗАТЕЛСТВА КЪМ ОДИТЕН ДОКЛАД № 0800100214**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№[[530]](#footnote-530)** | **Одитни доказателства[[531]](#footnote-531)** | **Брой листа[[532]](#footnote-532)** |
| 1. | РД-И-18/29.01.2015 г. – Обвързаност между мисията, визията и политиката на МЗ. | 3 |
| 2. | Диск – Програмен формат на проекта на Бюджет на Министерството на зравеопазването за 2010 г. и прогноза за 2011 г. и 2012 г.; Програмен формат на бюджетна прогноза за периода 2011–2013 г. и на проекта на Бюджет на Министерството на здравеопазването за 2011 г.; Програмен формат на проектобюджета на Министерството на здравеопазването за 2012 г. и актуализирани разчети за 2013 г. и 2014 г.; Програмен формат на бюджетната прогноза на Министерството на здравеопазването за периода 2013-2015 г.; Програмен формат на бюджетната прогноза на Министерството на здравеопазването за периода 2014-2016 г. | 1  диск |
| 3. | РД-И-19/02.02.2015 г. – Проучване и анализ на поетите ангажименти, свързани с развитието на спешната медицинска помощ, в стратегически документи на национално ниво. | 18 |
| 4. | Отговори на въпроси от Министерството на здравеопазването – писмо № 92-С-24/05.02.2015 г. | 40 |
| 5. | Диск – стратегически документи и отчети на Министерството на здравеопазването. | диск |
| 6. | Решение № 629/06.10.2008 г. на Министерския съвет за одобряване на Националната здравна стратегия 2008-2013 г. | 1 |
| 7. | РД-И-22/05.02.2015 г. – Проучване и анализ на изпълнението на Националната здравна стратегия 2008-2013 г. и Националната здравна стратегия 2014-2020 г., в частта за спешната медицинска помощ. | 19 |
| 8. | Заповед № РД 09-117/25.02.2010 г. на министъра на здравеопазването. | 1 |
| 9. | Доклад на работна група със задача анализ на изпълнението на Националната здравна стратегия 2008-2013 г. и плана за действие към нея. | 24 |
| 10. | РД-И-25/12.02.2015 г. – Проучване и анализ на концепциите за развитие на спешната медицинска помощ и тяхното изпълнение за одитирания период. | 12 |
| 11. | Протокол-решение № 20 от заседание на ръководството на МЗ за приемане на концепцията за спешната медицинска помощ; Докладна записка изх. № 75-21-118/02.05.2011 г. от директора на Дирекция „Медицински дейности“. | 19 |
| 12. | Заповед № РД 09-131/07.08.2013 г., допълнена със Заповед № РД-09-136/16.08.2013 г. | 3 |
| 13. | Доклад относно дейността на работната група по изготвянето на стратегията за развитие на спешната медицинска помощ в България, вх. № РД-09-131/11.10.2013 г. | 5 |
| 14. | Писмо изх. № 74-00-43/30.07.2014 г. | 2 |
| 15. | Писмо № 02 07-41/04.08.2014 г. на Администрацията на Министерския съвет. | 2 |
| 16. | Решение № РД-11-437/05.08.2014 г., Решение № РД-11-454/29.08.2014 г. | 12 |
| 17. | Решение № РД-11-411/05.08.2014 г., Решение № РД-11-445/21.08.2014 г. | 9 |
| 18. | Писмо вх. № 33-19-55/25.11.2014 г. – становище на проф. Ст. Миланов, национален консултант по спешна медицина. | 2 |
| 19. | Писмо вх. № 15-00-166/26.11.2014 г. | 5 |
| 20. | РД-И-26/17.02.2015 г. – Изпълнение на целите на обекта на одит. | 28 |
| 21. | Писма, с които са изпратени отчетите на Министерството на здравеопазването до Министерския съвет. | 8 |
| 22 | Заповед № РД 28-34/28.02.2012 г. и Методология за реда на съгласуване на структурата и длъжностните разписания на второстепенните разпоредители с бюджетни кредити към министъра на здравеопазването. | 14 |
| 23 | Писмо № 92-С-7/12.03.2015 г. от МЗ и Заповед РД-02-16/24.01.2015 г. | 5 |
| 24 | РД-И-14/19.01.2015 г.; РД-И-70/29.04.2015 г.; РД-И-71/29.04.2015 г.; РД-И-72/29.04.2015 г.; РД-И-73/29.04.2015 г.; РД-И-74/29.04.2015 г.; Справка № 8 населени места по ЦСМП. | 64 |
| 25 | Писмо рег. № 92-С-7/05.03.2015 г. от МЗ с приложения 2 бр. справки за директорите и атестациите им. | 4 |
| 26 | Заповед № РД 15 222 от 25.01.2010 г. | 1 |
| 27 | Вътрешни правила за подбор на персонала в ЦСМП Благоевград, Добрич, Кюстендил, София-град. | 9  диск |
| 28 | Вътрешни правила за подбор на персонала в ЦСМП Софийска област. | 12 |
| 29 | Съгласувателни писма на МЗ. | 75 |
| 30 | Писмо № 92-С-26/19.05.15 г. от МЗ относно неодобрените щатни разписания. | 2 |
| 31 | Съгласувателни писма на МЗ за ЦСМП София-град. | 17 |
| 32 | Поименни щатни разписания на ЦСМП – Пловдив и Варна | 20 |
| 33 | РД-И-66 - РКЦ. | 1 |
| 34 | Допълнителна справка за състава на РКЦ и стационарните екипи – Благоевград. | 7 |
| 35 | Допълнителна справка за състава на РКЦ и стационалните екипи – Добрич. | 10 |
| 36 | Допълнителна справка за състава на РКЦ и стационарните екипи – Кюстендил. | 16 |
| 37 | Допълнителна справка за състава на РКЦ и стационарните екипи – Пловдив. | 20 |
| 38 | Допълнителна справка за състава на РКЦ и стационарните екипи – София-град. | 2 |
| 39 | Допълнителна справка за състава на РКЦ и стационалните екипи – Софийска област. | 16 |
| 40 | Допълнителна справка за състава на РКЦ и стационалните екипи – Варна. | 12 |
| 41 | № РД-И-75 за определяне броя на екипите в зависимост от гъстотата на населението, броя на жителите и обслужваната територия. | 1 |
| 42 | Справка № 6 за броя и вида на екипите ЦСМП – Благоевград. | 15 |
| 43 | Справка № 1 за числеността на персонала в ЦСМП Благоевград | 2 |
| 44 | РД-И-83 за относителния дял на текучеството в ЦСМП Благоевград. | 6 |
| 45 | Справка № 1 за числеността на персонала ЦСМП-Добрич. | 1 |
| 46 | РД-И 84 за относителния дял на текучеството в ЦСМП- Добрич | 5 |
| 47 | Справка № 1 за числеността на персонала ЦСМП-Кюстендил. | 3 |
| 48 | Справка № 6 за броя и вида на екипите ЦСМП-Кюстендил и писмо № 569/20.05.2015 г. за корекция на броя екипи. | 11 |
| 49 | РД-И-85 за относителния дял на текучеството в ЦСМП-Кюстендил. | 5 |
| 50 | Справка № 1 за числеността на персонала ЦСМП-Пловдив. | 2 |
| 51 | РД-И 86 за относителния дял на текучеството в ЦСМП-Пловдив. | 7 |
| 52 | Справка № 6 за броя и вида на екипите в ЦСМП София-град. | 6 |
| 53 | Справка № 1 за числеността на персонала в ЦСМП София-град. | 1 |
| 54 | РД-И-87 за относителния дял на текучеството в ЦСМП София-град. | 4 |
| 55 | Справка № 1 за числеността на персонала в ЦСМП Софийска област. | 2 |
| 56 | РД-И-88 за относителния дял на текучеството в ЦСМП Софийска област. | 7 |
| 57 | Справка № 1 за числеността на персонала в ЦСМП-Варна. | 2 |
| 58 | РД-И-89 за относителния дял на текучеството в ЦСМП-Варна. | 6 |
| 59 | Справка 4 за специализацията на медицинския персонал в ЦСМП-Благоевград. | 2 |
| 60 | РД-И-76 за установяване на относителния дял на лекарите с/без специалност в ЦСМП-Благоевград. | 2 |
| 61 | Справка 4 за специализацията на медицинския персонал в ЦСМП-Добрич. | 2 |
| 62 | РД-И-77 за установяване на относителния дял на лекарите с/без специалност в ЦСМП-Добрич. | 2 |
| 63 | Справка 4 за специализацията на медицинския персонал в ЦСМП-Кюстендил. | 2 |
| 64 | РД-И-78 за установяване на относителния дял на лекарите с/без специалност в ЦСМП-Кюстендил. | 2 |
| 65 | Справка 4 за специализацията на медицинския персонал в ЦСМП-Пловдив. | 2 |
| 66 | РД-И-79 за установяване на относителния дял на лекарите с/без специалност в ЦСМП-Пловдив. | 2 |
| 67 | Справка 4 за специализацията на медицинския персонал в ЦСМП София-град. | 2 |
| 68 | РД-И-80 за установяване на относителния дял на лекарите с/без специалност в ЦСМП София-град. | 2 |
| 69 | Справка 4 за специализацията на медицинския персонал в ЦСМП Софийска област. | 4 |
| 70 | РД-И-81 за установяване на относителния дял на лекарите с/без специалност в ЦСМП Софийска област. | 2 |
| 71 | Справка 4 за специализацията на медицинския персонал в ЦСМП-Варна. | 3 |
| 72 | РД-И-82 за установяване на относителния дял на лекарите с/без специалност в ЦСМП София и Варна | 2 |
| 73 | Вътрешни правила за работна заплата – Благоевград | диск |
| 74 | Вътрешни правила за работна заплата и Методика за определяне на допълнителните възнаграждения в ЦСМП-Кюстендил. | 38 |
| 75 | Вътрешни правила за определяне на работна заплата”, част от „Правилник за устройство, дейността и вътрешния ред на ЦСМП – Пловдив” и „Правила за разпределяне на допълнителни възнаграждения”. | диск |
| 76 | Вътрешни правила за работната заплата, с определяне на индивидуалните работни заплати и Методика за определяне на реда и условията за разпределение на средствата за допълнителни възнаграждения за постигнати резултати от труда на работниците и служителите на ЦСМП – София-град. | 17 |
| 77 | „Вътрешни правила за работната заплата” и „Методика за определяне на размера и индивидуалното разпределение на средствата за допълнителни възнаграждения“ на ЦСМП – Софийска област. | 20 |
| 78 | Правила за определяне на работната заплата и Методика за определяне на индивидуалните допълнителни възнаграждения на служителите на ЦСМП-Добрич от средствата на остатъчния фонд. | 9 |
| 79 | Вътрешни правила за работната заплата ЦСМП-Варна. | 10 |
| 80 | Справка № 9 за началните заплати в ЦСМП – Благоевград, Добрич, Кюстендил, Пловдив, София-град, Софийска област и Варна. | 74 |
| 81 | PД-И-47 и Справка 5 за работните заплати от ЦСМП. | 15 |
| 82 | Заповеди и доклади за оценка от 2012 г. в ЦСМП-Благоевград. | 37 |
| 83 | Писмо № 16-00-107/2011 г. на МЗ за съгласуване на ДМС. | 1 |
| 84 | Писмо 92-М-71/27.07.2012 г. на МЗ за разрешаване на ДМС | 1 |
| 85 | Благодарствено писмо ЦСМП-Благоевград. | 1 |
| 86 | План – програми за провеждане на колегиуми 2010-2014 година ЦСМП-Благоевград. | 10 |
| 87 | Програмата за провеждане на колегиуми в ЦСМП-Кюстендил. | 7 |
| 88 | Протрами за обуч 2012 -2014 г.- ЦСМП-Пловдив. | 9 |
| 89 | План-програми – ЦСМП-София-град. | 5 |
| 90 | Програми за обучения - ЦСМП-София и Софийска област. | 11 |
| 91 | Протоколи за проведени обучения. | 15 |
| 92 | Правилник за първоначално обучение на новопостъпили в ЦСМП-Пловдив. | 6 |
| 93 | Справка за обучени лекари в МБАЛ „Света Анна“. | 2 |
| 94 | Приложени заповеди на директора на ЦСМП Софийска област. | 5 |
| 95 | Справка № 9 за планираните и проведените обучения. | 60 |
| 96 | Отговори на въпроси от МЗ № 92-С-24/02.02.2015 г. | 3 |
| 97 | Вътрешни правила за съставяне на бюджетния процес – 2 бр. и Заповед за утвърждаване на вътрешни правила за съставяне на бюджетния процес. | 30 |
| 98 | Заповед № РД 28-90/09.05.2012 за създаване на програмен съвет. | 1 |
| 99 | Писма до дирекциите в МЗ за програмния бюджет. | 7 |
| 100 | Стандартна оперативна процедура. | 4 |
| 101 | Писма до директорите на ЦСМП за съставяне на бюджетна прогноза/бюджет: 2010 г. – 11 бр.  2011 г. - 9 бр.  2012 г. - 5 бр.  2013 г. - 4 бр.  2014 г. - 1 бр. | 64 |
| 102 | Писма от ЦСМП за съставени бюджетни прогнози/бюджет  2010 г. - 6 бр.  2011 г. - 3 бр.  2012 г. - 4 бр.  2013 г. - 21 бр.  2014 г. - 2 бр. | 101 |
| 103 | Писмо № 75-21-105/06.06.2013 г. на дирекция „Медицински дейности“. | 4 |
| 104 | Писмо № 91-00-44 за утвърждаване на бюджетна сметка. | 2 |
| 105 | Писмо № 92-С-26/10.12.2014 г. до ЦСМП в Благоевград, Добрич, Кюстендил, Пловдив, София-град, София-област и Варна и отговори от Кюстендил № 77/21.01.2015 г., Благоевград № 92-Ф-19/15.01.2015 г., Пловдив № 74/15.01.2015 г., Варна № 92-С-26/16.01.2015 г., Добрич № 22/15.01.2015 г., София-град № 283/15.01.2015 г. и София-област № 3507/13.01.2015 г. | 190 |
| 106 | Планове за действие за периода 2014-2016 г. за изпълнението на развитието на Стратегия за управление на риска, План за изпълнение на развитието на Системите за финансово управление и контрол за периода 2014-2016 г., План за осъществяване на системно наблюдение и анализ на информацията по Закона за финансовото управление и контрол в публичния сектор за периода 2014-2016 г. на ЦСМП-Благоевград. | 26 |
| 107 | РД-И-40/24.03.2015 г. съгласувани справки с МЗ. | 44 |
| 108 | Заповеди 5 бр. за утвърждаване на Методиката за субсидиране на ЛЗ. | 7 |
| 109 | Справка за сключените договори и изплатените суми на ЛЗ. | 4 |
| 110 | Доклад № 92-С-17/27.08.2014 г. от дирекция „Международни проекти и специализирани донорски програми“. | 3 |
| 111 | Работен документ РД-И-43/30.03.2015 г. за обобщаване на справки от ЦСМП. | 16 |
| 112 | Справки на ЦСМП за наличните транспортни средства и оборудване с апаратура . | 21 |
| 113 | Правила/процедури за доставка, отпускане, и отчитане на медикаменти и консумативи на ЦСМП. | 29 |
| 114 | Справки за сградния фонд на ЦСМП – 7 бр. | 21 |
| 115 | Отговор на МЗ с Писмо № 92-С-24/13.01.2015 г. с приложния. | 17 |
| 116 | РД-И-29/27.02.2015 г. – обобщаване на отговорите на въпроси 1 - 3, дадени от 7-те ЦСМП от одитната извадка и отговорите на МЗ – въпрос 1, 2 и 3.1 от раздел IV на въпросника до Министерството на здравеопазването. | 18 |
| 117 | Документи, предоставени от ЦСМП в подкрепа на отговорите по РД-И-29/27.02.2015 г. | 75 |
| 118 | Отговори на въпроси – писмо № 92-С-24/23.03.2015 г. с приложения. | 7 |
| 119 | Решение № 367/03.06.2010 г. за пренасочване на спешните повиквания към тел. 112, Протокол № 21.24 от 03.06.2010 г. | 2 |
| 120 | Заповед № РД-02-163/19.09.2014 г. и Писмо № 04-04-156/24.09.2014 г. на Министерството на здравеопазването. | 4 |
| 121 | Писмо № 04-00-92/13.01.2015 г. на МЗ, писмо № УРИ 105300-1315/15.12.2014 г., проект на Класификатор на спешните повиквания. | 12 |
| 122 | РД-И-16./22.01.2015 г. – обобщаване отговорите на въпросите от въпросника до лечебните заведения. | 25 |
| 123 | Отговори на въпроси от 12 лечебни заведения от одитната извадка. | 97 |
| 124 | РД-И-41/25.03.2015 г. – обобщение отговори на въпрос 4 до ЦСМП. | 3 |
| 125 | Приложения към отговорите на въпрос 4 – ЦСМП. | 3 |
| 126 | Споразумение между МВР и МЗ за сътрудничество по изграждане и използване на клетъчна радио-комуникационна система на МВР по ТЕТРА стандарт. | 7 |
| 127 | РД-И-42./26.03.2015 г. – обобщение отговори на въпроси ЦСМП. | 14 |
| 128 | Приложения към отговорите на въпросите на ЦСМП. | 29 |
| 129 | Писмо № 74-03-247/15.11.2011 г., Доклад проблеми – ЦСМП-Благоевград; Справка за съответствие критериите за спешност. | 10 |
| 130 | РД-И-24/06.02.2015 г. – обобщение отчетни данни ЦСМП. | 24 |
| 131 | РД-И-36/19.03.2015 г. – Спомагателни таблици – забавени повиквания. | 22 |
| 132 | РД-И-44/01.04.2015 г. – Извадка – фишове за оказване на спешна медицинска помощ и фишове. | 3888 |
| 133 | РД-И-57/28.04.2015 г. Обобщение анкети с пациенти . | 28 |
| 134 | РД-И-50/14.04.2015 г. – обобщаване въпрос № 9 към ЦСМП. | 8 |
| 135 | Правила за добра медицинска практика. | 7 |
| 136 | Писмо изх. № 157/21.04.2015 г. на БЛС. | 4 |
| 137 | Отговори на ЦСМП, свързани с акредитацията на Лечебните заведения. | 11 |
| 138 | Проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения – параграф 46. | 3 |
| 139 | РД-И-32/09.03.2015 г. – обобщаване въпрос № 10 към ЦСМП | 8 |
| 140 | Отговори на въпроси от ИАМО по писмо изх. № МО02-77-1/15.09.2014 г. | 5 |
| 141 | РД-И-48/06.04.2015 г. – Обобщаване на резултатите от проверките на Изпълнителната агенция „Медицински одит“ в ЦСМП. | 46 |
| 142 | Доклади с проверки на ЦСМП от ИАМО. | 347  диск |
| 143 | РД-И-51/16.04.2015 г. – Обобщаване отговорите на въпрос № 11 и № 12 от въпросника до ЦСМП. | 13 |
| 144 | Приложения – осъществяване на контрол от ЦСМП – Благоевгррад, София-град, Добрич. | 183 |
| 145 | РД-И-52/20.04.2015 г. – Обобщаване отговорите на въпрос № 13 от въпросника до ЦСМП. | 6 |
| 146 | Приложения ЦСМП към в. 13 – ЦСМП – Варна, Благоевград, София-град. | 149 |
| 147 | РД-И-54/24.04.2015 г. – Спомагателни таблици – брой повиквания. | 7 |
| 148 | РД-И-56/28.04.2015 г. Спомагателни таблици – средна натовареност, среден разход. | 9 |
| 149 | Устройствени правилници – лечебни заведения. | 42 |
| 150 | Приложения – вътрешни правила/инструкции до директорите на ЦСМП. | 14 |
| 151 | Указания на РЗИ до лечебните заведения. | 35 |
| 152 | Правила за координация МБАЛ „Пловдив“ АД. | 2 |
| 153 | Заповед на СРЗИ за обявяване на свободни легла. | 3 |
| 154 | Приложения ЦСМП – вътрешни правила за работа в екипите – Пловдив, длъжностни характеристики – Врана, София-град. | 12  диск |
| 155 | Писма на ЦСМП-София до лечебните заведения във връзка с координация на действието. | 12 |
| 156 | Приложения ЦСМП София-град – рапорти и писма и заповед на д-р Б. Нанев. | 39 |
| 157 | Писма, заповеди, указания на МЗ за координация. | 39 |
| 158 | Заповеди на директорите на ЦСМП. | 13 |

1. чл. 19, ал. 3 от Закона за лечебните заведения, Обн. ДВ. бр.62 от 09.07.1999 г. доп. ДВ. бр.47/ 06.06.2014 г. [↑](#footnote-ref-1)
2. чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, Обн. ДВ. бр.62/09.07.1999 г. доп. ДВ. бр.47/06.06.2014 г. [↑](#footnote-ref-2)
3. чл. 35 от Закона за лечебните заведения, Обн. ДВ. бр.62/09.06.1999 г. доп. ДВ. бр.47/06.06.2014 г. [↑](#footnote-ref-3)
4. чл. 2 от Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, обн., ДВ, бр. 98/12.11.1999 г., посл. изм. и доп., бр. 13/11.02.2011 г. [↑](#footnote-ref-4)
5. чл. 24 от Закона за лечебните заведения, Обн. ДВ. бр.62/09.06.1999 г. доп. ДВ. бр.47/06.06.2014 г. [↑](#footnote-ref-5)
6. чл. 29 от Закона за лечебните заведения, Обн. ДВ. бр.62/09.06.1999 г. доп. ДВ. бр.47/06.06.2014 г. [↑](#footnote-ref-6)
7. чл. 32 от Закона за лечебните заведения, Обн. ДВ. бр.62/09.06.1999 г. доп. ДВ. бр.47/06.06.2014 г. [↑](#footnote-ref-7)
8. Приложение № 1 – специфични въпроси и подвъпроси на одита, критерии и показатели за оценка [↑](#footnote-ref-8)
9. Приложение № 1 – специфични въпроси и подвъпроси на одита, критерии и показатели за оценка [↑](#footnote-ref-9)
10. Концептуална рамка на подхода на програмно и ориентирано към резултатите бюджетиране - Годишен наръчник за министерствата, въвеждащи програмния и ориентиран към резултатите подход на бюджетиране. [↑](#footnote-ref-10)
11. Приложение № 3 [↑](#footnote-ref-11)
12. Приложение № 3 [↑](#footnote-ref-12)
13. Препоръка № 1.1. [↑](#footnote-ref-13)
14. чл. 3 от Закона за здравето – обн. ДВ, бр. 70/10.08.2004 г., посл. изм. ДВ, бр. 1/03.01.2014 г. [↑](#footnote-ref-14)
15. Одитно доказателство № 6 [↑](#footnote-ref-15)
16. Решение за приемане на Националната здравна стратегия 2008-2013 г. и План за действие към нея, издадено от Народното събрание - ДВ, бр. 107/16.12.2008 г. [↑](#footnote-ref-16)
17. Одитни доказателства №№ 4, 5 и 7 [↑](#footnote-ref-17)
18. http://www.strategy.bg/Publications/View.aspx?lang=bg-BG&categoryId=&Id=90&y=&m=&d= [↑](#footnote-ref-18)
19. Одитни доказателства №№ 4, 5 и 7 [↑](#footnote-ref-19)
20. чл. 5, ал. 2 от Закона за здравето [↑](#footnote-ref-20)
21. Национална здравна стратегия 2008-2013 г. – мониторинг и оценка. [↑](#footnote-ref-21)
22. Одитни доказателства №№ 4, 7 и 9 [↑](#footnote-ref-22)
23. Препоръка № 1.1. [↑](#footnote-ref-23)
24. Одитно доказателство № 8 - Заповед № РД 09-117/25.02.2010 г. на министъра на здравеопазването [↑](#footnote-ref-24)
25. Внесен в Народното събрание на 07.10.2010 г. - <http://www.parliament.bg/bg/plenaryst/ns/7/ID/765> [↑](#footnote-ref-25)
26. Внесен в Народното събрание на 13.12.2012 г. - http://www.parliament.bg/bg/plenaryst/ns/7/ID/3024 [↑](#footnote-ref-26)
27. Внесен в Народното събрание м. 12.2013 г. - http://www.parliament.bg/bg/plenaryst/ns/50/ID/3961 [↑](#footnote-ref-27)
28. Одитно доказателство № 5 и № 9 [↑](#footnote-ref-28)
29. Одитни доказателства №№ 4, 7 и 9 [↑](#footnote-ref-29)
30. Одитни доказателства №№ 4, 7 и 9 [↑](#footnote-ref-30)
31. Одитни доказателства №№ 4, 7 и 9 [↑](#footnote-ref-31)
32. Одитни доказателства №№ 4, 7 и 9 [↑](#footnote-ref-32)
33. № 52 от 21.12.2013 г. [↑](#footnote-ref-33)
34. <http://pris.government.bg/prin/document_view.aspx?DocumentID=gAGRwlEor6lMYP36xJwQew>== [↑](#footnote-ref-34)
35. http://pris.government.bg/prin/document\_view.aspx?DocumentID=8e188to3cr9g1lWrbR733A== [↑](#footnote-ref-35)
36. <http://www.parliament.bg/pub/cW/20140430100945Doklad_NZS_2014-2020_Final.doc> - доклад на Комисията по здравеопазване [↑](#footnote-ref-36)
37. Одитно доказателство № 7 и № 5 [↑](#footnote-ref-37)
38. Одитно доказателство № 5 и № 7 [↑](#footnote-ref-38)
39. чл. 3 от Закона за здравето; Споразумение за партньорство. [↑](#footnote-ref-39)
40. Одитни доказателства №№ 4,5, и 10 [↑](#footnote-ref-40)
41. Одитни доказателства №№ 4,5, и 10 [↑](#footnote-ref-41)
42. № 20 от 03.05.2011 г. [↑](#footnote-ref-42)
43. Одитно доказателство № 11 [↑](#footnote-ref-43)
44. чл. 26. (Отм., нов - ДВ, бр. 46 от 2007 г., в сила от 01.01.2008 г.) [↑](#footnote-ref-44)
45. Одитни доказателства №№ 4,5, и 10 [↑](#footnote-ref-45)
46. Одитно доказателство № 12 [↑](#footnote-ref-46)
47. Одитно доказателство № 13 [↑](#footnote-ref-47)
48. Одитни доказателства №№ 4,5, и 10 [↑](#footnote-ref-48)
49. Одитни доказателства №№ 4,5, и 10 [↑](#footnote-ref-49)
50. Одитно доказателство № 14 [↑](#footnote-ref-50)
51. чл. 7, ал. 3 от Устройствения правилник на Министерския съвет и неговата администрация - приет ДВ. бр.78 от 2.10.2009 г., посл. изм. ДВ. бр.5 от 20.01.2015 г. [↑](#footnote-ref-51)
52. Одитно доказателство № 14 [↑](#footnote-ref-52)
53. № РД-11-437/05.08.2014 г. [↑](#footnote-ref-53)
54. ПМС № 19/07.02.2014 г. за одобряване на средства от резерва по чл. 1, ал. 2, раздел II, т. 4.1.2. от Закона за държавния бюджет на Република за 2014 г. [↑](#footnote-ref-54)
55. Решение № РД-11-411/05.08.2014 г. [↑](#footnote-ref-55)
56. Одитно доказателство № 16 [↑](#footnote-ref-56)
57. Одитно доказателство № 17 [↑](#footnote-ref-57)
58. Одитно доказателство № 18 [↑](#footnote-ref-58)
59. Одитно доказателство № 19 [↑](#footnote-ref-59)
60. Решение № 789 на Министерския съвет от 28.11.2014 г. - http://pris.government.bg/prin/document\_view.aspx?DocumentID=U4jNbfM9LiQAI5ycYZb3mg== [↑](#footnote-ref-60)
61. чл. 33а от Закона за администрацията [↑](#footnote-ref-61)
62. Методология за стратегическо планиране на Съвета за административна реформа [↑](#footnote-ref-62)
63. Виж Цели на Министерството на здравеопазването за 2010 г. [↑](#footnote-ref-63)
64. Препоръка № 2 [↑](#footnote-ref-64)
65. Одитни доказателства № № 4, 5 и 20 [↑](#footnote-ref-65)
66. Одитно доказателство № 20 [↑](#footnote-ref-66)
67. Одитно доказателство № 21 [↑](#footnote-ref-67)
68. Одитни доказателства № № 4, 5 и 20 [↑](#footnote-ref-68)
69. Препоръка № 1.2 [↑](#footnote-ref-69)
70. чл. 29 от Закона за лечебните заведения [↑](#footnote-ref-70)
71. чл. 5 от Правилник за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, обн. ДВ, бр. 98/12.11.1999 г., посл. изм. ДВ, бр. 13/11.02.2011 г. [↑](#footnote-ref-71)
72. Глава 2, т. 1.2.6. от Медицински стандарт "Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-72)
73. ПМС № 37 от 17.02.1994 г., ПМС № 195 от 11.10.1995 г., ПМС № 299 от 16.12.1996 г. [↑](#footnote-ref-73)
74. чл. 5 от ЗЛЗ с ПМС № 20/20.02.2000 г. [↑](#footnote-ref-74)
75. чл. 2 от Правилник за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ [↑](#footnote-ref-75)
76. чл. 11 от Наредба № 7/1999 г. за спешната медицинска помощ, отм. с & 2 от закл. разп. на Наредба № 25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ, чл. 7 от Правилника за устройството и дейността на ЦСМП, отм. ДВ, бр. 98/12.11.1999 г. [↑](#footnote-ref-76)
77. Приложение 3 на отм. Наредба № 7/1999 г. [↑](#footnote-ref-77)
78. & 2 от ЗР на Наредба № 25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ [↑](#footnote-ref-78)
79. Препоръка № 1.3 [↑](#footnote-ref-79)
80. Наредба № 45 от 26 август 2010 г. за утвърждаване на Медицински стандарт "Спешна медицина", обн. ДВ, бр.68/31.08.2010 г., посл. изм. ДВ, бр. 32/08.04.2014 г. [↑](#footnote-ref-80)
81. Одитно доказателство № 22 [↑](#footnote-ref-81)
82. № 103от 24.02.2011 г. [↑](#footnote-ref-82)
83. <http://pris.government.bg/prin/document_view.aspx?DocumentID=qF6x0W4aUGZQkatBgVu7ow>== [↑](#footnote-ref-83)
84. Одитно доказателство № 23 [↑](#footnote-ref-84)
85. Одитно доказателство № 24 [↑](#footnote-ref-85)
86. Препоръка № 1.3 [↑](#footnote-ref-86)
87. Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014-2020 г. – м. ноември 2014 г. [↑](#footnote-ref-87)
88. чл. 3 от Правилника за устройството на дейността на ЦСМП [↑](#footnote-ref-88)
89. чл. 4б от Правилника за устройството на дейността на ЦСМП [↑](#footnote-ref-89)
90. чл. 3 от Правилника за устройството на дейността на ЦСМП [↑](#footnote-ref-90)
91. Одитно доказателство № 25 [↑](#footnote-ref-91)
92. Одитно доказателство № 26 [↑](#footnote-ref-92)
93. чл. 68, ал. 1, т. 1 от Кодекса на труда и чл. 4б от Правилник за устройството на дейността на ЦСМП [↑](#footnote-ref-93)
94. Одитно доказателство № 25 [↑](#footnote-ref-94)
95. чл. 4а от Правилника за устройството на дейността на ЦСМП [↑](#footnote-ref-95)
96. Одитно доказателство № 27 и № 28 [↑](#footnote-ref-96)
97. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-97)
98. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-98)
99. чл. 4а от Правилника за устройството на дейността на ЦСМП [↑](#footnote-ref-99)
100. чл. 1 и чл. 3 от Методологията за реда на съгласуване на структурата и длъжностните разписания на второстепенните разпоредители с бюджетни кредити към министъра на здравеопазването [↑](#footnote-ref-100)
101. Препоръка № 3 [↑](#footnote-ref-101)
102. Одитно доказателство № 29 [↑](#footnote-ref-102)
103. Одитно доказателство № 30 [↑](#footnote-ref-103)
104. Одитно доказателство № 31 [↑](#footnote-ref-104)
105. Препоръка № 3 [↑](#footnote-ref-105)
106. Раздел I, Глава 2, т. 1.2.5.1. от Медицински стандарт "Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-106)
107. Одитно доказателство № 33 [↑](#footnote-ref-107)
108. Одитно доказателство № 34 [↑](#footnote-ref-108)
109. Одитно доказателство № 33 и № 35 [↑](#footnote-ref-109)
110. Одитно доказателство № 33 и № 36 [↑](#footnote-ref-110)
111. Одитно доказателство № 33 и № 37 [↑](#footnote-ref-111)
112. Одитни доказателства № № 33, 38 и 105 [↑](#footnote-ref-112)
113. Одитно доказателство № 33 и № 39 [↑](#footnote-ref-113)
114. Одитно доказателство № 33 и № 40 [↑](#footnote-ref-114)
115. Раздел I, глава 2, т.1.2.8. от Медицински стандарт „Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-115)
116. По данни от Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014 -2020 г. [↑](#footnote-ref-116)
117. Раздел I, глава 2, т.1.2.8. от Медицински стандарт "Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-117)
118. Одитни доказателства №№ 35, 37, 39-43,45,47,48,52 и 105 [↑](#footnote-ref-118)
119. Одитни доказателства от № 41 до № 44 [↑](#footnote-ref-119)
120. Одитно доказателство № 35 и № 41 [↑](#footnote-ref-120)
121. Одитни доказателства №№ 45, 46 и 105 [↑](#footnote-ref-121)
122. Одитни доказателства № 41, 47 и 48 [↑](#footnote-ref-122)
123. Одитни доказателства № 47, 49 и 105 [↑](#footnote-ref-123)
124. Точната цифра е 684 412:150 000 = 4,56 [↑](#footnote-ref-124)
125. Одитно доказателство № 37 и № 41 [↑](#footnote-ref-125)
126. Одитно доказателство № 50 и № 51 [↑](#footnote-ref-126)
127. Одитно доказателство № 41 [↑](#footnote-ref-127)
128. Одитно доказателство № 52 [↑](#footnote-ref-128)
129. Одитно доказателство № 53 [↑](#footnote-ref-129)
130. Одитно доказателство № 53 и № 54 [↑](#footnote-ref-130)
131. Одитно доказателство № 41 [↑](#footnote-ref-131)
132. Одитно доказателство № 39 [↑](#footnote-ref-132)
133. Одитно доказателство № 55 [↑](#footnote-ref-133)
134. Одитно доказателство № 55 и № 56 [↑](#footnote-ref-134)
135. Одитно доказателство № 40 и № 41 [↑](#footnote-ref-135)
136. Одитно доказателство № 57 [↑](#footnote-ref-136)
137. Одитно доказателство № 58 [↑](#footnote-ref-137)
138. Препоръка № 4 [↑](#footnote-ref-138)
139. Раздел I, глава 1, т. 3. от Медицински стандарт „Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-139)
140. Одитни доказателства от № 59 до № 72 и № 105 [↑](#footnote-ref-140)
141. Одитни доказателства от № 59 до № 72 и № 105 [↑](#footnote-ref-141)
142. Одитни доказателства от № 59 до № 72 и № 105 [↑](#footnote-ref-142)
143. Одитни доказателства от № 59 до № 72 и № 105 [↑](#footnote-ref-143)
144. Обн. ДВ, бр.7/23.01.2007 г., отм. ДВ, бр. 7/27.01.2015 г. [↑](#footnote-ref-144)
145. Препоръка № 5 [↑](#footnote-ref-145)
146. Постановление № 67 от 14 април 2010 г. за заплатите в бюджетните организации и дейности в сила от 01.01.2010 г. [↑](#footnote-ref-146)
147. http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=460 [↑](#footnote-ref-147)
148. http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=460 [↑](#footnote-ref-148)
149. http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=460 [↑](#footnote-ref-149)
150. Търговски дружества [↑](#footnote-ref-150)
151. http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=460 [↑](#footnote-ref-151)
152. Одитни доказателства от № 73 до № 79 [↑](#footnote-ref-152)
153. Одитно доказателство № 80 [↑](#footnote-ref-153)
154. Одитно доказателство № 81 [↑](#footnote-ref-154)
155. Одитно доказателство № 81 [↑](#footnote-ref-155)
156. Одитно доказателство № 81 [↑](#footnote-ref-156)
157. Одитно доказателство № 73 [↑](#footnote-ref-157)
158. Одитно доказателство № 82 [↑](#footnote-ref-158)
159. Одитно доказателство № 83 [↑](#footnote-ref-159)
160. Одитно доказателство № 78 и № 84 [↑](#footnote-ref-160)
161. Одитно доказателство № 81 [↑](#footnote-ref-161)
162. Одитно доказателство № 85 и № 105 [↑](#footnote-ref-162)
163. Препоръка № 6 [↑](#footnote-ref-163)
164. Чл. 27 от КТД 2010 г. и КТД 2014 г., чл. 41 от КТД за 2012 г. [↑](#footnote-ref-164)
165. Одитни доказателства от № 86 до № 90 [↑](#footnote-ref-165)
166. Одитно доказателство № 91 [↑](#footnote-ref-166)
167. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-167)
168. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-168)
169. Одитно доказателство № 92 [↑](#footnote-ref-169)
170. Одитно доказателство № 93 [↑](#footnote-ref-170)
171. Одитно доказателство № 94 [↑](#footnote-ref-171)
172. Одитно доказателство № 95 [↑](#footnote-ref-172)
173. Препоръка № 5 [↑](#footnote-ref-173)
174. Одитно доказателство № 96 [↑](#footnote-ref-174)
175. Одитно доказателство № 97 [↑](#footnote-ref-175)
176. Одитно доказателство № 98 [↑](#footnote-ref-176)
177. Одитно доказателство № 99 [↑](#footnote-ref-177)
178. Одитно доказателство № 100 [↑](#footnote-ref-178)
179. Препоръка № 7 [↑](#footnote-ref-179)
180. Одитно доказателство № 96 и № 101 [↑](#footnote-ref-180)
181. Одитно доказателство № 96 [↑](#footnote-ref-181)
182. Одитно доказателство № 103 [↑](#footnote-ref-182)
183. Одитни доказателства № № 96, 101, 102 и 104 [↑](#footnote-ref-183)
184. Одитно доказателство № 105 и № 106 [↑](#footnote-ref-184)
185. Препоръка № 8 [↑](#footnote-ref-185)
186. Одитно доказателство № 96 и № 107 [↑](#footnote-ref-186)
187. Одитно доказателство № 107 [↑](#footnote-ref-187)
188. Сумата на издръжката за 2014 г. е по-голяма от утвърдения план, тъй като в нея са включени платените данъци. [↑](#footnote-ref-188)
189. Одитно доказателство №№ 103,105 и 107 [↑](#footnote-ref-189)
190. Одитно доказателство № 107; Препоръка № 9 [↑](#footnote-ref-190)
191. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-191)
192. Одитно доказателство № 108; методиките за субсидиране на лечебни заведения са публикувани на http://www.mh.government.bg/bg/search/?q=%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0 [↑](#footnote-ref-192)
193. Одитно доказателство № 109 [↑](#footnote-ref-193)
194. Одитно доказателство № 123 [↑](#footnote-ref-194)
195. чл. 100, ал. 2 от Закона за здравето [↑](#footnote-ref-195)
196. Одитно доказателство № 110 [↑](#footnote-ref-196)
197. Одитно доказателство № 96 и № 105 [↑](#footnote-ref-197)
198. Медицински стандарт „Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-198)
199. Данните са от Концепцията за развитие на системата за спешната помощ, м. ноември 2014 г. [↑](#footnote-ref-199)
200. чл. 14, ал. 2 от ПУДЦСМП [↑](#footnote-ref-200)
201. Одитно доказателство № 111 и № 112 [↑](#footnote-ref-201)
202. Одитни доказателства № 111 и № 112 [↑](#footnote-ref-202)
203. Препоръка № 1.4. [↑](#footnote-ref-203)
204. Одитно доказателство № 111 и № 112 [↑](#footnote-ref-204)
205. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-205)
206. Одитно доказателств о № 4 [↑](#footnote-ref-206)
207. Препоръка № 10 [↑](#footnote-ref-207)
208. ПМС № 308 от 26 септември 2014 г. за одобряване на допълнителни разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2014 г. [↑](#footnote-ref-208)
209. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-209)
210. Одитно идоказателство № 4 писмо № 92-С-24/05.02.2015 г. отговори от МЗ [↑](#footnote-ref-210)
211. За реанимационния екип [↑](#footnote-ref-211)
212. За реанимационния екип [↑](#footnote-ref-212)
213. За медицински екип [↑](#footnote-ref-213)
214. ЦСМП в Кюстендил, Пловдив и Софийска област [↑](#footnote-ref-214)
215. Одитно доказателство № 105 отговори на ЦСМП [↑](#footnote-ref-215)
216. Одитно доказателство № 111 и № 112 [↑](#footnote-ref-216)
217. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-217)
218. Одитно доказателство № 4 и № 105 [↑](#footnote-ref-218)
219. Препоръка № 10 [↑](#footnote-ref-219)
220. чл. 10 от Наредба № 25, приложение № 1 [↑](#footnote-ref-220)
221. Одитно доказателство № 107 [↑](#footnote-ref-221)
222. чл. 13 от Правилника за устройството и дейността на ЦСМП [↑](#footnote-ref-222)
223. Одитно доказателство № 105 и № 113 [↑](#footnote-ref-223)
224. Приложение № 1 към чл. 10 от Наредба № 25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ, изменен ДВ, бр.18 от 04.03.2014г. [↑](#footnote-ref-224)
225. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-225)
226. Препоръка № 1.5 [↑](#footnote-ref-226)
227. Препоръка № 1.6 [↑](#footnote-ref-227)
228. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-228)
229. Одитни доказателства № 111, № 112, № 114 и № 115 [↑](#footnote-ref-229)
230. Одитни доказателства № 105 и № 114 [↑](#footnote-ref-230)
231. Одитно доказателство № 115 [↑](#footnote-ref-231)
232. доклад № 75-23-65/09.04.2012 г. [↑](#footnote-ref-232)
233. Препоръка № 11 [↑](#footnote-ref-233)
234. Добра практика; чл. 9 от Правилника за устройството и дейността на ЦСМП, обн. ДВ, бр. 98/12.11.1999 г., посл. изм. ДВ, бр. 13/11.02.2011 г. [↑](#footnote-ref-234)
235. чл. 1, ал. 1 от ПМС № 192/09.08.2007 г. за въвеждане на Национална система за спешни повиквания с единен европейски номер за спешни повиквания 112 – обн. ДВ, бр. 68/21.08.2007 г., посл. изм. ДВ, бр. 45/16.06.2009 г. [↑](#footnote-ref-235)
236. чл. 1, ал. 2 от ПМС № 192/09.08.2007 г. за въвеждане на Национална система за спешни повиквания с единен европейски номер за спешни повиквания 112 – обн. ДВ, бр. 68/21.08.2007 г., посл. изм. ДВ, бр. 45/16.06.2009 г. [↑](#footnote-ref-236)
237. чл. 19, ал. 1 от Закона за Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112 [↑](#footnote-ref-237)
238. чл. 2, ал. 1 от ПМС № 192/09.08.2007 г. за въвеждане на Национална система за спешни повиквания с единен европейски номер за спешни повиквания 112 [↑](#footnote-ref-238)
239. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116, 117 и 118 [↑](#footnote-ref-239)
240. чл. 22 от Закона за Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112 [↑](#footnote-ref-240)
241. Контактна точка е мястото, в което се обменя информацията между центровете 112 и службите за спешно реагиране – доп. разпоредби на Закона за Националната система за спешни повиквания с ЕЕНСП 112 [↑](#footnote-ref-241)
242. чл. 24, ал. 1 от Закона за Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112 [↑](#footnote-ref-242)
243. чл. 82, ал. 2 и ал. 3 от Правилника за устройството и дейността на Министерството на вътрешните работи, обн. ДВ бр.60/22.07.2014 г. [↑](#footnote-ref-243)
244. чл. 25, ал. 1 от Закона за Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112 [↑](#footnote-ref-244)
245. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116, 117 и 118 [↑](#footnote-ref-245)
246. чл. 9, т. 8 от Наредба № 25 от 04.09.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ, обн. ДВ, бр  98/12.11.1999 г., посл. изм. ДВ, бр. 18.04.03.2014 г. и чл. 9, ал. 3, т. 1 от Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, обн. ДВ, бр. 98/12.11.1999 г., посл. изм. ДВ, бр. 13/11.02.2011 г. [↑](#footnote-ref-246)
247. чл. 9, ал. 1 от Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, обн. ДВ, бр. 98/12.11.1999 г., посл. изм. ДВ, бр. 3/11.02.2011 г. [↑](#footnote-ref-247)
248. чл. 9, ал. 4 от Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, обн. ДВ, бр. 98/12.11.1999 г., посл. изм. ДВ, бр. 3/11.02.2011 г. [↑](#footnote-ref-248)
249. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116, 117 и 118 [↑](#footnote-ref-249)
250. Компютърни системи, произведени през 2000 г. с невъзможност за прилагане на актуален операционен и приложен софтуер, записващи устройства с магнитна лента, аналогови телефонни централи и др. [↑](#footnote-ref-250)
251. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116, 117 и 118 [↑](#footnote-ref-251)
252. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116, 117 и 118 [↑](#footnote-ref-252)
253. Одитно доказателство № 119 [↑](#footnote-ref-253)
254. Одитни доказателства №№ 105, 118 и 120 [↑](#footnote-ref-254)
255. Препоръка № 12 [↑](#footnote-ref-255)
256. Благоевград, Добрич, Кюстендил, София-област [↑](#footnote-ref-256)
257. Инструкция за комуникация между РКЦ-Варна и Регионален център 112 [↑](#footnote-ref-257)
258. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116 и 117 [↑](#footnote-ref-258)
259. Препоръка № 12 [↑](#footnote-ref-259)
260. Българска телекомуникационна компания [↑](#footnote-ref-260)
261. Одитно доказателство № 4 и № 116 [↑](#footnote-ref-261)
262. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116 и 117 [↑](#footnote-ref-262)
263. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116 и 117 [↑](#footnote-ref-263)
264. чл. 24, ал. 1 от Закона за Националната система за спешни повиквания с ЕЕН 112, обн. ДВ, бр. 102/28.11.2008 г., посл. изм. ДВ, бр. 88/09.11.2010 г. [↑](#footnote-ref-264)
265. чл. 25, ал. 1 от Закона за Националната система за спешни повиквания с ЕЕН 112 [↑](#footnote-ref-265)
266. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116 и 117 [↑](#footnote-ref-266)
267. Решение № 789 на Министерския съвет от 28.11.2014 г. -http://pris.government.bg/prin/document\_view.aspx?DocumentID=U4jNbfM9LiQAI5ycYZb3mg== [↑](#footnote-ref-267)
268. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116 и 117 [↑](#footnote-ref-268)
269. чл. 7, ал. 1 от Правилника за организацията и дейността на центровете за приемане на спешни повиквания към единен европейски телефонен номер за спешни повиквания 112, обн. ДВ, бр. 3/11.01.2008 г., изм. ДВ, бр. 5/20.01.2009 г. [↑](#footnote-ref-269)
270. Заповед рег. № Iз-541/01.03.2011 г. на министъра на вътрешните работи [↑](#footnote-ref-270)
271. чл. 8, ал. 2 от Закона за националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112, обн. ДВ, бр. 102/28.11.2008 г., изм. ДВ, бр. 88/09.11.2010 г. [↑](#footnote-ref-271)
272. Одитни доказателства №№ 4, 105, 116, 117, 118 и 121 [↑](#footnote-ref-272)
273. Одитни доказателства №№ 105, 116 и 117 [↑](#footnote-ref-273)
274. Цели на Министерството на здравеопазването; Концепция за развитието на спешната медицинска помощ, Национална здравна стратегия 2014-2020 г. [↑](#footnote-ref-274)
275. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-275)
276. МБАЛ ”Д-р Никола Василиев”АД гр.Кюстендил; МБАЛ „Пловдив” АД. [↑](#footnote-ref-276)
277. Между ЦСМП-Варна и МБАЛ „Света Марина” ЕАД [↑](#footnote-ref-277)
278. УМБАЛ „Св.Анна” София АД; УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ – гр. София. [↑](#footnote-ref-278)
279. Одитни доказателства №№ 4, 122 и 123 [↑](#footnote-ref-279)
280. „МБАЛ-Благоевград” АД, МБАЛ ”Д-р Никола Василиев”АД, гр. Кюстендил [↑](#footnote-ref-280)
281. УМБАЛ „Свети Георги” ЕАД – Пловдив, МБАЛ „Пловдив” АД, УМБАЛ “Александровска” ЕАД – гр. София, МБАЛ „Добрич” ЕАД [↑](#footnote-ref-281)
282. МБАЛ ”Света Анна - Варна” АД, МБАЛ „Света Марина” ЕАД, МБАЛ „Свети Пантелеймон” – Пловдив” ЕООД, УМБАЛ „Света Анна” – София АД, УМБАЛ „Света Екатерина” ЕАД – гр. София [↑](#footnote-ref-282)
283. Одитни доказателства №№ 4, 122 и 123 [↑](#footnote-ref-283)
284. Одитни доказателства №№ 4 и 118 [↑](#footnote-ref-284)
285. София-град - http://www.csmp-sofia.bg/, Плевен - <http://www.csmp-pleven.eu/>, Хасково - http://csmp-hs.com/info/4/24, Ловеч - http://www.aop.bg/v51\_pp.php?mode=view2&id=9035932 [↑](#footnote-ref-285)
286. Одитни доказателства №№ 4 и 118 [↑](#footnote-ref-286)
287. Националната здравно-осигурителна каса [↑](#footnote-ref-287)
288. Национален център по обществено здраве и анализи [↑](#footnote-ref-288)
289. Национална експертна лекарска комисия [↑](#footnote-ref-289)
290. Одитни доказателства №№ 4, 10 и 118 [↑](#footnote-ref-290)
291. Цели на Министерството на здравеопазването – 2014 г. [↑](#footnote-ref-291)
292. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-292)
293. ЦСМП-Варна [↑](#footnote-ref-293)
294. ЦСМП-Пловдив [↑](#footnote-ref-294)
295. Одитни доказателства №№ 4,105, 124 и 125 [↑](#footnote-ref-295)
296. Препоръка № 12 [↑](#footnote-ref-296)
297. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-297)
298. Препоръка № 12 [↑](#footnote-ref-298)
299. Одитно доказателство № 20 и № 118 [↑](#footnote-ref-299)
300. Одитни доказателства №№ 4,118, 126 [↑](#footnote-ref-300)
301. Решение № 789/28.11.2014 г. на Министерския съвет [↑](#footnote-ref-301)
302. Одитно доказателство № 4 и 20 [↑](#footnote-ref-302)
303. чл. 2 от Наредба № 25/04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ [↑](#footnote-ref-303)
304. чл. 4 от Наредба № 25/04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ [↑](#footnote-ref-304)
305. Медицински стандарт „Спешна медицина“ – раздел I, глава I, т. 1.3.1. [↑](#footnote-ref-305)
306. Медицински стандарт „Спешна медицина“ – раздел I, глава I, т. 1.3.2. [↑](#footnote-ref-306)
307. Одитни доказателства №№ 20, 105 и 128 [↑](#footnote-ref-307)
308. чл. 9 от ПУДЦСМП [↑](#footnote-ref-308)
309. Медицински стандарт „Спешна медицина“ – раздел I, глава I, т. 3 [↑](#footnote-ref-309)
310. Одитни доказателства №№ 73, 105, 127 и 128 [↑](#footnote-ref-310)
311. Препоръка № 1.7 [↑](#footnote-ref-311)
312. Проучване на добри практики в сферата на спешната медицинска помощ - Проект BG051РО001-6.02.02 ПУЛСС (Практически увод в лечението на спешните състояния) [↑](#footnote-ref-312)
313. Одитни доказателства №№ 4, 105, 127 и 128 [↑](#footnote-ref-313)
314. Препоръка № 1.7 [↑](#footnote-ref-314)
315. Одитни доказателства №№ 105, 127 и 128 [↑](#footnote-ref-315)
316. Препоръка № 1.7 [↑](#footnote-ref-316)
317. Одитно доказателство № 129 [↑](#footnote-ref-317)
318. План за действие за изпълнение на Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г. -http://pris.government.bg/prin/document\_view.aspx?DocumentID=U4jNbfM9LiQAI5ycYZb3mg== [↑](#footnote-ref-318)
319. т. 1.2.10.8 от Глава 2. Структури и персонал на Медицинския стандарт „Спешна медицина“, обн. ДВ, бр. 68/31.08.2010 г., посл. изм. ДВ, бр. 32/08.04.2014 г. [↑](#footnote-ref-319)
320. чл. 9 от ПУДЦСМП, обн. ДВ, бр. 98/12.11.1999 г. [↑](#footnote-ref-320)
321. т. 1.2.10.8 от Глава 2. Структури и персонал на Медицинския стандарт „Спешна медицина“, обн. ДВ, бр. 68/31.08.2010 г., посл. изм. ДВ, бр. 32/08.04.2014 г. [↑](#footnote-ref-321)
322. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-322)
323. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-323)
324. отм. ДВ, бр. 98/12.11.1999 г. [↑](#footnote-ref-324)
325. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-325)
326. Концепция за развитието на системата за спешна медицинска помощ в република България за периода 2014-2020 г. [↑](#footnote-ref-326)
327. Национална здравна стратегия 2014-2020 г. [↑](#footnote-ref-327)
328. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-328)
329. чл. 14 от Наредба № 25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ, обн. ДВ, бр. 98/12.11.1999 г., посл. изм. ДВ, бр. 18/04.03.2014 г. [↑](#footnote-ref-329)
330. Одитно доказателство № 130 [↑](#footnote-ref-330)
331. 2012 г., 2013 г., 01.01.2014 г. до 30.06.2014 г. [↑](#footnote-ref-331)
332. Одитно доказателство № 130 [↑](#footnote-ref-332)
333. Одитно доказателство № 130 и № 131 [↑](#footnote-ref-333)
334. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-334)
335. Препоръка № 1.7 и 1.8 [↑](#footnote-ref-335)
336. Одитно доказателство № 132 [↑](#footnote-ref-336)
337. Одитно доказателство № 132 [↑](#footnote-ref-337)
338. Одитно доказателство № 132 [↑](#footnote-ref-338)
339. Одитно доказателство № 24 [↑](#footnote-ref-339)
340. Одитно доказателство № 132 [↑](#footnote-ref-340)
341. American Ambulance Association, EMS Structured for quality, http://ow.ly/NhhGg , стр. 44 Fractile response-time measurement [↑](#footnote-ref-341)
342. Одитно доказателство № 132 [↑](#footnote-ref-342)
343. Одитно доказателство № 132 [↑](#footnote-ref-343)
344. Одитно доказателство № 132 [↑](#footnote-ref-344)
345. Одитно доказателство № 132 [↑](#footnote-ref-345)
346. Одитно доказателство № 133 [↑](#footnote-ref-346)
347. Одитно доказателство № 133 [↑](#footnote-ref-347)
348. Одитно доказателство № 133 [↑](#footnote-ref-348)
349. до определена кота/ниво [↑](#footnote-ref-349)
350. Приложение № 2 – Критерии за своевременност - европейски практики Ambulance Care in Europe, Ambulancezorg: http://www.eena.org/uploads/gallery/files/pdf/report-ambulancecare-in-europe-jan-2010%20%281%29.pdf [↑](#footnote-ref-350)
351. План за действие за изпълнение на Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ за периода 2014-2020 г. http://pris.government.bg/prin/document\_view.aspx?DocumentID=U4jNbfM9LiQAI5ycYZb3mg== [↑](#footnote-ref-351)
352. т. 2.3 на р-л 1 Общи положения и т. 1.1.2. на глава 2 от Медицински стандарт „Спешна медицина [↑](#footnote-ref-352)
353. чл. 5 от Наредба № 25/1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ [↑](#footnote-ref-353)
354. т. 1.1.2. на Глава 2. Структура и персонал на Раздел 1. Общи положения на Медицински стандарт „Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-354)
355. т. 2.3 на р-л 1 Общи положения и т. 1.1.2. на глава 2 от Медицински стандарт „Спешна медицина [↑](#footnote-ref-355)
356. Препоръка № 13 [↑](#footnote-ref-356)
357. Одитно доказателство № 4 и № 110 [↑](#footnote-ref-357)
358. Одитно доказателство № 105 и № 134 [↑](#footnote-ref-358)
359. Одитно доказателство № 105 и № 134 [↑](#footnote-ref-359)
360. чл. 80 от Закона за здравето [↑](#footnote-ref-360)
361. чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения [↑](#footnote-ref-361)
362. чл. 5, т. 4 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, обн. ДВ, бр. 83/21.07.1998 г., посл. изм. ДВ, бр. 39/20.05.2011 г. [↑](#footnote-ref-362)
363. Одитно доказателство № 4 и № 135 [↑](#footnote-ref-363)
364. чл. 16, чл. 37-42 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, обн. ДВ, бр. 83/21.07.1998 г., посл. изм. ДВ, бр. 39/20.05.2011 г. [↑](#footnote-ref-364)
365. Одитно доказателство № 136 [↑](#footnote-ref-365)
366. Одитно доказателство № 105 и № 73 [↑](#footnote-ref-366)
367. Глава 4. Качество на извършваната дейност по специалността спешна медицина от Медицински стандарт „Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-367)
368. чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения [↑](#footnote-ref-368)
369. Раздел I. Общи положения, Глава 1, т. 1.6 от Медицински стандарт „Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-369)
370. Препоръка № 1.9 [↑](#footnote-ref-370)
371. Обн. ДВ, бр. 54/01.07.2005 г., посл. изм. ДВ, бр. 57/27.07.2012 г. [↑](#footnote-ref-371)
372. чл. 20, изм. - ДВ, бр. 10 от 2011 г. [↑](#footnote-ref-372)
373. чл. 86, ал. 4 от Закона за лечебните заведения, обн. ДВ, бр. 62/1999 г., посл. изм. ДВ, бр. 47/2014 г. [↑](#footnote-ref-373)
374. чл. 21, изм. - ДВ, бр. 10 от 2011 г. [↑](#footnote-ref-374)
375. чл. 87, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, обн. ДВ, бр. 62/1999 г., посл. изм. ДВ, бр. 47/2014 г. [↑](#footnote-ref-375)
376. Одитно доказателство № 137 [↑](#footnote-ref-376)
377. приета от Министерския съвет с Решение № 789/28.11.2014 г. [↑](#footnote-ref-377)
378. http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=393&categoryid=7757 [↑](#footnote-ref-378)
379. Одитно доказателство № 138 [↑](#footnote-ref-379)
380. Одитно доказателство № 105 и № ОД № 139 [↑](#footnote-ref-380)
381. Препоръка № 1.9 [↑](#footnote-ref-381)
382. Параграф 3 от ПЗР на Наредба № 45/26.08.2010 г. за утвърждаване на МС „Спешна медицина“, чл. 2 от Наредба № 14/20.04.2010 г. за условията и реда за извършване на проверки на ЛЗ от ИАМО [↑](#footnote-ref-382)
383. обн., ДВ, бр. 34 от 2010 г., доп., бр. 83 от 2010 г. [↑](#footnote-ref-383)
384. Одитно доказателство № 4 и № 140 [↑](#footnote-ref-384)
385. Одитни доказателства №№ 140, 141 и 142 [↑](#footnote-ref-385)
386. Одитно доказателство № 141 и № 142 [↑](#footnote-ref-386)
387. Одитно доказателство № 141и № 142 [↑](#footnote-ref-387)
388. Одитно доказателство № 141и № 142 [↑](#footnote-ref-388)
389. Одитно доказателство № 141 и № 142 [↑](#footnote-ref-389)
390. Одитно доказателство № 141 и № 142 [↑](#footnote-ref-390)
391. Одитно доказателство № 141 и № 142 [↑](#footnote-ref-391)
392. Одитно доказателство № 141и № 142 [↑](#footnote-ref-392)
393. Одитни доказателства №№ 105, 143 и 144 [↑](#footnote-ref-393)
394. Вътрешни правила за организация, изпълнение и контрол на дейността при извършване на спешна медицинска помощ. [↑](#footnote-ref-394)
395. Одитни доказателства №№ 105, 143 и 144 [↑](#footnote-ref-395)
396. Одитни доказателства №№ 105, 143 и 144 [↑](#footnote-ref-396)
397. Одитни доказателства №№ 105, 143 и 144 [↑](#footnote-ref-397)
398. Без ЦСМП-Софийска област, от който не е посочен точния брой на жалбите, но е декларирано, че те са инцидентни. [↑](#footnote-ref-398)
399. Под 3 жалби на 1000 изпълнени повиквания [↑](#footnote-ref-399)
400. ЦСМП – Благоевград, Варна, Пловдив [↑](#footnote-ref-400)
401. Одитни доказателства №№ 105, 143 и 144 [↑](#footnote-ref-401)
402. Глава 4. Качество на извършваната дейност по специалността спешна медицина от Медицински стандарт „Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-402)
403. Обн. ДВ, бр. 54/01.07.2005 г., посл. изм. ДВ, бр. 57/2012 г. [↑](#footnote-ref-403)
404. Одитни доказателства №№ 4, 105, 145 и 146 [↑](#footnote-ref-404)
405. Приложение № 2 към чл. 14 от Наредба № 25/1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ [↑](#footnote-ref-405)
406. 772 961 повиквания [↑](#footnote-ref-406)
407. 763 028 повиквания [↑](#footnote-ref-407)
408. Одитно доказателство № 130 и № 147 [↑](#footnote-ref-408)
409. 2011 г. и 2012 г. – 293 на сто; 2013 г. – 229 на сто; 2014 г. – 205 на сто. [↑](#footnote-ref-409)
410. 2010 г. – 277 на сто; 2011 г. – 220 на сто; 2012 г. – 209 на сто. [↑](#footnote-ref-410)
411. 2010 г. – 205 на сто. [↑](#footnote-ref-411)
412. Одитно доказателство № 130 и № 147 [↑](#footnote-ref-412)
413. Одитно доказателство № 130 и № 147 [↑](#footnote-ref-413)
414. Одитно доказателство № 130 и № 147 [↑](#footnote-ref-414)
415. 2011 г. и 2013 г. [↑](#footnote-ref-415)
416. При изчисленията като разходи са включени разходите за персонал и текущата издръжка без тези за капиталови разходи. [↑](#footnote-ref-416)
417. 2012 г. [↑](#footnote-ref-417)
418. Одитно доказателство № 130 и № 148 [↑](#footnote-ref-418)
419. Одитно доказателство № 130 и № 148 [↑](#footnote-ref-419)
420. Одитно доказателство № 130 и № 148 [↑](#footnote-ref-420)
421. Одитно доказателство № 130 и № 148 [↑](#footnote-ref-421)
422. Одитно доказателство №130 и № 148 [↑](#footnote-ref-422)
423. Одитно доказателство № 130 и № 147 [↑](#footnote-ref-423)
424. Одитни доказателства №№ 4, 105 и 146 [↑](#footnote-ref-424)
425. Одитно доказателство № 130 и № 148 [↑](#footnote-ref-425)
426. Одитно доказателство № 130 и № 148 [↑](#footnote-ref-426)
427. За ЦСМП-Разград няма информация за 2010 г. и 2011 г. [↑](#footnote-ref-427)
428. За 2011, 2012 г. и 2014 г. [↑](#footnote-ref-428)
429. За 2010 г. [↑](#footnote-ref-429)
430. Одитно доказателство № 130 и № 148 [↑](#footnote-ref-430)
431. Одитно доказателство № 130 и № 148 [↑](#footnote-ref-431)
432. Цели на МЗ за 2012 – 2014 г. [↑](#footnote-ref-432)
433. Одитни доказателства №№ 4, 122 и 149 [↑](#footnote-ref-433)
434. Глава трета, Раздел III „Медицинска помощ при спешни състояния”, чл. 99 и чл.100 на Закона за здравето [↑](#footnote-ref-434)
435. чл. 6, ал.1 от Закона за лечебните заведения [↑](#footnote-ref-435)
436. чл.19, ал.3 от Закона за лечебните заведения [↑](#footnote-ref-436)
437. чл.14, ал.1 на Наредба № 49 от 18 октомври 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 [↑](#footnote-ref-437)
438. Одитно доказателство № 4 и № 150 [↑](#footnote-ref-438)
439. Одитно доказателство № 105 и № 150 [↑](#footnote-ref-439)
440. Одитни доказателства № № 122, 123 и 151 [↑](#footnote-ref-440)
441. Одитни доказателства № 122, 123 и 152 [↑](#footnote-ref-441)
442. Препоръка № 14 [↑](#footnote-ref-442)
443. Одитно доказателство № 4 [↑](#footnote-ref-443)
444. „МБАЛ-Благоевград” АД, МБАЛ ”Д-р Никола Василиев”АД, гр.Кюстендил [↑](#footnote-ref-444)
445. УМБАЛ „Свети Георги” ЕАД – Пловдив, МБАЛ „Пловдив” АД, УМБАЛ “Александровска” ЕАД – гр. София, МБАЛ „Добрич” ЕАД [↑](#footnote-ref-445)
446. МБАЛ ”Света Анна - Варна” АД, МБАЛ „Света Марина” ЕАД, МБАЛ „Свети Пантелеймон” – Пловдив” ЕООД, УМБАЛ „Света Анна” – София АД, УМБАЛ „Света Екатерина” ЕАД – гр. София [↑](#footnote-ref-446)
447. Одитно доказателство № 122 и № 123 [↑](#footnote-ref-447)
448. Одитни доказателства №№ 122, 123 и 153 [↑](#footnote-ref-448)
449. Одитно доказателство № 122 и 154 [↑](#footnote-ref-449)
450. Препоръка № 1.10 [↑](#footnote-ref-450)
451. Одитно доказателство № 105 [↑](#footnote-ref-451)
452. Одитно доказателство № 105 и № 155 [↑](#footnote-ref-452)
453. УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов, СБАЛССЗ „Света Екатерина“ ЕАД [↑](#footnote-ref-453)
454. Одитно доказателство № 105 и № 156 [↑](#footnote-ref-454)
455. МБАЛ ”Д-р Никола Василиев”АД гр. Кюстендил; УМБАЛ „Свети Георги” ЕАД – Пловдив; МБАЛ „Пловдив” АД; МБАЛ „Свети Пантелеймон” – Пловдив” ЕООД [↑](#footnote-ref-455)
456. „Качвай и карай“ [↑](#footnote-ref-456)
457. Одитно доказателство № 122 [↑](#footnote-ref-457)
458. Заповед № РД-09-17/12.01.2010 г.; № РД-09-183/19.03.2010 г.; № РД-09-203/06.04.2010 г.; № РД-09-153/21.08.2012 г.; [↑](#footnote-ref-458)
459. Заповед № РД-01-213/28.08.2014 г. на министъра на здравеопазването [↑](#footnote-ref-459)
460. Писмо № 91-00-123/21.08.2014 г.; Заповед № РД-01-2 от 05.01.2015 г. на министъра на здравеопазването, [↑](#footnote-ref-460)
461. Писмо № 74-03-26/09.03.2011 г.; № 16-00-32/14.03.2011 г.; № 74-03-426/30.05.2012 г.; № 74-03-263/02.04.2013 г.; [↑](#footnote-ref-461)
462. № 1/15.06.2007 г. [↑](#footnote-ref-462)
463. Одитно доказателство № 4 и № 157 [↑](#footnote-ref-463)
464. Одитно доказателство № 105 и № 158 [↑](#footnote-ref-464)
465. Част IV, Раздел I, т. 2 и т. 3 [↑](#footnote-ref-465)
466. Част IV, Раздел I, т. 5 [↑](#footnote-ref-466)
467. Част IV, Раздел II, т. 1 [↑](#footnote-ref-467)
468. Част IV, Раздел III.2, т. 1 [↑](#footnote-ref-468)
469. Част IV, Раздел III.2, т. 3 [↑](#footnote-ref-469)
470. Част IV, Раздел III.2, т. 4 [↑](#footnote-ref-470)
471. Част IV, Раздел IV, т. 2 и т. 3 [↑](#footnote-ref-471)
472. Част IV, Раздел IV, т. 3 [↑](#footnote-ref-472)
473. Част IV, Раздел IV, т. 4.2 [↑](#footnote-ref-473)
474. Част IV, Раздел IV, т. 4.5 [↑](#footnote-ref-474)
475. Част IV, Раздел I, т. 5 [↑](#footnote-ref-475)
476. Част IV, Раздел II, т. 2.2 [↑](#footnote-ref-476)
477. Част IV, Раздел II, т. 2.4 [↑](#footnote-ref-477)
478. Част IV, Раздел II, т. 2.5 [↑](#footnote-ref-478)
479. Част IV, Раздел II, т. 3.1 [↑](#footnote-ref-479)
480. Част IV, Раздел III.1, т. 1 [↑](#footnote-ref-480)
481. Част IV, Раздел III.1, т. 2 [↑](#footnote-ref-481)
482. Част IV, Раздел III.1, т. 1 [↑](#footnote-ref-482)
483. Част IV, Раздел III.2, т. 1.4 и т. 2.2 [↑](#footnote-ref-483)
484. Част IV, Раздел III.2, т. 4 [↑](#footnote-ref-484)
485. Част IV, Раздел IV, т. 1.1.3, т. 1.3.1 и т. 1.3.2 [↑](#footnote-ref-485)
486. Част IV, Раздел IV, т. 4.1.1 [↑](#footnote-ref-486)
487. Част IV, Раздел IV, т. 4.5.1 [↑](#footnote-ref-487)
488. Приложение № 29 към т. 1.2 от Национална здравна карта на Република България, чл. 29 и 32 от Закона за лечебните заведения и Т. 1.2.6. от Медицински стандарт "Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-488)
489. Чл. 3, ал. 2 от Правилник за устройството на дейността на Център за спешна медицинска помощ [↑](#footnote-ref-489)
490. Чл. 14, ал. 1 от Закона за администрацията [↑](#footnote-ref-490)
491. Раздел I, Глава 2, т. 1.2.5.1. от Медицински стандарт "Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-491)
492. РазделI, глава 2, т.1.2.8. от Медицински стандарт "Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-492)
493. Раздел I, глава 1, т. 3.3. от Медицински стандарт "Спешна медицина“ [↑](#footnote-ref-493)
494. Одитно доказателство № 1 и № 2 [↑](#footnote-ref-494)
495. Одитно доказателство № 1 и № 2 [↑](#footnote-ref-495)
496. Одитно доказателство № 1 и № 2 [↑](#footnote-ref-496)
497. http://www.mlsp.government.bg/bg/03.11.2009FINAL-ednostranen%2520pechat1.pdf [↑](#footnote-ref-497)
498. Цел 78 - Гарантиране достъпността на здравните дейности и Цел 83 - Утвърждаване авторитета на българските лекари и другите здравни професионалисти [↑](#footnote-ref-498)
499. http://goo.gl/tXYjR3 ; www.strategy.bg/FileHandler.ashx?fileId=1713; [↑](#footnote-ref-499)
500. Одитни доказателства №№ 3,4 и 5 [↑](#footnote-ref-500)
501. Обн. ДВ, бр. 15/18.02.2011 г. [↑](#footnote-ref-501)
502. http://goo.gl/tXYjR3; www.strategy.bg/FileHandler.ashx?fileId=1713; [↑](#footnote-ref-502)
503. Одитно доказателство № 3 - РД-И-19/02.02.2015 г.; Одитно доказателство № 4 - отговори на въпроси – писмо № 92-С-24/05.02.2015 г.; Одитно доказателство № 5 -диск със стратегически документи и съставени отчети [↑](#footnote-ref-503)
504. http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=762 [↑](#footnote-ref-504)
505. http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=762 [↑](#footnote-ref-505)
506. Методика за субсидиране на лечебните заведения [↑](#footnote-ref-506)
507. Обн. ДВ. бр.68 от 31 Август 2010 г., изм. и доп. ДВ. бр.32 от 8 Април 2014 г. [↑](#footnote-ref-507)
508. http://www.minfin.bg/document/10643:1 [↑](#footnote-ref-508)
509. http://www.minfin.bg/document/11190:3 [↑](#footnote-ref-509)
510. Одитно доказателство № 3 - РД-И-19/02.02.2015 г.; Одитно доказателство № 4 - отговори на въпроси – писмо № 92-С-24/05.02.2015 г.; Одитно доказателство № 5 - диск със стратегически документи и съставени отчети [↑](#footnote-ref-510)
511. http://www.minfin.bg/bg/page/867 [↑](#footnote-ref-511)
512. http://www.minfin.bg/bg/page/867 [↑](#footnote-ref-512)
513. Писмо № 02 07-41/04.08.2014 г. на Министерския съвет [↑](#footnote-ref-513)
514. http://rop3-app1.aop.bg:7778/portal/page?\_pageid=93,158263&\_dad=portal&\_schema=PORTAL [↑](#footnote-ref-514)
515. Одитно доказателство № 3 - РД-И-19/02.02.2015 г.; Одитно доказателство № 4 - отговори на въпроси – писмо № 92-С-24/05.02.2015 г.; Одитно доказателство № 5 - диск със стратегически документи и съставени отчети [↑](#footnote-ref-515)
516. [www.gb.government.bg/Documents/.../NDP\_BG2020\_12\_2012-bg.pdf](http://www.gb.government.bg/Documents/.../NDP_BG2020_12_2012-bg.pdf) - Приета с Решение № 1057 на Министерския съвет от 20.12.2012 г. [↑](#footnote-ref-516)
517. Приет с Решение № 210 на Министерския съвет от 15 април 2014 г. [↑](#footnote-ref-517)
518. Приет с Решение № 794 на Министерския съвет от 02 декември 2014 г. [↑](#footnote-ref-518)
519. Одитно доказателство № 3 - РД-И-19/02.02.2015 г.; Одитно доказателство № 4 - отговори на въпроси – писмо № 92-С-24/05.02.2015 г.; Одитно доказателство № 5 - диск със стратегически документи и съставени отчети [↑](#footnote-ref-519)
520. Приет с Решение № 532 на Министерския съвет от 21.07.2014 г. [↑](#footnote-ref-520)
521. http://www.eufunds.bg/bg/page/1048 [↑](#footnote-ref-521)
522. Приета с Решение № 789 от 28 ноември 2014 г. за приемане на Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014-2020 г. [↑](#footnote-ref-522)
523. Одитно доказателство № 3 - РД-И-19/02.02.2015 г.; Одитно доказателство № 4 - отговори на въпроси – писмо № 92-С-24/05.02.2015 г.; Одитно доказателство № 5 -диск със стратегически документи и съставени отчети [↑](#footnote-ref-523)
524. в предходните конвергентни програми не фигурират мерки, касаещи спешната медицинска помощ http://www.minfin.bg/document/14254:2 [↑](#footnote-ref-524)
525. Одитно доказателство № 3 - РД-И-19/02.02.2015 г.; Одитно доказателство № 4 - отговори на въпроси – писмо № 92-С-24/05.02.2015 г.; Одитно доказателство № 5 - диск със стратегически документи и съставени отчети [↑](#footnote-ref-525)
526. Стратегия за развитие на държавната администрация (2014 - 2020 г.) по данни от Портала за обществени консултации www.strategy.bg към месец декември 2013 г. [↑](#footnote-ref-526)
527. Решение № 462/12.06.2009 г. за приемане на Информационна система за отчитане изпълнението на Програмата на правителството и годишните цели на администрациите – Протокол № 23.19 на Министерския съвет [↑](#footnote-ref-527)
528. Стратегия за развитие на държавната администрация за 2014-2020 г., приета с Решение № 140 на МС/17.03.2014 г. - www.strategy.bg/FileHandler.ashx?fileId=4307 [↑](#footnote-ref-528)
529. Одитно доказателство № 3 - РД-И-19/02.02.2015 г.; Одитно доказателство № 4 - отговори на въпроси – писмо № 92-С-24/05.02.2015 г. [↑](#footnote-ref-529)
530. Номер на одитното доказателство. [↑](#footnote-ref-530)
531. Наименование на приложения документ. [↑](#footnote-ref-531)
532. Брой страници на съответния документ. [↑](#footnote-ref-532)