

ДО  
Д-р Петър Москов  
Министър на здравеопазването

## СТАНОВИЩЕ

относно Проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт “Акушерство и гинекология”  
от 05.12.2014

Уважаеми д-р Москов,

Повод за настоящето становище е проектът на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт “Акушерство и гинекология”, публикуван на сайта на Министерството на здравеопазването на 05.12.2014 год., както и входящото на 05.12.2014 г. писмо до Вас, отнасящо се до Наредба № 12 от 21.07.2014 год. за утвърждаване на медицински стандарт “Акушерство и гинекология”.

Възползваме се от едномесечния срок за обществено обсъждане на проектите на нормативни актове, за да изразим своето възражение относно планираните промени в наредбата, а именно въвеждането отново на дефиниция за “жизнеспособност”, която беше отпаднала в Наредба № 12 от 21.07.2014 год., но с драстично повишение на количественото измерение спрямо последно действащото определение за жизнеспособност в Наредба № 32 от 30.12.2008 г., в която потенциалната жизнеспособност се дефинираше като (т. 17 от допълнителните разпоредби):

“а) телесна маса при раждането 600 и повече грама и/или гестационна възраст 22 и повече г. с. – независимо дали плодът е роден жив или мъртъв;  
б) телесна маса при раждането под 600 грама и/или гестационна възраст под 22 г. с. – при условие, че плодът е роден жив и е живял поне 3 денонощия.”

В настоящия проект това понятие е дефинирано по следния начин:

17. *“Потенциална жизнеспособност” е теоретична способност на плода да води извънтробен живот. Плодът се определя като потенциално жизнеспособен, ако отговаря на следните критерии:*

*а) телесна маса при раждането 800 и повече грама и/или гестационна възраст 26 и повече г.с. - независимо дали плодът е роден жив или мъртъв;*

*б) телесна маса при раждането под 800 грама и/или гестационна възраст под 26 г.с. - при условие че плодът е роден жив и е живял поне 3 денонощия.*

Както виждате, разликата между двете дефиниции може да се определи количествено като 200 грама и 4 гестационни седмици - цял един месец от вътреутробния живот на плода. Причините, поради които искаме да възразим на планираната промяна на тази дефиниция, са няколко.

Първата от тях е от чисто медицинско естество. Въпреки че не съществува единно европейско или международно определение за “потенциална жизнеспособност”, ето как тя се дефинира понастоящем от водещи специалисти в областта на неонатологията в редица научни публикации: Когато говорим за потенциална жизнеспособност от медицинска гледна точка, реално говорим за вероятността 50% от родените в даден гестационен срок бебета да оцелеят дългосрочно и без значителни увреждания извън майчината утроба. Нивото на неонатологичните грижи в ЕС и САЩ в момента е такова, че подобни резултати се постигат за бебета от 24+0 г.с. нататък, като това е средноевропейската граница на жизнеспособност[1]. Ако говорим за теоретичната възможност за оцеляване извън утробата като биологичен факт, независимо от съпътстващите увреждания в дългосрочен план, то това се счита за възможно още при раждане в 22-ра гестационна седмица, затова в различните държави периодично се обновяват препоръките за поведение при лечението на деца, родени на границата на жизнеспособност (22-24 г.с.)[2-7], като за тях в общия случай се полагат най-малкото *палиативни* грижи[9]. Вероятно знаете, че палиативна медицина за бебета в България няма. От бебетата, родени в 26-та г.с, при полагане на интензивни неонатологични грижи, оцеляват на практика 80-90%. И въпреки че при прогнозирането на оцеляването и степента на увреждане в дългосрочен план се разчита все повече на морфологичната зрялост, т.е. на гестационната възраст на плода, и все по-малко на неговото тегло при раждането, в повечето публикации теглото от 500 грама се разглежда като вододел между жизнеспособните и нежизнеспособните деца.

Вероятно от изложеното дотук става ясно защо дефинирането на “потенциална жизнеспособност” като раждане, настъпило след 26-тата седмица от бременността на дете с тегло, по-високо от 800 грама, изглежда или като признание за абсолютната медицинска некомпетентност и безсилие на българското здравеопазване да се погрижи за тези деца, които се раждат с екстремна степен на недоносеност, или като стремеж да се фалшифицира статистиката на перинаталната смъртност. Все пак, от 489 деца, починали на възраст до 1 година през 2013 година, почти половината (238) са починали вследствие на “състояния, възникващи през перинаталния период”[10, 11], а голяма част от тях безспорно са екстремно недоносени - основната причина за смъртност през този период от живота. Подобно изкуствено “подобряване” на статистическите данни може единствено да замаже очите на европейските Ви колеги, но по същество не решава проблемите на недоносените бебета в България, а ги задълбочава.

Друг тревожен аспект на планираната в наредбата промяна, е имплицитното послание, което по този начин се изпраща до медицинските професионалисти, натоварени с нелеката отговорност да се грижат за тези най-уязвими пациенти. Ако според един нормативен акт бебето е “жизнеспособно” едва след навършване на определена гестационна възраст и тегло, то всички бебета, които не могат да изпълнят поставения от Вас норматив, априори се приемат за “нежизнеспособни” (освен ако не се окажат изнадващо издръжливи и не оцелеят до 72-ия час след раждането). Искрено се надяваме, че не това е било намерението Ви, но подобна формулировка би могла да се приеме като законно (нормативно регламентирано) “разрешение” за тези деца да се полагат субоптимални грижи, тъй като тяхното оцеляване се приема за твърде малко вероятно или дори нежелателно. Това може да изглежда като лесно решение в ситуацията на финансов колапс на здравните заведения, които са “на самоиздръжка”, и предвид изключително високата цена на

специализираните неонатологични грижи, както и на липсващата на много места в страната инфраструктура и условия за лечение или дори транспорт на толкова уязвими новородени.

В писмо, адресирано до Вас, и входирано в МЗ на 05.12.2014 г. , както и преди това в писмо до бившия министър на здравеопазването д-р Ненков от 04.09.2014 год. с входящ номер 91-00-129/040914, както и в голям брой публикации и репортажи в медиите от есента на 2014 година (*вж. Анекс*), с редица неправителствени и пациентски организации възразяваме срещу промяната на границата за отграничаване на “аборт” от “раждане”. Всички изложени там аргументи, продължават да са валидни и към днешна дата. До момента не сме получили официален отговор на нито едно от подадените писма. Опитите ни за диалог с експерти на Министерството на здравеопазването, отговорни за изготвянето на действащата Наредба № 12, досега не са довели до резултат.

Тук искаме да отбележим, че макар да съществуват известни допирни точки между двата казуса, проблемите, възникнали поради промените, въведени с Наредба № 12 и настоящия проект за медицински стандарт “Акушерство и гинекология”, не са идентични с този за регламентирането на погребението и кремацията на мъртвородените деца. Ние сме запознати с факта, че правото на погребение се регламентира от Закона за гражданската регистрация /ЗГР/, който е в ресора на Министерството на регионалното развитие, и сме предприели съответните стъпки за промяната му в съответствие с европейските практики. Медицинските стандарти, обаче, са прерогатив на Министерството на здравеопазването и пряка Ваша отговорност. И докато промяна в ЗГР може да регламентира хуманното отношение към мъртвите, стандартът “Акушерство и гинекология” е нормативен акт за живите и нашата /като общество/ най-добра грижа за тях.

Молим да вземете предвид предходната кореспонденция, както и експертните мнения на специалисти от сферата на биоетиката и биоправото, копия от които прилагаме, и да преразгледате текста на медицинския стандарт по “Акушерство гинекология”. Настояваме за корекция на дефиницията на понятието за “жизнеспособност” съгласно европейските стандарти, отразяващи добрата медицинска практика, както и за отпадане на изискването за 3-дневно оцеляване за придобиване на право на гражданство, което е в разрез с Конституцията на Р. България и редица ратифицирани у нас международни споразумения, като например Международния пакт за граждански и политически права. Оставаме на разположение за среща с Вас за изясняване на евентуални неясноти в позициите и разчитаме, че ще действате своевременно и без колебание в духа на най-добрата медицинска практика и в съответствие с моралната отговорност, която носите като министър на здравеопазването на Република България.

С уважение,

Фондация “Макове за Мери”

Български хелзинкски комитет

Национална мрежа за децата

Фондация “Нашите недоносени деца”

Фондация за достъп до права - ФАР

Професионален правен сайт "ChallengingTheLaw"

Стоян Ставру, д-р по право, преподавател по Медицинско право и Биоправо в СУ и НБУ

За контакти

д-р Бояна Петкова, фондация “Макове за Мери”, [bojana.petkova@gmail.com](mailto:bojana.petkova@gmail.com), 0887846667

Яна Бюрер Тавание, Български хелзинкски комитет, [yanabt@gmail.com](mailto:yanabt@gmail.com), 0896843370

---

[1] <http://poppies-for-mary.org/campaign/european-practices/>

[2] Dilemmas in the Treatment of Premature Infants at the Borderline of Viability:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3678801/>

[3] Critical Care Decisions in fetal and neonatal medicine, Chapter 5, Dilemmas in current practice: babies born at the borderline of viability:

<http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/CCD-Chapter-5-Dilemmas-in-current-practice-babies-born-at-the-borderline-of-viability.pdf>

[4] Management of the newborn delivered at the threshold of viability Issue: BCMJ, Vol. 50, No. 9, November 2008, page(s) 498-508: <http://www.bcmj.org/article/management-newborn-delivered-threshold-viability>

[5] Swiss Society of Neonatology Guidelines, Empfehlungen zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit (Gestationsalter 22-26 SSW): <http://www.neonet.ch/assets/doc/gestationsalter-d.pdf>

[6] Frühgeburten an der Grenze der Lebensfähigkeit - Therapiestrategien/Leitlinien - Entscheidungsfindung - Prognosestellung: [http://www.gynobergurgl.at/wp-content/uploads/2011/10/Jonat\\_NeonatologieOutcome.pdf](http://www.gynobergurgl.at/wp-content/uploads/2011/10/Jonat_NeonatologieOutcome.pdf)

[7] AWMF Leitlinien: Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes,

[http://www.gnpi.de/leitlinien/aktuell/024-019I\\_S2k\\_Fruehgeburt\\_Grenze\\_der\\_Lebensfaehigkeit-2007-12.pdf](http://www.gnpi.de/leitlinien/aktuell/024-019I_S2k_Fruehgeburt_Grenze_der_Lebensfaehigkeit-2007-12.pdf)

[8] Perinatal care at the threshold of viability: an international comparison of practical guidelines for the treatment of extremely preterm births, Pediatrics. 2008 Jan;121(1):e193-8, Pignotti MS, Donzelli G,

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/1/e193.abstract>

[9] Palliative care in delivery room for preterm infants less than 24 weeks of gestation. Analysis of two different behaviors, Arch Pediatr. 2011 Oct;18(10):1044-54, Pierre M, Plu I, Hervé C, Bétrémieux P,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21396801>

[10] Умирения по причини за смъртта през 2013 година по пол и възрастови групи, НСИ,

<http://www.nsi.bg/bg/content/3351/%D1%83%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%BF%D0%BE-%D0%BF%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B8%D0%BD%D0%B8-%D0%B7%D0%B0-%D1%81%D0%BC%D1%8A%D1%80%D1%82%D1%82%D0%B0-%D0%BF%D0%BE-%D0%BF%D0%BE%D0%BB-%D0%B8-%D0%B2%D1%8A%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B8-%D0%B3%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%B8>

[11] Умрели деца през 2013 година на възраст под 1 година по статистически райони, навършени дни и пол, НСИ,

<http://www.nsi.bg/bg/content/3012/%D1%83%D0%BC%D1%80%D0%B5%D0%BB%D0%B8-%D0%B4%D0%B5%D1%86%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D0%B2%D1%8A%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82-%D0%BF%D0%BE%D0%B4-1-%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D0%BE-%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D1%80%D0%B0%D0%B9%D0%BE%D0%BD%D0%B8-%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%8A%D1%80%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8-%D0%B4%D0%BD%D0%B8-%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D0%BB>

Анекс:

1. Може ли роденият да се окаже нероден? По повод една наредба на министерството на здравеопазването, проф. Калин Янакиев, в-к Култура, 22.12.2014,  
<http://kultura.bg/web/%D0%BC%D0%BE%D0%B6%D0%B5-%D0%BB%D0%B8-%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%D1%82-%D0%B4%D0%B0-%D1%81%D0%B5-%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B6%D0%B5-%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%BD/>
2. Може ли роденият да се окаже нероден? (2) , проф. Калин Янакиев, в-к Култура, 29.12.2014,  
<http://kultura.bg/web/%D0%BC%D0%BE%D0%B6%D0%B5-%D0%BB%D0%B8-%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%D1%82-%D0%B4%D0%B0-%D1%81%D0%B5-%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B6%D0%B5-%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%BD-2/>
3. Животът е любов, не експертиза, д-р Стоян Ставру, в-к Култура, Брой 29 (2778), 12 септември 2014,  
<http://www.kultura.bg/bg/article/view/22500>
4. Детето на Шрьодингер: новите (стари) критерии за жизнеспособност, Делян Недев,  
<http://challengingthelaw.com/biopravo/novite-stari-kriterii-za-jiznesposobnost/>